



# QM

*Modellprojekt*

**Qualitätsmanagement in der  
ambulanten Suchtkrankenhilfe NW**

## Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB

*Version 2002*



Ministerium  
für Frauen,  
Jugend, Familie  
und Gesundheit  
des Landes NW



Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe

**Arbeitsbuch  
EFQM Diagnose SB  
Version 2002**

# Impressum

Titel:	Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB für Suchtberatungsstellen, Version 2002, erstellt im Rahmen des Modellprojektes Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW
Autor/innen:	Carmen Pursche, Udo Nabitz, Jürgen Mühl, Christiane Winterberg, Hildegard Winkler
Herausgeber	Landschaftsverband Westfalen-Lippe Abteilung Gesundheitswesen Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich  Koordinationsstelle Sucht Wolfgang Rometsch Referats- und Projektleiter QM Projektkoordination und wissenschaftliche Begleitung Fachreferentin Hildegard Winkler Warendorfer Strasse 25-27 48133 Münster
Kooperationspartner	Das Jellinekzentrum Direktor: Prof. Jan A. Walburg Amsterdam Institute for Addiction Research Direktor: Prof. Wim van den Brink Projektleiter Qualität: Udo Nabitz Oosteinde 9-12 1017 WT Amsterdam
Copyright: © 1999	Alle Rechte sind dem Herausgeber, den Autor/innen und dem Kooperationspartner vorbehalten Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Jellinek-Zentrum und Amsterdam Institut for Addiction Research AIAR .
Wichtiger Hinweis:	Die Verwendung des hier wiedergegebenen Fragebogens bedarf der Abstimmung mit dem Herausgeber. Der Herausgeber legt Wert darauf, dass das Instrument nicht ohne vorherige inhaltliche Einführung in den Einrichtungen eingesetzt wird. Wenden Sie sich bitte an die  Koordinationsstelle Sucht Warendorfer Strasse 25-27 48133 Münster Telefon 0251 591 5501 / Telefax 0251 591 5499 eMail: <a href="mailto:gm@lwl.org">gm@lwl.org</a>
Herstellung / Satz / Layout:	Von hier erhalten Sie Unterstützung und Beratung bei der Anwendung des Fragebogens und der gesamten Methode sowie weitere Exemplare des vorliegenden Arbeitsbuches.  Dirk Schleef, GIO GmbH Gudrun Niehaus

Überarbeitete Version, Münster November 2002

# Vorworte

All over Europe we find many initiatives in the public sector to apply the EFQM-Model. Many organizations, which chose to go this way, can show clearly that the quality of their services improves. I am pleased to see that the Ministry for Sanitiy of North-Rhine-Westphalia supported a project in the field of Addiction Treatment and followed the approach of EFQM.

The workbook and the questionnaire, which are part of the results of the project, are good examples of self-assessment tools. I hope that many services will use these tools in order to improve and innovate on their journey to excellence.\*

**M. Pupius**  
**Manager Public Sector**  
**EFQM Brussels Representative Office**

Nederland en Duitsland kunnen altijd van elkaar leren. Her voorliggende „Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB“ voor de zelf-evaluatie van instellingen voor de verslavingszorg is daarvoor een goed voorbeeld. Het is een nadre uitwerking na den „Handleiding ZorGININTSELLINGEN“ van het Instituut Nederlandse Kwaliteit en kan ook weer door Nederlandse organisaties als voorbeeld worden gebruikt. Van harte ondersteun ik het constructief proces van uitwisseling en leren met het oog op verbetering van kwailiteit van een instelling.\*

**Prof. F. Stevens**  
**Algemeen Directeur**  
**Instituut Nederlandse Kwaliteit, Den Bosch**

De Jellinek werkt sinds jaren samen met de Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Het is plezierig te zien dat de uitwisseling van ervaringen een concrete vorm krijgt, zoals het vorliggende „Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB“. De teams van de Jellinek doen regelmatig een zelfevaluatie met een vergelijkbaar werkboek en waarden de aanpak. Het is voor hun een belangrijk instrument om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren. Ik ben ervan overtuigd dat ook de instellingen in Duitsland veel baat zullen hebben bij deze methodiek.\*

**Prof. J. Waalburg**  
**Algemeen Directeur**  
**De Jellinek, Amsterdam**

\* Die Übersetzung der fremdsprachigen Vorworte finden Sie im Anhang

Das Modell für Business Excellence wird auch in Deutschland in zunehmenden Maße angewandt. Ich freue mich, dass auch im Bereich des Gesundheitswesens die Grundsätze der European Foundation for Quality Management (EFQM) einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Leistungen für die Klientinnen und die Identifikation der Mitarbeiterinnen mit ihrem anspruchsvollen Tätigkeitsfeld leisten können. Die spezifische Anpassung der Instrumente und Modelle an die Bedarfe des Suchthilfesystems durch die Akteure an dem QM - Projekt des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW und des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe beweist in besonderer Weise die Eignung des EFQM Modells und ist zugleich ein wertvoller Beitrag für den kontinuierlichen Prozeß der Entwicklung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätssicherung und Selbstbewertung im öffentlichen Sektor.

**Dr. Hennig Kirstein**  
**Sprecher**  
**Deutsche Sektion der EFQM (D.E.)**

Mit diesem „Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB“ legt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ein konkretes Ergebnis aus dem seit 1995 mit Unterstützung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführten Modellprojekts „Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ vor. Die schon wiederholt angesprochene positive Kooperation mit dem Jellinek - Zentrum, Amsterdam, hat bei der Erstellung dieses Arbeitsbuches und des darin vorgelegten Fragebogens erneut ein Ergebnis ermöglicht, das der Entwicklung und Verankerung des Qualitätsgedankens in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW sehr dienlich sein wird. In dem landesweiten Entwicklungsprozeß des Qualitätsmanagements in der ambulanten Suchtkrankenhilfe wird ein weiterer Schritt vollzogen.

Den Autorinnen dieses Arbeitsbuches, den beteiligten Kooperationspartnern und Institutionen danke ich für die Erstellung und Unterstützung dieser praxisbezogenen Arbeitshilfe und hoffe, dass dieses Arbeitsbuch bei den Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe hilfreich ist.

**Dr. W. Pittrich**  
**Landesrat**  
**Leiter der Abteilung Gesundheitswesen**  
**Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster**

# Inhaltsangabe

Einleitung	6
<b>Teil 1 Qualitätsmanagement - Entwicklung und Vorgehensweise</b>	
1 Europäische Gesellschaft für Qualitätsmanagement	7
2 Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe	8
3 Das EFQM Modell Jellinek	9
4 Selbstbewertung	9
5 Fragebogenentwicklung	10
5.1 Ausgangspunkte	10
5.2 Fragensammlung	10
5.3 Fragenformulierung	11
5.4 Rating	11
5.5 Test des Fragebogens	12
6 Überarbeitung des Fragebogens	12
7 Selbstbewertung	13
7.1 Grundschemata	13
7.2 Schritte der Selbstbewertung	14
7.2 Zeitaufwand und Kosten	16
<b>Teil 2 Fragebogen EFQM Diagnose SB</b>	
Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens EFQM Diagnose SB	17
1 Kriterium Führung	18
2 Kriterium Politik und Strategie	20
3 Kriterium Mitarbeiterinnenorientierung	22
4 Kriterium Ressourcen	24
5 Kriterium Professionalität	26
6 Kriterium Prozesse	28
7 Kriterium Kundenzufriedenheit	30
8 Kriterium Mitarbeiterinnenzufriedenheit	32
9 Kriterium Gesellschaftliche Verantwortung / Image	34
10 Kriterium Ergebnisse	36
11 Anleitung zur Auswertung	38
<b>Teil 3 Konsenstreffen und Verbesserungen</b>	
1 Konsenstreffen	41
2 Analyse und Interpretation	41
3 Bericht zur EFQM Diagnose	43
4 Aktionen, Verbesserungen - Veränderungen	43
5 Ausblick	43
<b>Anhang</b>	
Fußnoten	44
Literaturhinweise	45
Wichtige Anschriften	46
Übersetzung der fremdsprachigen Vorworte	47

Im Text verwendete Begriffe oder ausgezeichnete Fußnoten werden im Anhang erläutert bzw. wiedergegeben..

# Einleitung

Im Rahmen des Modellprojekts „Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ des Landes Nordrhein-Westfalen wurden bei den Beratungsstellen die Prinzipien des Qualitätsmanagements eingeführt. Eine ausführliche Beschreibung des Projekts ist in dem Handbuch „EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“<sup>1</sup> zu finden. Von der Arbeitsgruppe EFQM-Fragebogen<sup>2</sup> wurde 1999 das Instrument „EFQM Diagnose Suchtberatungsstellen“ entwickelt und 2002 unter Einbeziehungen der Praxiserfahrungen überarbeitet.

Ziel des Modellprojekts war es, die Prinzipien des Qualitätsmanagements nach EFQM in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe einzuführen, um damit einen Impuls zur ständigen Verbesserung, Erneuerung und Professionalisierung zu geben. Zudem sollte erreicht werden, dass die Flexibilität und das Kostenbewußtsein der Beratungsstellen erhöht wird und dass die Transparenz der Prozesse verbessert wird. Das Ziel sollte erreicht werden durch Weiterbildungen und Schulungen der Leitung und Mitarbeiter/innen\* und durch die Entwicklung von geeigneten Methoden und Instrumenten, die Einrichtungen selbständig einsetzen können.

Dieses Arbeitsbuch wurde in erster Linie für die Leitung der Suchtberatungsstellen und für die Mitarbeiter/innen, die an der Selbstbewertung teilnehmen, entwickelt. Das Arbeitsbuch kann jedoch als Beispiel für andere vergleichbare Einrichtungen genutzt werden. Im ersten Kapitel wird der Hintergrund des EFQM-Ansatzes dargestellt. Die Fragenbogenentwicklung und das schrittweise Vorgehen der Selbstbewertung wird erläutert. Danach folgt der Fragebogen „EFQM Diagnose Suchtberatungsstellen“. Das Arbeitsbuch wird abgeschlossen mit der Auswertung und Analyse der Selbstbewertung und einigen wichtigen Anlagen.

\* Die Schreibweise Mitarbeiter/in bzw. Mitarbeiter/innen bzw. die ähnliche Schreibweise für andere beteiligte Personen wird im laufenden Text als Ausdruck für die gleichberechtigte Nennung von Männern und Frauen verwendet. In den Abbildungen wird der Begriff Mitarbeiter allein oder in Zusammensetzungen verwendet, wie er im EFQM Modell durch die European Foundation of Quality Management geprägt wurde. Auch hier ist der Begriff als Bezeichnung sowohl der weiblichen wie der männlichen Beschäftigten zu verstehen.

# Qualitätsmanagement - Entwicklung und Vorgehensweise

## 1 Europäische Gesellschaft für Qualitätsmanagement

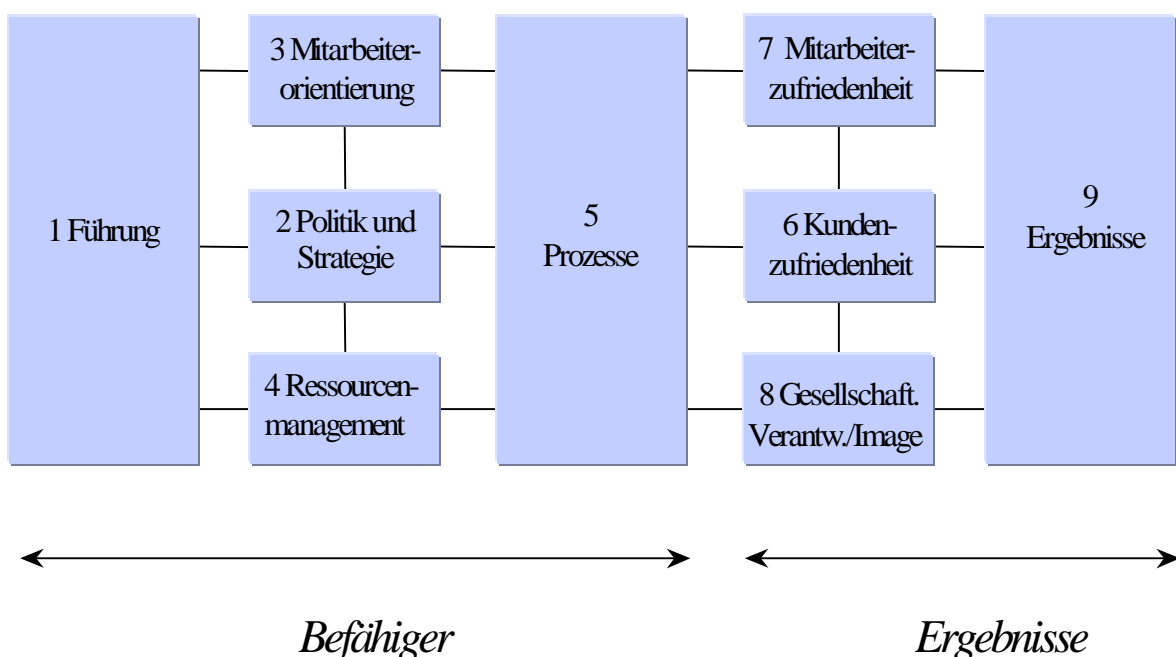
Die EFQM ist die Europäische Gesellschaft für Qualitätsmanagement (European Foundation of Quality Management), gegründet 1988 mit Sitz in Brüssel. Die Deutsche Sektion der EFQM gehört als Fachgemeinschaft zu der DGQ (Deutsche Gesellschaft für Qualität) in Frankfurt.

Das „Representative Office EFQM“ in Brüssel vertritt und fördert den Ansatz des umfassenden Qualitätsmanagements (Total Quality Management) in ganz Europa. Zunehmend findet dieser Ansatz in Non-Profit-Organisationen für Dienstleistungen Eingang. Das Büro in Brüssel koordiniert den Europäischen Qualitätspreis, veranstaltet Konferenzen, führt Schulungen durch und vertreibt eine Reihe von Publikationen, in denen der Ansatz und die Umsetzung dargestellt werden<sup>3</sup>.

In den Niederlanden wird seit einigen Jahren mit dem EFQM-Ansatz im Gesundheitswesen gearbeitet. Bei dem niederländischen Qualitätsinstitut „Instituut Nederlandse Kwaliteit“ in Den Bosch liegt die Koordination für diese Arbeit in den Niederlanden.

Das Kernstück dieses Weges des Qualitätsmanagements ist das EFQM-Modell. Das Modell hat neun Kriterien: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung, Ressourcen, Prozesse, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Gesellschaftliche Verantwortung / Image und Ergebnisse. Der Ansatz von EFQM beruht auf der Philosophie, dass eine Organisation herausragende Ergebnisse erreichen kann, wenn sowohl die Prozesse als auch die Befähiger, d. h. Führung, Politik und Strategie und Mitarbeiterorientierung und Ressourcen optimal gestaltet, umgesetzt und ständig verbessert werden und wenn dabei die Kundenorientierung eine zentrale Position einnimmt<sup>4</sup>.

Abbildung: Das EFQM - Modell



Das zugrundegelegte Modell der EFQM ist im Jahr 2000 durch das EFQM Excellence Modell weiterentwickelt, erweitert und präzisiert worden<sup>5</sup>.

Neben der Anwendung des Modells wird in dem Ansatz der EFQM Nachdruck darauf gelegt, dass umfassendes Qualitätsmanagement nicht nach einem Rezept umgesetzt werden kann, sondern vielmehr eine Grundhaltung der Geschäftsführung und Leitung, der gesamten Organisation und damit auch aller Mitarbeiterinnen ist, die in einer deutlichen Kunden-, Prozeß- und Ergebnisorientierung zum Ausdruck kommt.

Um diese Grundhaltung zu fördern, hat EFQM die Selbstbewertung entwickelt als eine Methode, bei der systematisch aus der Erfahrung gelernt wird. In der Selbstbewertung identifizieren die Mitarbeiter/innen die Stärken und Schwächen einer Organisation und entwickeln Projekte für Verbesserungen und Erneuerungen.

Die Selbstbewertung beruht auf Bewertungstabellen, die in Kombination mit den Unterpunkten der Kriterien angewandt werden.

## 2 Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

Verschiedene Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland arbeiten heute mit dem EFQM-Modell. Die Jugendhilfe und Jugendberatung in Frankfurt und die Therapiehilfe e.V. in Hamburg waren die ersten, die sich daran orientiert haben.

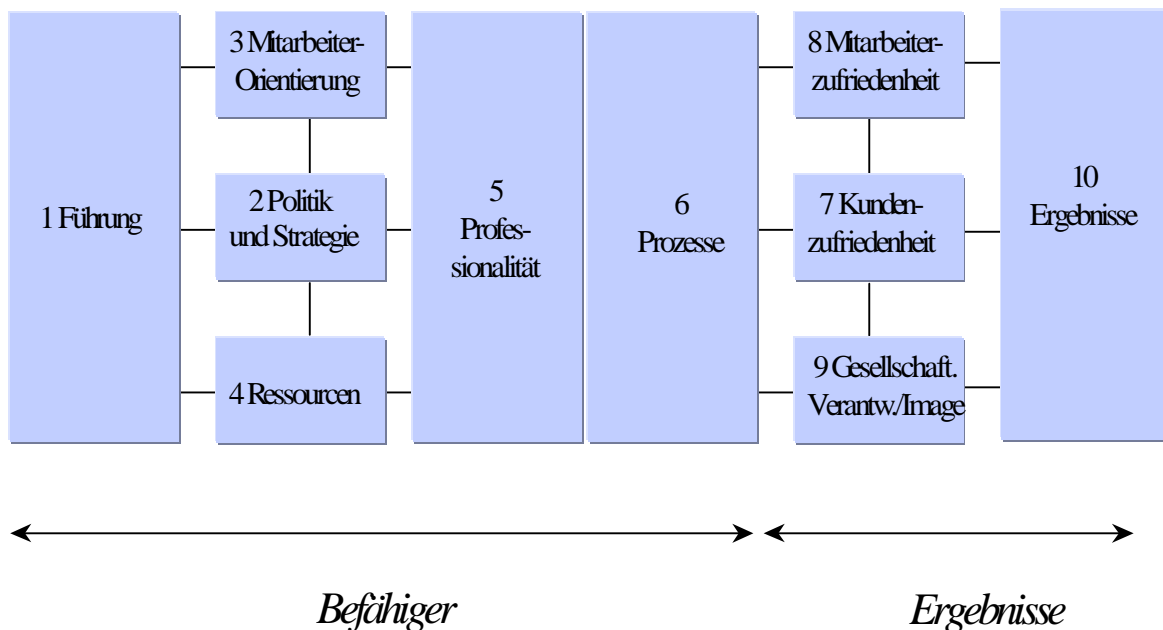
In den Niederlanden hat das Jellinek-Zentrum, Amsterdam, umfassende Erfahrungen mit dem Ansatz gesammelt und für die Anwendung in der Suchtkrankenhilfe eine Anpassung des Modells vorgenommen. Das Jellinek-Zentrum hat zudem 1996 als erste Organisation des Gesundheitswesens die niederländische Qualitätsauszeichnung erhalten<sup>6</sup>.

In Nordrhein-Westfalen setzen derzeit rd 50 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe das EFQM-Modell um, von ihnen nutzen 35 die im Projekt QM entwickelten Instrumente.

### 3 Das EFQM Modell Jellinek

Die Erfahrung des Jellinek-Zentrums hat gezeigt, dass dem Kriterium Prozesse das Kriterium Professionalität hinzugefügt werden mußte. Die Professionalität einer Institution des Gesundheitswesens ist ein Kernelement der Qualität der Organisation. Vor allem die Entwicklungen hinsichtlich „Evidence Based Medicine“, der Protokollierung und Richtlinienentwicklung sowie die zunehmende Orientierung auf die klientengebundenen Prozesse waren ausschlaggebende Argumente. Zudem wurde berücksichtigt, dass die Professionalität der Institution und die Professionalität der Mitarbeiter/innen miteinander verknüpft sind und immer zusammen wirken. Das EFQM-Modell Jellinek wird ausführlich in der Publikation „Das EFQM Modell Jellinek“ beschrieben und schematisch wie folgt dargestellt<sup>7</sup>:

Abbildung: Das EFQM Modell Jellinek



### 4 Selbstbewertung

Das EFQM-Modell wird implementiert, indem eine Selbstbewertung anhand aller Kriterien durchgeführt wird. Dabei geht es um eine kritische, systematische Reflexion und Dokumentation des Funktionierens einer Organisation. Die Selbstbewertung kann auf sehr verschiedene Art und Weise ausgeführt werden und hat Parallelen mit dem im Gesundheitswesen bekannten Peer-Review oder der Visitation.

Der EFQM-Ansatz sieht verschiedene Methoden vor. In der Praxis des Gesundheitswesens hat sich die Workshop-Methode zusammen mit einem angepassten Fragebogen als die geeignete Herangehensweise herausgestellt. Bei diesem schrittweisen Vorgehen werden zuerst die Mitarbeiter/innen in einer Schulung mit dem EFQM-Ansatz des umfassenden Qualitätsmanagements bekannt gemacht. Als zweiter Schritt werden die Mitarbeiter/innen gebeten, den Fragebogen entsprechend der eigenen Erfahrungen, Einsichten und Bewertungen auszufüllen. Im dritten Schritt werden in einem Konsenstreffen die Bewertungen diskutiert und Konsenswerte ermittelt. Die gemeinsam ermittelten Werte werden graphisch dargestellt und ergeben das Einrichtungsprofil. Danach folgt die Interpretation und die Auswertung, um einen Verbesserungsplan zu erstellen. Die Selbstbewertung erfordert sowohl eine professionelle Moderation als auch einen geeigneten Fragebogen, der dem EFQM-Ansatz treu bleibt und gleichermaßen den spezifischen Eigenarten der Institution gerecht wird.

## 5 Fragebogenentwicklung

### 5.1 Ausgangspunkte

Der Fragebogen für die Suchtberatungsstellen wurde im Rahmen des Qualitätsmanagementprojektes beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe von 1996-1998 durch eine Arbeitsgruppe erarbeitet. Das Ziel der Fragebogenentwicklung war es, ein brauchbares Instrument für die ambulante Suchtkrankenhilfe zu erstellen. Dabei sollte der Fragebogen so nah wie möglich auf dem EFQM-Ansatz aufbauen und darüber hinaus die spezifischen Aspekte der Suchtberatungsstellen beinhalten. In die Fragen sollte eine systematische Bewertung integriert sein. Der Fragebogen sollte von der Leitung und fachkundigen Mitarbeiter/innen leicht zu beantworten sein. Der Umfang sollte auf maximal 50 Fragen beschränkt werden.

Im Rahmen des Projekts wurde nicht danach gestrebt, ein Messinstrument im Sinne der wissenschaftlichen Testkonstruktion zu entwickeln. Dafür ist das Thema der Organisationsdiagnose noch unzureichend konzeptualisiert, zudem waren die Erhebungsmöglichkeiten beschränkt. Vielmehr wurde geplant, einen Kompromiss zwischen dem EFQM-Ansatz und der Praxis der Beratungsstellen zu finden. Als Hilfskonstrukt wurde von einer prototypischen Einrichtung<sup>8</sup> ausgegangen. Zur Gewährleistung der Umsetzung wurden vor allem die Erfahrungen des Jellinek Zentrums genutzt.

Die ursprüngliche Arbeitsgruppe EFQM-Fragebogen bestand aus vier Personen und war interdisziplinär besetzt. In den Personen waren die folgenden Erfahrungen vereinigt: EFQM-Assessor/in, Einrichtungsleiter/in, Psychotherapeut/in, Sozialarbeiter/in und Betriebswirtin. Die Federführung lag bei der Projektkoordinatorin, die unterstützt wurde von dem Qualitätsreferenten des Jellinek-Zentrums und zwei Einrichtungsleiter/innen von Beratungsstellen.. Die Erarbeitung der Version 2002 erfolgte unter Federführung der Fachreferentin der Transferphase des Modellprojektes.

### 5.2. Fragensammlung

Alle Fragen wurden von den Sub-Kriterien EFQM oder den entsprechenden Unterpunkten der Kriterien abgeleitet. Die Arbeitsgruppe hat die folgenden Dokumente benutzt:

- Ž EFQM Selbstbewertung: Richtlinien 1997, EFQM, Brüssel
- Ž Appliction brochure, Small an Medium sized Enterprises, EFQM
- Ž Workbook EFQM Diagnose, AIAR - Jellinek, Amsterdam
- Ž Bestimmung der Qualität von Unternehmensleistungen, EFQM und DGQ
- Ž Handleiding Positie Bepaling & Verbeteren, Instituut Nederlandse Kwaliteit
- Ž Ansätze der Qualitätssicherung u. Förderung in Werkstätten für Behinderte, TA Kaiserslautern
- Ž Fragebogen Qualitätsmanagement, Therapiehilfe e.V. Hamburg

Zudem orientierte sich die Arbeitsgruppe bei Definitionen und Umschreibungen an der Fachliteratur, die neben den Angaben zu obigen Quellen im Literaturverzeichnis aufgeführt ist.

## 5.3 Fragenformulierung

Der Kern der Fragen stimmt überein mit den Sub-Kriterien von EFQM. Das Thema jeder Frage ist fett gedruckt und in den Tabellen der Anleitung zur Auswertung wiederzufinden. Den neun EFQM-Kriterien wurde das Kriterium Professionalität hinzugefügt, die Grundlagen hierfür wurden im Projekt QM erarbeitet.

Die Formulierungen<sup>9</sup> der Fragen sind so gewählt, dass der einleitende Satz der jeweiligen Formulierung von EFQM nahekommt, während die Beispiele aus der Praxis kommen. Die Beispiele sind konkret und bildhaft, jedoch nicht allumfassend und sollen durch die Einrichtung erweitert bzw. angepasst werden. Für die Erklärungen der Fachbegriffe wird auf die genannte Fachliteratur verwiesen.

## 5.4 Rating

EFQM hat eine Bewertungstabelle für die Befähiger und die Ergebnisse entwickelt. Die in diesem Fragebogen angewandte Bewertung ist eine vereinfachte Form. Es wurde ein Rating mit 6 Bewertungsstufen entwickelt. Die Anwendung der Bewertung erfordert eine systematische Einführung der Mitarbeiter/innen in die Begriffe und die Methode der Selbstbewertung.

Das **Rating für die Befähiger** ist inhaltlich abgeleitet vom Deming circle plan - do - check - act. Dabei wurde eine Kategorie „wird nicht thematisiert“ hinzugefügt. Die Kategorien entsprechen den Überlegungen für das Ratingsystem EFQM Excellence Modell 2000. Die Antwortkategorien in aufsteigender Folge (in Klammern die Deming - Begriffe) sind:

0	Wird nicht thematisiert	
1	Wird ab und zu thematisiert	(plan)
2	Wird systematisch entwickelt	(plan)
3	Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	(do)
4	Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	(check)
5	Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	(act)

Das **Rating der Ergebnisse** orientiert sich an der Bewertung von EFQM, wurde jedoch stark angepasst an die Situation der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Vor allem der Nachdruck auf Erhebung und Messung geht auf die spezifische Situation der Einrichtungen zurück. Bisher hatten diese geringe Fakten und Daten verfügbar, um die Ergebnisse darzustellen. Im EFQM-Ansatz sind jedoch Fakten absolut notwendig, um Ergebnisse nachzuweisen. Die Antwortkategorien in aufsteigender Folge sind:

0	Wird nicht erhoben
1	Wird ab und zu erhoben
2	Wird systematisch gemessen
3	Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert
4	Wird systematisch gemessen, Ziele werden formuliert und erreicht
5	Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre

Die Ratingskala in 6 Punkten wurde gewählt, um einerseits mit der Kategorie „wird nicht thematisiert“ und „wird nicht erhoben“ der Situation mancher Einrichtung gerecht zu werden und um andererseits deutlich zu machen, dass der Vergleich mit der EFQM-Bewertung nur im Ansatz möglich ist.

## 5.5 Test des Fragebogens

Der Fragebogen wurde in 6 Modelleinrichtungen in einem Testlauf zur Selbstbewertung eingesetzt. Allen Leiter/innen der Beratungsstellen war der EFQM-Ansatz bekannt. Die Leiter/innen wählten unterschiedliche Formen der Selbstbewertung. In allen Beratungsstellen wurde der Fragebogen zunächst durch die teilnehmenden Mitarbeiter/innen individuell ausgefüllt und danach im Konsenstreffen besprochen. Fünf Beratungsstellen führten die Selbstbewertung in Eigenregie mit dem Gesamtteam von 3 bis 12 Mitarbeiter/innen durch. In einer großen Einrichtung (20 Mitarbeiter//innen) wurde der Testlauf zunächst auf Leitungsebene mit 5 Teilnehmer/innen durchgeführt.

In einem zweiten Erprobungsschritt wurden drei assoziierte Einrichtungen des Modellprojekts einbezogen. Unter Zugrundelegung von externer Vorbereitung, Moderation des Konsenstreffens sowie der Nachbereitung wurde die Anwendbarkeit und der Nutzen des Fragebogens bestätigt. Nach diesen Tests war das Urteil der Einrichtungen durchgängig positiv. Deutlich wurde, dass die Selbstbewertung einer sorgfältigen Vorbereitung bedarf und das Hintergrundmaterial zum Ansatz vorhanden sein muß. Eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen bezüglich der Ratings, der Vorgehensweise bei der Selbstbewertung und der Berichterstattung wurden von der Arbeitsgruppe EFQM-Fragebogen aufgegriffen und in der definitiven Version des Fragebogens verarbeitet. Zudem wurde deutlich, dass der Fragebogen nur in der Kombination mit einem Arbeitsbuch sinnvoll ist.

Neben diesen Tests des Instruments in der Praxis wurde der Fragebogen in seiner vorläufigen Fassung 49 assoziierten Einrichtungen mit der Bitte um Kommentare und Verbesserungsvorschläge vorgelegt. Alle aus dieser Beteiligung der Praxis stammenden redaktionellen Verbesserungen wurden durch die Arbeitsgruppe ausgewertet und eingearbeitet.

Der endgültige Fragebogen EFQM Diagnose SB hat 36 Fragen zu den Befähigern mit einem 6-Punkte-Rating und 12 Fragen zu den Ergebnissen, ebenfalls mit einem 6-Punkte-Rating. Der Fragebogen bildet zusammen mit dem Arbeitsbuch ein Dokument mit dem Titel

### **Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB**

## 6 Überarbeitung des Fragebogens

In einer dreijährigen Transferphase begleitete das Projekt QM 35 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe bei der Durchführung der Selbstbewertung mit dem Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB. Die Evaluation dieser Erfahrungen machte deutlich, dass sich bei einigen Items des Fragebogens immer wieder Verständnisschwierigkeiten auftraten. Der Fragebogen wurde deshalb überarbeitet, wobei die Kernaussagen der Fragen erhalten blieben, die Praxisbeispiele jedoch mit dem Ziel größerer Anschaulichkeit teilweise neu formuliert wurden. Der überarbeitete Fragebogen wird nun vorgelegt in diesem

### **Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB Version 2002**

## 7. Selbstbewertung

In den Richtlinien von EFQM werden sechs verschiedene Methoden unterschieden:

1. Simulation einer Bewerbung
2. Standardformulare
3. Matrixdiagramme
4. Workshop
5. Fragebogen
6. Kollegiale Bewertung

Die Kombination der Fragebogenmethode mit der Workshopmethode hat sich als sehr effektiv für Organisationen des Gesundheitswesens erwiesen, die zum ersten Mal eine Selbstbewertung durchführen. Im Fragebogen kommt der systematische, ganzheitliche und strukturierte Ansatz von EFQM zum Ausdruck. Im Workshop liegt der Schwerpunkt auf Kommunikation und dem Alltag der Einrichtung.

Die Workshopmethode vermittelt das Verständnis für integrales Qualitätsmanagement und läßt die Stärken und Verbesserungsbereiche der Einrichtung sichtbar werden. Kurzum, die Selbstbewertung ist eine strukturierte, dynamische und effektive Methode, dieses wird von allen Anwendern bestätigt.

### 7.1 Grundschemata

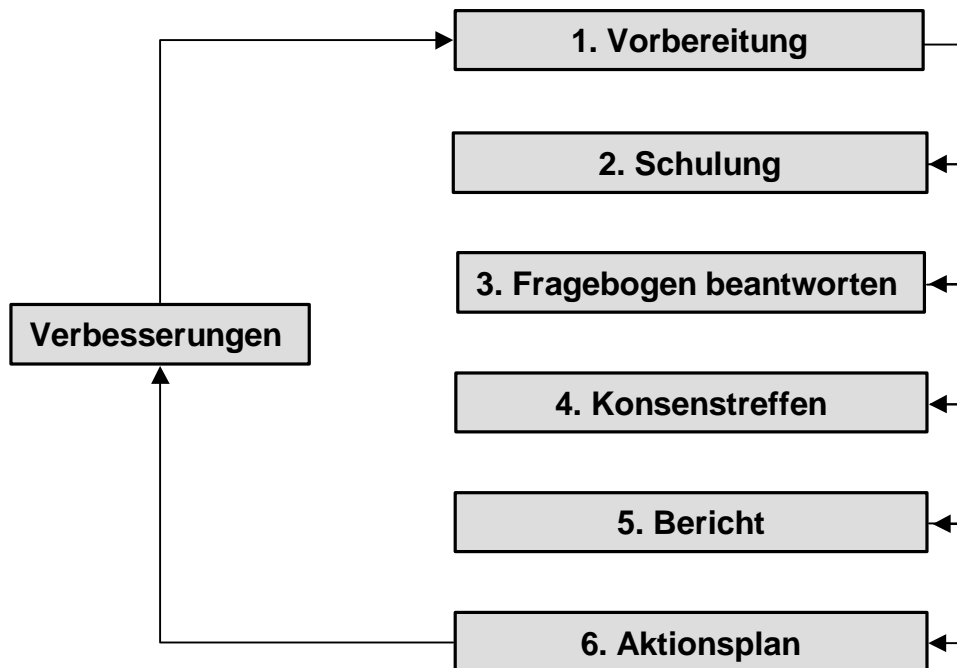
Im Rahmen der Selbstbewertung werden die Vorgehensweisen einer Einrichtung bei der Planung und Steuerung der Qualität ihrer Arbeitsleistungen bewertet.

Ton und Stil der Selbstbewertung sind naturgemäß offen, konstruktiv und kreativ. Es geht nicht um das Verteilen von guten oder schlechten Zensuren, vielmehr ist die Selbstbewertung eine Chance, gemeinsam Einsichten in die Schwächen und Stärken des Qualitätsmanagements der Einrichtung zu gewinnen.

Der Leitgedanke ist, dass alle Mitglieder einer Einrichtung Verantwortung tragen für die Qualität der Institution. Jeder ist wichtig, wenn es um zukunftsgerichtete Verbesserungen geht. Es ist zu beachten, dass keine defensive Haltung aufkommt, sondern die Kommunikation, das Lernen und das Verbessern im Vordergrund stehen. Keinesfalls darf die Selbstbewertung als eine Personalbefragung interpretiert werden.

## 7.2 Schritte der Selbstbewertung

Abbildung: Schritte der Selbstbewertung



### 1. Vorbereitung

Obwohl es selbstverständlich ist, soll doch nochmals hervorgehoben werden, dass die Leitung der Beratungsstelle die Entscheidung für eine Selbstbewertung nach EFQM trifft und auch trägt. Das setzt voraus, dass die Leitung mit dem Ansatz vertraut ist und die Vorteile erkennt. Schulung, Erfahrungsaustausch und das Studium dieses Arbeitsbuches sind wichtig.

Der Leitung obliegt es, Zeit und Mittel für die Selbstbewertung bereitzustellen und die Entscheidung zu treffen, ob die Selbstbewertung mit interner oder externer Moderation durchgeführt wird. Zudem wird die Gruppe der Beteiligten festgelegt. Empfohlen wird: nicht kleiner als 5, nicht größer als 15 Mitarbeiter/innen. Die zu beurteilende Zeiteinheit (mindestens ein Jahr) wird im Vorfeld deutlich benannt und die Beurteilungsperiode wird festgelegt.

Gleichermaßen ist zu entscheiden und offen zu legen, welchen Weg die erhobenen Daten nehmen und wer darauf Zugriff hat.

### 2. Teamschulung

In einer gemeinsamen Veranstaltung werden den Teilnehmer/innen die Prinzipien des umfassenden Qualitätsmanagements erläutert. Den Teilnehmer/innen wird das Arbeitsbuch vorgestellt; das weitere Vorgehen wird besprochen und festgelegt. Zudem sind relevante Berichte, Statistiken und Erhebungen zu sammeln. Zumindest sollte der Tätigkeitsbericht des letzten Jahres vorliegen und für die Bewertung der Resultatkriterien benutzt werden. Die Schulung wird einen halben Tag in Anspruch nehmen.

**3. Individuelle Bewertung**  
**- Fragebogenbeantwortung**

In einem zeitlichen Abstand von maximal drei bis vier Wochen (um die Inhalte der Schulung präsent zu haben) füllen die Teilnehmer/innen den Fragebogen selbständig aus. Der Zeitaufwand beträgt ungefähr zwei bis drei Stunden.

**4. Konsenstreffen**

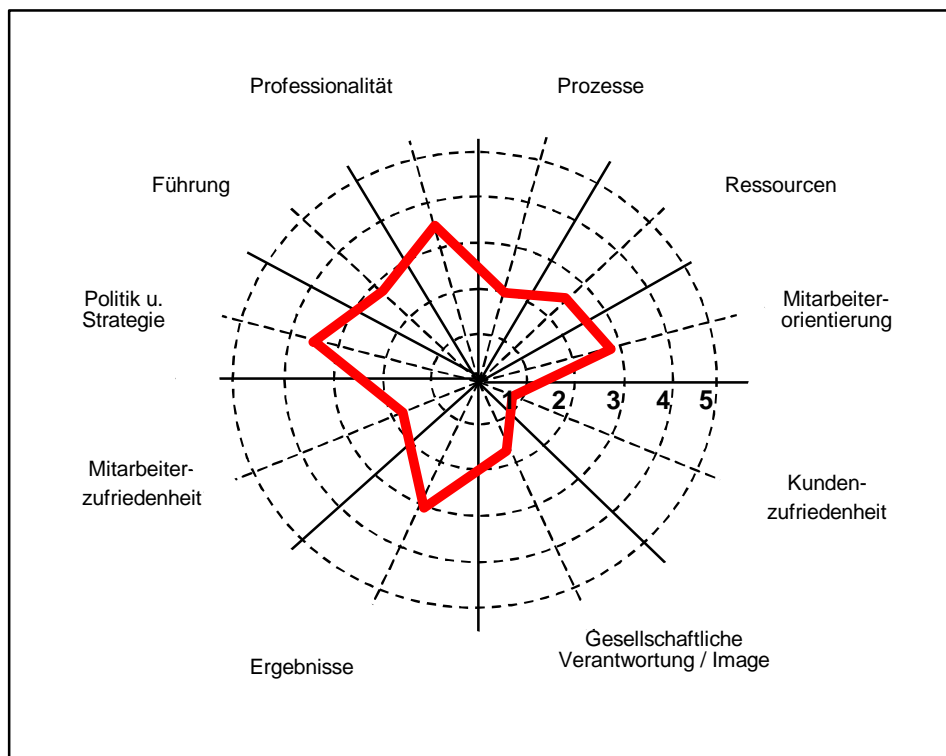
Der Zeitabstand zwischen der Bewertung durch die Mitarbeiter/innen und dem Konsenstreffen sollte möglichst kurz sein. Das Konsenstreffen sollte idealerweise außer Haus stattfinden. Nach aller Erfahrung benötigt ein Team einen Arbeitstag, dieses ist jedoch vor allem abhängig von der Anzahl der Teilnehmer/innen. Zur Vorbereitung gehört eine stringente Tagesordnung, ein Plakat für die Erstellung des Profils der Einrichtung, ein Flipchart zur Sammlung von Vorschlägen und Beiträgen der Teilnehmer/innen, farbige Stifte etc. Ebenso sollten die Kleinigkeiten, die eine Tagessitzung angenehm machen, z. B. Getränke und bequeme Stühle, vorhanden sein.

Eine kurze Evaluation des Treffens am Ende ist zu empfehlen. Das Konsenstreffen endet mit der Festlegung eines gemeinsamen Termins für die Besprechung des Berichtes, der durch den/die Moderator/-in als Berichterstatter/-in erstellt wird, und an dem der Aktionsplan beschlossen wird.

**5. Bericht EFQM Diagnose**

Über die Ergebnisse des Konsenstreffens wird durch den/die Moderator/in ein Bericht erstellt. Dieser enthält eine Zusammenfassung der erarbeiteten Verbesserungsvorschläge, das Profil und das Q-Net.

**Abbildung: Das Q-Net einer der Piloteinrichtungen**



## 6. Aktionsplan / Nachbesprechung

In der Nachbesprechung wird der Bericht zur Selbstbewertung mit allen Teilnehmer/innen besprochen. Die Verbesserungsprojekte werden bestimmt und auf einer Zeitschiene dargestellt. Des Weiteren erfolgt an dieser Stelle die namentliche Zuordnung der Verantwortlichen für die einzelnen Qualitätsprojekte. Ein Termin für die nächste Selbstbewertung sollte genannt werden, um Planungssicherheit für alle Beteiligten herzustellen. Empfohlen wird ein Zeitraum von einem Jahr bis zur nächsten Selbstbewertungsrunde.

## 7.3 Zeitaufwand und Kosten

Der Zeitaufwand für die Selbstbewertung ist sehr unterschiedlich und schwankt von ein paar Stunden pro Mitarbeiter/in bis zu vielen Stunden verteilt über ein ganzes Jahr. Die folgenden Angaben sind als Anhaltspunkte für die erste Selbstbewertung einer Einrichtung zu verstehen. Pro Mitarbeiter/in sind vier bis acht Stunden für die Schulung und zwei bis drei Stunden für das Ausfüllen des Fragebogens zu veranschlagen. Für das Konsenstreffen werden in der Regel acht Stunden pro Mitarbeiter/in gerechnet sowie vier Stunden für die Nachbesprechung. Die Gesamtstundenzahl pro Mitarbeiter/in beträgt demnach maximal dreiundzwanzig Stunden. Für Moderation einschließlich Bericht und Nachbesprechung können vierzig Stunden angesetzt werden. Ebenso wird die Leitung der Einrichtung ca. vierzig Stunden investieren müssen, wenn zum ersten Mal die Selbstbewertung ausgeführt wird.

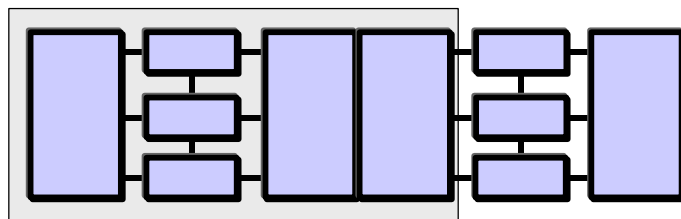
Abgesehen von der Zeitinvestition der Teilnehmer/innen entstehen Kosten für die Arbeitsbücher, die Materialien, die Bewirtung während des Konsenstreffens und sowie externe Moderation.

# Fragebogen EFQM Diagnose SB

## Anleitung zum Ausfüllen

In diesem Fragebogen finden Sie achtundvierzig Fragen zum Qualitätsmanagement Ihrer Beratungsstelle. Wenn Sie mit dem EFQM-Ansatz nicht vertraut sind, wird empfohlen, das Arbeitsbuch EFQM Diagnose ausführlich zu lesen. Die ersten sechsunddreißig Fragen beziehen sich auf die ersten sechs Kriterien des EFQM-Modells-Jellinek. Das sind die Befähiger:

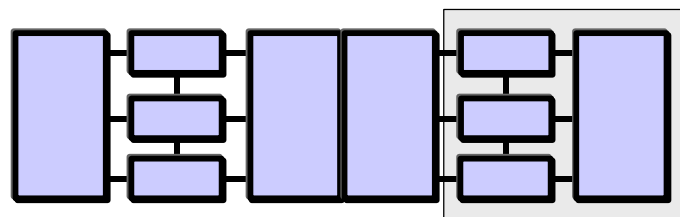
1. Kriterium Führung
2. Kriterium Politik und Strategie
3. Kriterium Mitarbeiterorientierung
4. Kriterium Ressourcen
5. Kriterium Professionalität
6. Kriterium Prozesse



Befähiger

Zu jedem Kriterium finden Sie fünf Fragen. Jede Frage hat sechs Antwortkategorien, die das Qualitätsniveau reflektieren. Die verbleibenden zwölf Fragen beziehen sich auf die vier Resultatkriterien des EFQM-Modells. Jedes Resultatkriterium hat drei Fragen mit sechs Antwortkategorien. Die Kriterien sind:

7. Kriterium Kundenzufriedenheit
8. Kriterium Mitarbeiterzufriedenheit
9. Kriterium Gesellschaftliche Verantwortung / Image
10. Kriterium Ergebnisse

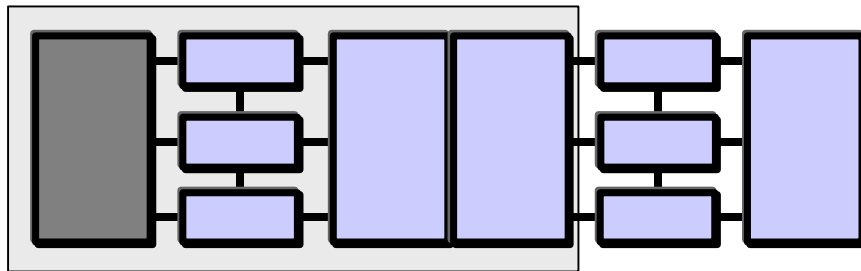


Ergebnisse

Versuchen Sie die Fragen zügig zu beantworten. Es geht dabei um Ihre Meinung und Ihre Sichtweise. Geben Sie an, wie Sie das Qualitätsmanagement der Beratungsstelle bewerten. Benutzen Sie bei der Beantwortung auch das Material der Beratungsstelle, wie zum Beispiel den Tätigkeitsbericht des letzten Jahres. Wenn Sie alle Fragen beantwortet haben, tragen Sie ihre Bewertung in das Profil und das Q-Net ein.

Ihre Bewertungen werden beim Konsenstreffen benutzt, um gemeinsam das Bild des Qualitätsmanagements der Beratungsstelle zu zeichnen. Es ist daher nützlich, Ihre Argumente und Ihre Vorschläge zur Verbesserung während der Arbeit mit dem Arbeitsbuch zu sammeln, so dass Sie Ihre Bewertung plausibel darstellen können.

# 1 Kriterium Führung



In diesem Abschnitt bewerten Sie Tätigkeiten und Verhalten der Führungskräfte insofern dies direkte Auswirkungen auf die Einrichtung hat. In diesem Kriterium wird die Fähigkeit der Leitung, klare Qualitätsvorgaben zu treffen, analysiert. Außerdem werden die Führungseigenschaften und Unterstützungsfähigkeiten bei der anschließenden Realisierung innerhalb der Einrichtung analysiert. Das persönliche Engagement der Führungskräfte ist dabei besonders hervorzuheben, gleichermaßen ihre authentische Vermittlung von Werten wie Offenheit, Reflektionsvermögen und Wertschätzung.

Sie bewerten ebenfalls inwieweit die Führungskräfte Ihre Einrichtung klientenorientiert, professionell und öffentlichkeitswirksam leiten.

Dabei sollten Sie vorab festlegen, auf welche Führungspersonen genau sich Ihre Bewertung bezieht.

# 1 Führung

**1a** **Unsere Leitung zeigt sichtbares Engagement und ist ein Vorbild in Bezug auf Qualität**, z.B. Ausweisung finanzieller Mittel für QM im Budgetplan, Bereitstellung von Mitarbeiterressourcen im Personalplan

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**1b** **Die Moderation von Problemlöseprozessen wird von unserer Leitung wahrgenommen**, z.B. Bearbeitung von Problemen in strukturierten und protokollierten Teamsitzungen.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**1c** **Würdigung des individuellen Einsatzes von Mitarbeitern**, z.B. positives Feedback in strukturierten Mitarbeitergesprächen, Nennung in Berichten.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

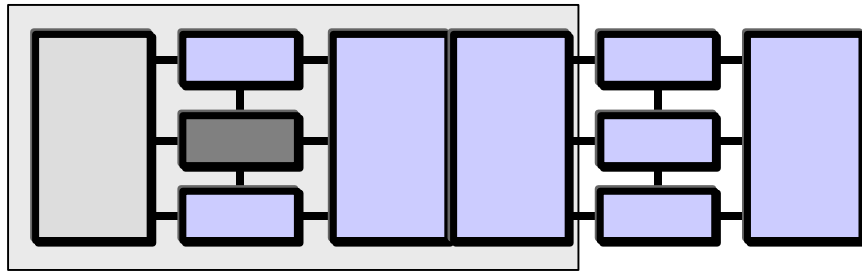
**1d** **Unsere Leitung macht interne und externe Rahmenbedingungen transparent**, z.B. Abbildung von klaren Organisationsstrukturen im Stellenplan, Darstellung der Vorgaben von Politik und Leistungsträgern in regelmäßigen Infoveranstaltungen.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**1e** **Unsere Leitung setzt sich für Erneuerungen und Verbesserungen ein und orientiert sich dabei im Wesentlichen an unseren Kunden, der Öffentlichkeit, professionellen Standards und Forschung.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

## 2 Kriterium Politik und Strategie



In diesem Abschnitt bewerten Sie, wie Ihre Einrichtung die Qualitätsziele und -werte in ihre Gesamtplanung integriert. Sie beurteilen, ob Politik und Strategie auf verlässlichen Fakten und Daten basieren und ob der Hauptplan Ihrer Organisation realistisch mit den praktischen Plänen der operativen Ebene zusammenpaßt. Außerdem hinterfragen Sie, ob die Einrichtung Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem realisiert

## 2 Politik und Strategie

2a **Die Normen und Werte d.h. das Menschenbild, das Leitbild, das Suchtverständnis sind bekannt und fließen ein in Politik und Strategie der Einrichtung, z.B. die Inhalte des Leitbildes finden sich in der Konzeption wieder.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

2b **Die Strategie und Pläne beruhen auf einer Auswertung aller Informationen über Veränderungen der Rahmenbedingungen, z. B. Informationen über Gesetzesänderungen und veränderte Zuwendungsbescheide werden von der Leitung ausgewertet und in Handlungsstrategien umgesetzt.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

2c **Die Informationen über Veränderungen im Klientenbereich sind Grundlage für die Strategie und die Pläne der Einrichtung, z.B. Kenntnisse über sich verändernde Konsummuster werden von der Leitung ausgewertet und in Handlungsstrategien umgesetzt.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

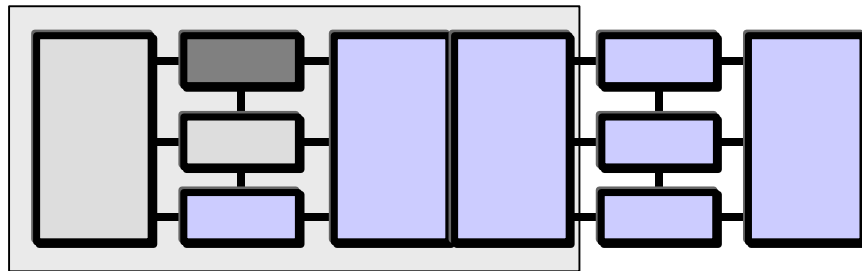
2d **Die Strategie und die Pläne werden bekannt gemacht und planvoll aber auch flexibel umgesetzt, z.B. Veröffentlichung von Konzeption und Jahresbericht, Einpassen in den kommunalen Suchthilfeplan.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

2e **Die Strategie und die Planung sind ein dynamischer Prozeß, z.B. kontinuierliche Fortschreibung der Konzeption, Anpassung der kommunalen Kooperationsverträge mit ergänzenden Einrichtungen.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

### 3 Kriterium Mitarbeiterorientierung



In diesem Abschnitt bewerten Sie, wie in der Einrichtung das gesamte Team für Leistungsverbesserungen und neue Ansätze der Suchthilfe empfänglich gemacht und beteiligt wird. Es geht hier in erster Linie um das Erkennen und Fördern der Kompetenzen, die zur Zielerreichung der Einrichtung notwendig sind. Ferner geht es um die Zielvorstellungen der Mitarbeiter/innen und wie Ihre Vorstellungen zu denen der Einrichtung passen und ob die Personalprozesse, z. B. Leistungsbeurteilung und Schulungsmaßnahmen, Sie zunehmend selbständig und verantwortlich im kontinuierlichen Verbesserungsprozeß der Einrichtung eingebunden sind.

### 3 Mitarbeiterorientierung

**3a Die Einrichtung hat eine zukunftsorientierte Personalplanung, z.B. Stellenplan berücksichtigt Personalbedarf für neue Angebote, abgestimmte Fort- und Weiterbildungspläne, Job-Rotation.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**3b Die Mitarbeiter/innen übernehmen Verantwortung für definierte Arbeitsbereiche entsprechend den Zielen der Einrichtung.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**3c Das Aufgreifen von Ideen und das Lernen aus Experimenten und Fehlern wird ermutigt, d.h. ständige Verbesserung ist erwünscht, z.B. Vorschlagswesen, modellhafte Erprobung von Behandlungsansätzen.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

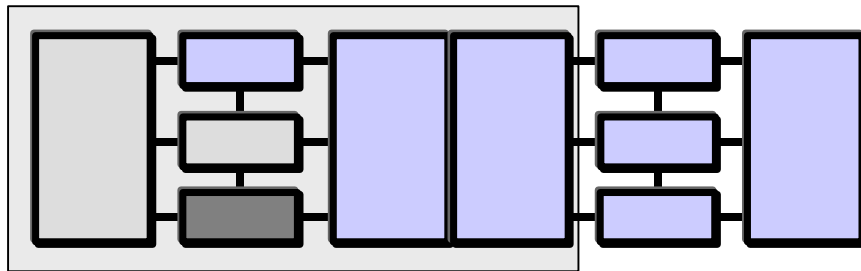
**3d Die Einrichtungsziele werden mit den Mitarbeiter/innen vereinbart und die Leistungen kontinuierlich im Sinne der Zielsetzung besprochen, z.B. Mitarbeitergespräche, Aktionsplan.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**3e In der Einrichtung wird ein konstruktiver Dialog zwischen Einrichtungsleitung und Team gestaltet, z.B. Mitarbeitergespräche, Führungskräfte-Feedback, strukturierte Teamsitzungen.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

## 4 Kriterium Ressourcen



In diesem Abschnitt bewerten Sie, wie Ihre Einrichtung die Schlüsselressourcen, z..B. Finanzen, technische Ausrüstung, Informationen sowie Sachanlagen nach ihren Qualitätszielen, Plandaten und Werten ausrichtet.

Der Zweck dieses Abschnittes ist:

- festzustellen, in welchem Umfang die Schlüsselressourcen der Einrichtung systematisch abgeglichen und verwendet werden, um sicherzustellen, dass die Qualitätswerte und Plandaten tatsächlich auch erreicht werden.
- festzustellen, ob die Schlüsselressourcen in professioneller Art und Weise gehandhabt werden.

## 4 Ressourcen

**4a** **Unser System der Budgetierung ermöglicht den planvollen Einsatz der Finanzmittel, z.B. Einführung eines mittelfristigen Finanzplans, regelmäßige Haushaltsabgleichung.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**4b** **Die Einrichtung verfügt über Informationen über Einnahmen und Ausgaben und Methoden der Finanzplanung, z.B. regelmäßige Liquiditätsplanung, Ausgaben- und Budgetübersichten, Monitoring.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**4c** **Die Einrichtung verfügt über eine technische Infrastruktur, die die Arbeit unterstützt, z.B. Bedarfserhebung, Beschaffungsplanung.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

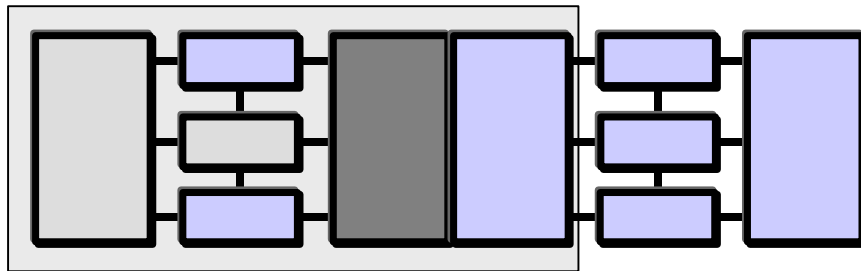
**4d** **Die Mitarbeiter/innen verfügen über relevante Informationen, um ihre Tätigkeiten ausüben zu können, z.B. komplette und gut strukturierte Akten, Leistungsübersichten, Umlaufmappen.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**4e** **Die Einrichtung sorgt für einen verantwortungsbewussten und wirtschaftlichen Umgang mit Inventar und Arbeitsmaterialien, z.B. Bedarfserhebung, Beschaffungsplanung, Verbrauchsanalyse.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

## 5 Kriterium Professionalität



In diesem Abschnitt bewerten Sie die professionelle Handlungsweise der Mitarbeiter//innen Ihrer Einrichtung, die im direkten Klienten- bzw. Kundenkontakt stehen. Hierzu zählen sowohl die Arbeit mit Einzelnen und Gruppen als auch der Bereich Prävention und die Leistungen im niedrighwelligen Bereich.

Sie erfragen die Rahmenbedingungen und deren Weiterentwicklung, in denen die Kompetenz der Mitarbeiter//innen für ihren jeweiligen Arbeitsbereich voll zur Entfaltung kommen kann. Des weiteren bewerten Sie, ob das Team den Rahmen ausfüllt und die professionellen Richtlinien anwendet.

## 5 Professionalität

5a **Weiterbildung und Fachkenntnis** der Mitarbeiter/innen werden in der Einrichtung gefördert und gefordert, z.B. Fort- und Weiterbildungsplan.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

5b **Die Mitarbeiter/innen der Einrichtung zeichnen sich durch ihre Sozialkompetenz** aus, z.B. Fallcontrolling, Überprüfung durch Kundenbefragungen.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

5c **Die Mitarbeiter/innen arbeiten nach den in der Konzeption dargelegten Methoden und professionellen Richtlinien**, z.B. Fallbesprechungen und -controlling.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

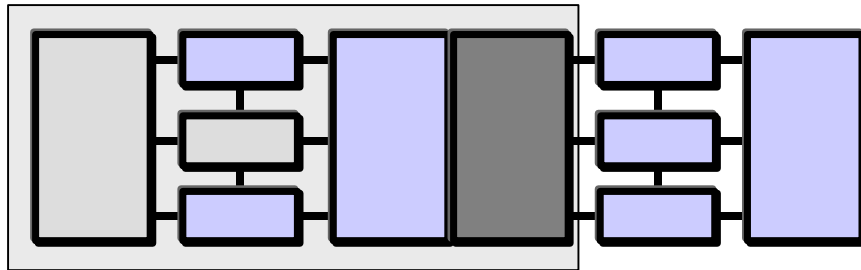
5d **Die Mitarbeiter/innen machen ihre Arbeit unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen transparent**, z.B. Supervision und kollegiale (Praxis-)Beratung (intern), Klient/innen und Vermittler/innen (extern) Einsicht geben in Behandlungsabläufe.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

5e **Die Mitarbeiter/innen haben Kenntnis des Hilfesystems und nutzen das System zugunsten der Klient/innen**, z.B. Fallcontrolling, Gesamtbehandlungsplanung im Versorgungssystem.

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

## 6 Kriterium Prozesse



In diesem Abschnitt bewerten Sie den Ablauf der wichtigsten Prozesse (Kernprozesse) innerhalb Ihrer Einrichtung. Dazu zählen alle direkt für den Endabnehmerinnen geleisteten Dienste und Tätigkeiten, die zusammen das Leistungsprofil Ihrer Beratungsstelle ausmachen.

Sie bewerten die Methoden der Prozessüberprüfung und -verbesserung und der Prozessdokumentation, um festzustellen, ob die angewendeten Verfahren effektiv sind oder ob notwendige Korrekturmaßnahmen durchgeführt werden.

Sie überprüfen, inwieweit die einrichtungsunterstützenden Prozesse wie z.B. Sekretariatsdienste, Finanzdienste, Öffentlichkeitsarbeit etc. auf gleichem Niveau sind.

## 6 Prozesse

**6a Die Leistungen und Produkte der Einrichtung sind beschrieben, z.B. Leistungsbeschreibungen in einer Broschüre für Klient//innen sowie analog für zuweisende Einrichtungen / Leistungsträger.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**6b Alle wichtigen Abläufe und Prozesse sind identifiziert und systematisch beschrieben in Prozessschemata.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**6c Die Einrichtung arbeitet nach dem Prinzip der individuellen Behandlungsplanung, z.B. Therapieplan, Behandlungsverträge, Betreuungsverträge für Substituierte.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**6d Bei der Verbesserung von Abläufen und Prozessen wird die Kreativität aller Mitarbeiter//innen genutzt, z.B. Ideenmappe, Fragebogen zur kontinuierlichen Verbesserung, Teamtage.**

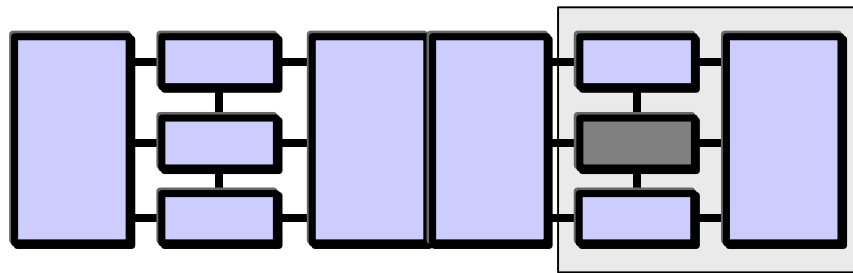
Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

**6e Die Einrichtung hat ein Qualitätssystem zur Prozesskontrolle, z.B. Aktenevaluation, EFQM, DIN-ISO 9000 ff.-System, Standardisierung der Behandlungsdokumentation.**

Wird nicht thematisiert	0
Wird ab und zu thematisiert	1
Wird systematisch entwickelt	2
Wird systematisch entwickelt und umgesetzt	3
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt und bewertet	4
Wird systematisch entwickelt, umgesetzt, bewertet und bei Bedarf angepasst	5

## 7 Kriterium Kundenzufriedenheit

(Kundenbezogene Ergebnisse)



In diesem Abschnitt bewerten Sie, wie Ihre Einrichtung ihre verschiedenen externen Kundengruppen (Klient/innen, Kooperationspartner, Leistungsträger) identifiziert und einteilt. Es werden Maßnahmen und Ergebnisse bewertet, die den Grad der kundenbezogenen Ergebnisse dokumentieren.

Im Spannungsfeld der sehr unterschiedlichen Kunden Ihrer Beratungsstelle erheben Sie Indikatoren, die, versetzt man sich in die Rolle des jeweiligen Auftraggebers, Wertschätzung ausdrücken.

Sie hinterfragen:

- die augenblickliche Meinung der Kunden, gewonnen aus Umfragen
- Trends der Kundenzufriedenheit, gewonnen aus Messgrößen und Ergebnissen (Häufigkeit der Beschwerden, Wartelisten, eigene Zuverlässigkeit, Zuverlässigkeit der Kunden, Auftragsrückgang, Klient/innenverlust etc.)

Die Prognosen können als Hauptindikatoren betrachtet und häufig innerhalb der Einrichtung selbst ermittelt werden. Die augenblickliche Meinung der Kunden ist als Spätindikator anzusehen, stellt dafür aber eine reale Messgröße der Kundenzufriedenheit dar, denn sie kann nur durch direkte Kundenbefragung gewonnen werden.

Zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit ist es erforderlich, die Bedeutung der Faktoren zu kennen, die beurteilt werden sollen.

## 7 Kundenzufriedenheit

**7a Die Zufriedenheit der Klient/innen wird anhand von Indikatoren bewertet, z. B. leichter Zugang, kurze Wartezeiten, angstfreie erste Begegnung, respektvoller Umgang, Mitbestimmung bei der Behandlungsplanung, Zufriedenheit mit dem Verlauf.**

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

**7b Die Zufriedenheit der Kooperationspartner und zuweisender Institutionen wird anhand von Indikatoren bewertet, z.B. gute Erreichbarkeit, ausreichender Informationsaustausch in Bezug auf Klient//innen und Angebotsgestaltung.**

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

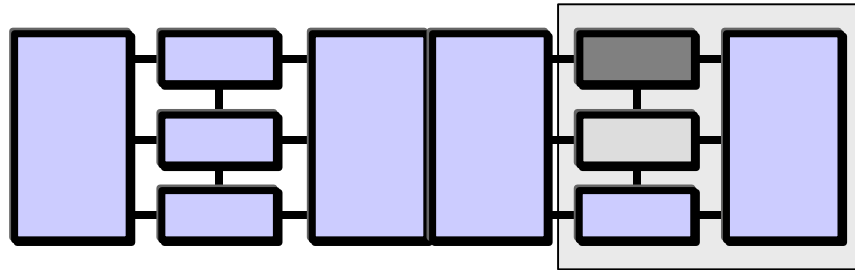
**7c Die Zufriedenheit der Leistungsträger wird anhand von Indikatoren bewertet, z.B. Zuverlässigkeit der Mittelverwendung, klares Berichtswesen.**

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

Das Rating „wird nicht erhoben“ ist anzuwenden, wenn keine direkten oder indirekten Daten, Statistiken oder quantitativen Größen zur Verfügung stehen oder bekannt sind. Siehe auch das Thema Rating im einleitenden Text.

## 8 Kriterium Mitarbeiterzufriedenheit

(Mitarbeiterbezogene Ergebnisse)



In diesem Abschnitt bewerten Sie den Zufriedenheitsgrad aller Mitarbeiter/innen der Einrichtung. Gefragt wird nach der Mitarbeiter/innenmeinung, die durch Umfragen, Teamgespräche usw. erzielt werden kann und nach den Maßnahmen und Ergebnissen, die tendenziell die Wertschätzung der Mitarbeiter/innen prognostizieren oder beeinflussen. Es interessiert, ob die Ergebnisse bekanntgemacht werden und wirken.

Hintergrund dieser Befragung ist, dass die Einrichtung nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie ein motiviertes Team mit hoher Arbeitsmoral aufrechterhält.

Werden Niveau- und Trendbeobachtungen gewünscht, sollten diese wenigstens einen Zeitraum von drei Jahren berücksichtigen.

## 8 Mitarbeiterzufriedenheit

**8a** **Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen werden bewertet und die Resultate bekannt gemacht**, z.B. anhand von Teamprotokollen, Diskussionsgruppen, Untersuchungen zur Mitarbeiterzufriedenheit.

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

**8b** **Fehlzeiten werden erhoben und von der Einrichtungsleitung interpretiert**, z.B. Krankheitstage und die Personalfuktuation.

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

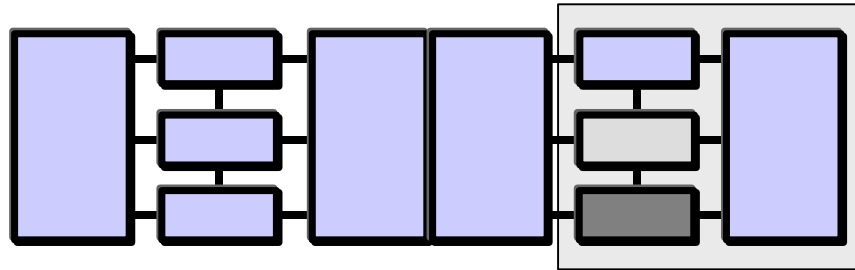
**8c** **Die Arbeitsbedingungen werden überprüft**, z. B. anhand von internen und externen Vorschriften zu Arbeitszeiten, Gesundheits-Check, Sicherheitsmaßnahmen etc..

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

Das Rating „wird nicht erhoben“ ist anzuwenden, wenn keine direkten oder indirekten Daten, Statistiken oder quantitativen Größen zur Verfügung stehen oder bekannt sind. Siehe auch das Thema Rating im einleitenden Text.

## 9 Kriterium Gesellschaftliche Verantwortung / Image

(Gesellschaftsbezogene Ergebnisse)



In diesem Abschnitt ermitteln Sie die Aktivitäten der Einrichtung in Bezug auf ihre gesellschaftliche Akzeptanz und Sinnhaftigkeit im Allgemeinen. Es sind Maßnahmen und Taten zu nennen, die eine gutnachbarschaftliche Beziehung, gutes Image durch Auftragserfüllung und ausreichende Berichterstattung erkennen lassen und belegen.

Ein weiterer Indikator für die Wertschätzung der Einrichtung ist der Zufluss finanzieller Mittel durch freiwillige Finanziers.

Es ist anzunehmen, dass die gesellschaftliche Wertschätzung zunehmend die Geschäftserfolge mitbestimmen wird.

## 9 Gesellschaftliche Verantwortung / Image

**9a** **Das eigene Image wird überprüft**, z.B. Tag der Offenen Tür, Befragungen der Nachbarschaft, Erhebung des Bekanntheitsgrades.

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

**9b** **Die Präsenz in den Medien und in der Fachpresse wird ermittelt**, z. B. Anlage und Auswertung einer Pressemappe, Auswertung von positiven und negativen Meldungen, Publikationen.

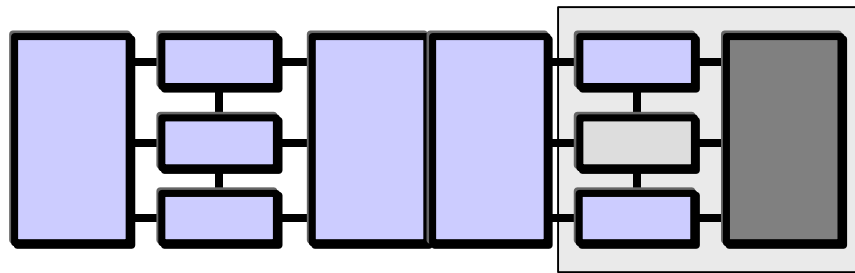
Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

**9c** **Die Zufriedenheit der Öffentlichkeit wird anhand von Indikatoren bewertet**, z.B. eingehenden Bußgeldern, Spenden, Mitgliedsbeiträgen sowie Anfragen zu Stellungnahmen, Einladungen zu Fachgesprächen und Vorträgen, Kommentaren von Interessengruppen und politischen Organen.

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

Das Rating „wird nicht erhoben“ ist anzuwenden, wenn keine direkten oder indirekten Daten, Statistiken oder quantitativen Größen zur Verfügung stehen oder bekannt sind. Siehe auch das Thema Rating im einleitenden Text.

## 10 Kriterium Ergebnisse



In diesem Abschnitt bewerten Sie durch die Gesamtheit (Saldo) der Leistungsindikatoren und betriebswirtschaftlichen Aspekte Ihre Einrichtung. Bezogen auf die Klientinnen werden sowohl quantitative als qualitative Ergebnisse dargestellt.

Hier werden die Maßnahmen und Ergebnisse der internen Hauptprozesse und Dienstleistungen bewertet und kommentiert.

In bezug auf den finanziellen Rahmen wird die Wirtschaftlichkeit der Leistungsangebote (Kostenstellen-Kostenträgerrechnung) überprüft und in die Jahresbilanz integriert.

Idealerweise sollten die Ergebnisse und Trends wenigstens zu einer Drei-Jahres-Periode in Beziehung gesetzt werden.

# 10 Ergebnisse

**10a Die quantitativen Ergebnisse werden anhand der Leistungsdokumentation überprüft, z.B. Anzahl der Beratungs- und Behandlungseinheiten, der Kontakte oder der Haltequoten.**

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

**10b Die Ergebnisse in Bezug auf die Klient/innen werden bewertet, z.B. körperliche und psychische Stabilisierung der Klientinnen, Verbesserung des sozialen Netzwerkes, Arbeitsaufnahme.**

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

**10c Die finanziellen Ergebnisse werden anhand von Indikatoren überprüft, z.B. Ausgabendisziplin, Wirtschaftlichkeit, Jahresbilanz.**

Wird nicht erhoben	0
Wird ab und zu erhoben	1
Wird systematisch gemessen	2
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert	3
Wird systematisch gemessen und Ziele werden formuliert und erreicht	4
Die Ergebnisse zeigen positive Trends über mind. 3 Jahre	5

Das Rating „wird nicht erhoben“ ist anzuwenden, wenn keine direkten oder indirekten Daten, Statistiken oder quantitativen Größen zur Verfügung stehen oder bekannt sind. Siehe auch das Thema Rating im einleitenden Text.

# Anleitung zur Auswertung

In die nachfolgende Tabelle können die Bewertungen der Unterkriterien eingetragen werden:

**Tabelle: Auswertung der Fragebögen**

Item	Wert	0	1	2	3	4	5
( 1a) Engagement							
( 1b) Moderation Problemlöser							
( 1c) Würdigung des Einsatzes							
( 1d) Transparente Rahmenbedingungen							
( 1e) Erneuerungen und Verbesserungen							
(2a) Normen und Werte							
(2b) Information Rahmenbedingungen							
(2c) Information Klient/innen							
(2d) Kommunikation und Umsetzung							
(2e) Dynamischer Prozess							
( 3a) Zukunftsorientierte Personalplanung							
( 3b) Verantwortung der Mitarbeiter/innen							
( 3c) Ständige Verbesserung							
( 3d) Vereinbarung der Ziele							
( 3e) Konstruktiver Dialog							
( 4a) Budgetierung							
( 4b) Finanzielle Information							
( 4c) Technische Infrastruktur							
( 4d) Informationsfluss							
( 4e) Materielle Mittel							
( 5a) Weiterbildung und Fachkenntnisse							
( 5b) Sozialkompetenz							
( 5c) Methodische/ professionelle Richtlinien							
( 5d) Transparenz							
( 5e) Kenntnis des Hilfesystems							
( 6a) Leistungsbeschreibungen							
( 6b) Prozessschemata							
( 6c) Individuelle Behandlungsplanung							
( 6d) Verbesserung von Abläufen / Prozessen							
( 6e) Qualitätssystem							
( 7a) Zufriedenheit der Klient/innen							
( 7b) Zufriedenheit der Kooperationspartner							
( 7c) Zufriedenheit der Leistungsträger							
( 8a) Zufriedenheit des Personals							
( 8b) Fehlzeiten							
( 8c) Arbeitsbedingungen							
( 9a) Überprüfung des Images							
( 9b) Präsenz in den Medien							
( 9c) Zufriedenheit der Öffentlichkeit							
(10a) Quantitative Ergebnisse							
(10b) Klientenbezogene Ergebnisse							
(10c) Finanzielle Ergebnisse							

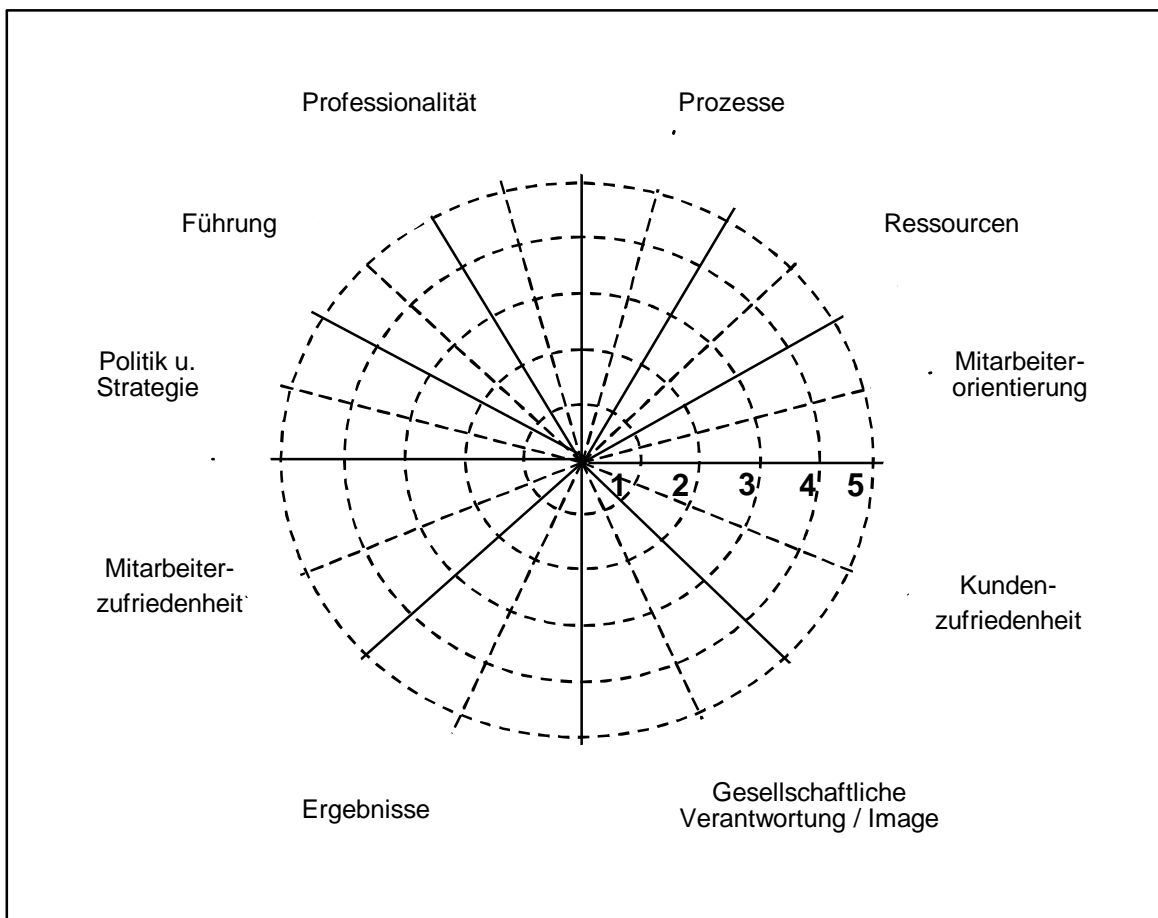
Sie wandeln diese Rohwerte in Kriterienwerte für das Q-Net um, indem Sie die jeweiligen Werte der Unterkriterien addieren und durch die Anzahl der Fragen dividieren.

### Tabelle: Berechnung der Q-Net Werte <sup>10</sup>

Kriterium	Berechnungsformel	Ergebnis Q-Net Wert
1 Führung	$(1a+1b+1c+1d+1e)/5 =$	
2 Politik und Strategie	$(2a+2b+2c+2d+2e)/5 =$	
3 Mitarbeiterorientierung	$(3a+3b+3c+3d+3e)/5 =$	
4 Ressourcen	$(4a+4b+4c+4d+4e)/5 =$	
5 Professionalität	$(5a+5b+5c+5d+5e)/5 =$	
6 Prozesse	$(6a+6b+6c+6d+6e)/5 =$	
7 Kundenzufriedenheit	$(7a+7b+7c)/3 =$	
8 Mitarbeiterzufriedenheit	$(8a+8b+8c)/3 =$	
9 Gesellsch. Verantwortung/Image	$(9a+9b+9c)/3 =$	
10 Ergebnisse	$(10a+10b+10c)/3 =$	

Diese Werte tragen Sie in das Q-Net ein.

### Abbildung: Q-NET



Während der Bewertung haben Sie Vorschläge zur Verbesserung des Qualitätsmanagements der Einrichtung gesammelt. Nachfolgend können Sie Vorschläge, Ideen und Anregungen hier kurz formulieren und aufschreiben.

Kriterium	Meine Notizen / Meine Vorschläge:
1 Führung	
2 Politik und Strategie	
3 Mitarbeiterorientierung	
4 Ressourcen	
5 Professionalität	
6 Prozesse	
7 Kundenzufriedenheit	
8 Mitarbeiterzufriedenheit	
9 Gesellschaftliche Verantwortung / Image	
10 Ergebnisse	

# 3 Konsenstreffen und Verbesserungen

## 1 Konsenstreffen

Die individuelle Bewertung des Qualitätsmanagements einer Einrichtung ist das Ausgangsmaterial für das Konsenstreffen. Nach einer kurzen Einleitung durch die Leitung der Einrichtung und den/die Moderatorin werden die individuellen Bewertungen gesammelt und notiert. Die Vorgehensweise kann sehr unterschiedlich sein. Man kann z. B. mit dem Kriterium Führung anfangen und danach die Ergebnisse erarbeiten, es kann aber auch sinnvoll sein, von den Ergebnissen in Richtung Struktur und Prozesse zu arbeiten. Das Vorgehen kann streng und strukturiert oder eher unkonventionell sein. Die Sammlung der Bewertungen kann auf Zuruf oder durch persönliche Eintragung erfolgen. Die Diskussion der Bewertungen, mit dem Ziel, einen Konsenswert der Bewertungen zu ermitteln, ist jedoch das Wesentliche des Treffens. Der Konsenswert sollte nicht rechnerisch, sondern durch das Gespräch und die Diskussion bestimmt werden.

Für das Konsenstreffen wird ein strenger Zeitplan mit genügend Raum für die Argumentation, Ausführungen und Vorschläge der Teilnehmer/innen empfohlen. Lange Diskussionen sollten vermieden werden, jedoch wird jede/r Teilnehmer/in mit seinem Beitrag ernst genommen, so dass ein konstruktives Lernklima entsteht. Beim Konsenstreffen geht es letztlich darum, dass alle Teilnehmer/innen die Prinzipien der Selbstbewertung nach EFQM verstehen lernen, dass jede/r zur Bewertung beiträgt und die Vorschläge zur Verbesserung gesammelt werden. So entsteht ein breit getragenes Gesamtbild und ein offener Dialog über Verbesserungen. Am Ende einer Selbstbewertung wird das nächste Konsenstreffen geplant. Eine kurze Abschlusserhebung zum Konsenstreffen wird angeraten. Es liegt zum großen Teil in Händen der Moderation, dieses Klima zu schaffen und zugleich das Ziel klar vor Augen zu haben. Das konkrete Ergebnis des Konsenstreffens ist ein Profil mit den Konsenswerten, ein Q-Net und eine Sammlung mit Verbesserungspunkten.

## 2 Analyse und Interpretation

Das Q-Net gibt einen allgemeinen Eindruck vom Qualitätsmanagement der Einrichtung:

- Ž Ein gleichgewichtiges großes Netz zeugt von einem gut entwickelten Qualitätsmanagement. Ein Q-Net auf Niveau eins und zwei zeigt, dass die Beratungsstelle am Anfang steht.
- Ž Ein unregelmäßiges Q-Net weist auf Stärken und Schwächen der Einrichtung hin. Niveau eins ist ein Hinweis auf eine echte Schwachstelle. Qualitätsthemen werden übersehen. Niveau zwei weist auf erste Ansätze, Niveau drei und vier sind eine gute Mittelposition. In der Regel sollten die Schwachstellen kurzfristig Beachtung finden.
- Ž Die Kriterien im Q-Net sind so angeordnet, dass im oberen Bereich die Befähiger, im unteren Teil die Ergebnisse liegen. Im allgemeinen werden die Befähiger höher bewertet als die Ergebnisse. Das stimmt überein mit der Tatsache, dass sich Ergebnisse erst nach Aktionen bei den Befähigern einstellen. Die meisten Einrichtungen im psychosozialen Bereich haben niedrige Werte bei den Ergebnissen, weil sie nicht über Fakten verfügen, d. h. nicht messen.

Das Profil der Konsenswerte gibt ein wesentlich genaueres Bild. Das Profil eignet sich gut, um spezifische Verbesserungen zu planen und auszuführen.

- Ž Niedrige Werte im Profil weisen auf konkrete Schwächen, auf Lücken im Qualitätsverständnis und auf undokumentierte Fakten hin. Die Selbstbewertung trägt dazu bei, diese Situation zu erkennen.
- Ž Die einzelnen Konsenswerte im Profil können am besten anhand des Ratings interpretiert werden. Eine Beratungsstelle auf Niveau drei bei den Befähigern und den Ergebnissen ist auf dem richtigen Weg.
- Ž Zu den Ergebnissen sollten immer entsprechende Befähiger gesucht werden. Es geht darum, dass die Befähiger bezüglich ihrer Fähigkeiten weiterentwickelt und dadurch die Ergebnisse verbessert werden.

Die Darstellungen des Q-Nets und des Profils sind lediglich in Ansätzen mit den Ergebnissen der Kandidaten des EFQM-Preises zu vergleichen, wie sie in den Richtlinien zu finden sind. Die Bewertung bei EFQM beruht auf einem Modell, das nicht vollständig durch das Rating dieses Fragebogens abgedeckt wird. Es ist jedoch zu empfehlen, die Tabellen von EFQM aus den Richtlinien hinzuzunehmen, um einen erweiterten Eindruck zu gewinnen. Zudem ist das Büro in Brüssel dabei, in einem Benchmark-Projekt Vergleichsmaterial zu erstellen.

Als letzte Möglichkeit zur Analyse und Interpretation des Q-Nets und des Profils wird auf das Organisationsentwicklungsmodell hingewiesen, das im Rahmen des Qualitätsmanagements des „Institut Nederlands Kwaliteit“ angewandt wird. In diesem Entwicklungsmodell werden fünf Phasen unterschieden:

1. Aktivitätenorientierung
2. Prozessorientierung
3. Systemorientierung
4. Verbundorientierung
5. Integrale Qualitätsorientierung

Die Phasen werden in den Niederlanden benutzt, um der Entwicklung der Organisation auf dem Weg des Qualitätsmanagements zu folgen. Viele Einrichtungen und Organisationen haben mit ähnlichen Entwicklungsmodellen gearbeitet. Für die Interpretation und die Entscheidungen der nächsten Schritte empfiehlt sich dieses Material.<sup>11</sup>

### 3 Der Bericht zur EFQM Diagnose

Das Profil, das Q-Net und die Verbesserungsvorschläge und Hinweise, die während des Konsenstreffens gemacht wurden, werden durch den/die Modertor/in in einem Bericht zusammengefasst. Der Bericht sollte innerhalb weniger Wochen den Teilnehmer/innen vorgelegt werden, um damit die Selbstbewertung abzurunden und in der Folge konkrete Aktionen, Verbesserungen und Veränderungen einzuleiten.

Der Bericht ist in erster Linie ein internes Dokument, sozusagen eine Röntgenaufnahme der Einrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Alle weiteren Selbstbewertungen der Einrichtung können damit verglichen werden. Er kann jedoch auch als Grundlage für einen Qualitätsjahresbericht dienen. Zudem kann der Bericht Diskussionsgrundlage sein für die Gespräche mit anderen Einrichtungen, Kooperationspartnern, Leistungsträgern und Klientenorganisationen. Einige Einrichtungen benutzen die Ergebnisse auch, um aktiv Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.

Wie eingangs beschrieben, sollte die Verwendung und die Veröffentlichung der Daten im Vorfeld erörtert und gemeinsam beschlossen werden.

### 4 Aktionen, Verbesserungen, Veränderungen

Der Fragebogen und das Arbeitsbuch wurden entwickelt, um eine Möglichkeit zu schaffen, Selbstbewertungen in Beratungsstellen nach dem EFQM-Ansatz durchzuführen. Eine Selbstbewertung hat natürlich nur Sinn, wenn danach Aktionen, Verbesserungen und Veränderungen geplant sind. Das Gebiet des Projektmanagements, Changemanagements, Qualitätsmanagements, Transfermanagements etc. ist viel zu umfassend, um hier behandelt zu werden. Es wird daher auf Literatur, Fachleute und Institute verwiesen. Zudem hat jede/r Verantwortliche einer Einrichtung eine eigene Professionalität. Im Rahmen dieses Arbeitsbuches wird lediglich betont, dass mit der Selbstbewertung nach EFQM eine Basis geschaffen wird, mit allen Mitarbeiter/innen an Verbesserungen zu arbeiten.

### 5 Ausblick

Dieser Fragebogen und das Arbeitsbuch EFQM-Diagnose Suchtberatungsstellen ist ein Produkt des Modellprojekts „Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW“ des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (1996-2002). Das Arbeitsbuch beruht auf einem breiten Erfahrungshintergrund. Seine Anwendung in der Praxis hat erwiesen, dass der Ansatz des EFQM-Modells in Einrichtungen des Gesundheitswesens und hier in der Suchtkrankenhilfe ebenso brauchbar und hilfreich ist wie in den vielen anderen Branchen und Organisationen in Europa, die damit erfolgreich arbeiten.

# Fußnoten

- 1 Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsgb.): Handbuch EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe - Konzepte, Analysen, Praxisbeispiele, Münster 2002
- 2 Die Arbeitsgruppe bestand aus:  
Carmen Pursche, Betriebswirtin, Dipl. - Sozialwissenschaftlerin, LWL Münster  
Udo Nabitz, drs., Psychologe, Projektleiter Qualität im Jellinek-Zentrum / AIAR Amsterdam  
Christiane Winterberg, Dipl.-Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin, Heilpraktikerin Psychotherapie, Leiterin der Modelleinrichtung des Caritasverbandes im Oberbergischen Kreis, Gummersbach  
Jürgen Mühl, Dip.- Sozialarbeiter, Leiter der Modelleinrichtung der AWO, Herdecke  
Die Überarbeitung erfolgte unter Federführung von  
Hildegard Winkler, Dipl. - Gesundheitswissenschaftlerin, Qualitätsmanagerin, LWL Münster
- 3 „Publications and Training Courses Brochure“ der EFQM Brüssel  
Die jeweils aktuelle Fassung kann angefordert werden unter:  
EFQM Brussels Representative Office  
Avenue des Pléiades 15, 1200 Brussels, Belgium  
(<http://www.efqm.org>)
- 4 Nabitz, Udo, Walburg, Jan A.: Das EFQM Modell Jellinek - Ein Instrument der strukturierten und systematischen Selbstbewertung des Qualitätsmanagement von Einrichtungen des Gesundheitswesens in: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsgb.):Handbuch EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe - Konzepte, Analysen, Praxisbeispiele, Münster 2002
- 5 Vgl. die aktuellen Informationen zu diesem Modell, als Einführung z.B. auf den Internetseiten der deutschen Sektion der EFQM(<http://www.deutsche-efqm.de/efqm> ff.)  
Krug, A.C. / Thun, J.W. (1999) Der neue Weg zu Business Excellence, Frankfurt a.M., Thun Consult
- 6 Qualitätsauszeichnung Jellinek, Publication EFQM 1998
- 7 vgl. Fußnote 4
- 8 Eine prototypische Einrichtung  
Bei der Entwicklung des Fragebogens ist die Expertengruppe von einer Suchtberatungsstelle ausgegangen, die etwa die folgenden Merkmale hat:
1. Dokumentierte Aufgabenstellung, Mission Statement, Leitlinien
  2. Eine organisatorische Einheit
  3. Budgetverantwortlichkeit
  5. Team von etwa zehn, mindestens jedoch drei, höchstens zwanzig Mitarbeitern
  6. Zentrale Steuerung, explizite Leitung
  7. Selbständigkeit bezüglich des Marktssystems
  8. Professionelle Autonomie
  9. Delegation der Aufgaben an spezialisierte Mitarbeiterinnen
  10. Teamorientiert: Synergieeffekte werden genutzt
  11. Aufgabenbereiche sind: Suchtberatung für legale und illegale Drogen, niedrigschwellige Angebote, Prävention
- 9 Die Formulierungen sind keine Definitionen, es sind Umschreibungen, In Prinzip wurde die klassische Form der Definition angewandt, indem in der Frage eine allgemeine Umschreibung und spezifische Beispiele genannt werden. Es ist jedoch bei weitem keine operationelle Definition, darum kann im Rating auch nicht von einer Messung gesprochen werden.
- 10 vgl.: Nabitz, Udo und Walburg, J. : The Application Report of the Jellinek Centre EFQM Brussels, 1999
- 11 In diesem Arbeitsbuch ist jede Frage gleichgewichtig. EFQM hat jedoch eine Gewichtung der Kriterien. Mittels der in der Tabelle aufgezeigten Gewichtung kann die Bewertung in Punkte umgerechnet werden.

Nr.	Kriterium	Gewichtung
1	Führung	1
2	Politik und Strategie	0,8
3	Mitarbeiterinnenorientierung	0,9
4	Ressourcen	0,9
5	Professionalität	0,7
6	Prozesse	0,7
7	Kundenzufriedenheit	2
8	Mitarbeiterinnenzufriedenheit	0,9
9	Gesellschaftliche Verantwortung / Image	0,6
10	Ergebnisse	1,5

# Literaturhinweise

Begriffe zum Qualitätsmanagement, Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., Frankfurt am Main, 1994

Sucht-Therapie unter Kostendruck, Entwicklungen und Perspektiven, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Neuland, Geesthacht 1998

Heiner, Maja (Hrsg.); Selbstevaluation in der sozialen Arbeit, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1992

Pfeifer, Tilo: Qualitätsmanagement, Strategien, Methoden, Techniken, Carl Hanser Verlag München Wien, 1991

Öhlschläger, Rainer: Freie Wohlfahrtspflege im Aufbruch, Ein Managementkonzept für soziale Dienstleistungsorganisationen, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1996

Eversheim, Walter (Hrsg.): Qualitätsmanagement für Dienstleister - Grundlagen, Selbstanalyse, Umsetzungshilfen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 1996

Kamiske/Brauer: Qualitätsmanagement von A - Z, Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, Carl Hanser Verlag München Wien, 1995

Krug, A.C. / Thun, J.W. (1999) Der neue Weg zu Business Excellence, Frankfurt a.M., Thun Consult

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Handbuch EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe - Konzepte, Analysen Praxisbeispiele, Münster 2002

Nabitz, Udo, Walburg, Jan A.: Das EFQM Modell Jellinek - Ein Instrument der strukturierten und systematischen Selbstbewertung des Qualitätsmanagement von Einrichtungen des Gesundheitswesens in: Landschaftsverband Westfalen - Lippe (Hrsg.): Handbuch EFQM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe - Konzepte, Analysen, Praxisbeispiele, Münster 2002

Ruprecht (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten,, Asgard-Verlag, Dr. Werner Hippe KG, Sankt Augustin, 1998

Bredow; Fischer; Hoiker; Rosstauscher; Safian: Qualitätsentwicklung in ambulanten Diensten, Vincentz Verlag, Hannover, 1995

Staute, Jörg: Das Ende der Unternehmenskultur, Firmenalltag im Turbokapitalismus, Campus Verlag Frankfurt/New York, 1997

Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Hamburg (Hrsg.), 1998

Nerdinger, Friedemann W.: Zur Psychologie der Dienstleistung,, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 1997

Peters, Watermann jun.: Auf der Suche nach Spitzenleistungen, Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann, Verlag moderne Industrie, Landsberg/Lech, 1988

Nabitz, U. und Walburg, J.: The Application Report of the Jellinek Centre EFQM, Brussels, 1998

## Einige wichtige Anschriften

EFQM Brussels Representative Office  
Avenue des Pléiades 15  
1200 Brussels  
Belgium

Deutsches EFQM Center  
c/o Deutsche Gesellschaft für Qualität  
August Schanz Str. 21a  
60433 Frankfurt am Main

Institut Nederlandse Qualiteit  
Pettelaarpark 20  
Postbus 70055  
5201 DZ Den Bosch

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Koordinationsstelle Sucht  
Projekt QM  
Warendorfer Strasse 25-27  
48133 Münster

## Übersetzung der fremdsprachigen Vorworte

In ganz Europa stoßen wir im öffentlichen Dienst auf Initiativen, die sich des EFQM - Modells bedienen. Viele Organisationen, die diesen Weg wählten, können deutlich zeigen, dass die Qualität ihrer Dienstleistungen gestiegen ist.

Ich bin erfreut feststellen zu können, dass das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen ein Projekt für den Arbeitsbereich der Suchthilfe förderte und dabei der Methode der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) folgte.

Das Arbeitsbuch und der Fragebogen sind Teil der Projektergebnisse und gute Beispiele für Selbstevaluationswerkzeuge. Ich hoffe, dass viele Einrichtungen der Suchthilfe diese Hilfestellungen benutzen werden, um sich auf dem Weg zu herausragenden Leistungen weiterzuentwickeln und zu erneuern.

### **M. Pupius**

Manager Public Sector

EFQM Brussels Representative Office

Manager für den öffentlichen Dienst

EFQM Vertretung Brüssel

Die Niederlande und Deutschland können jederzeit voneinander lernen. Das vorliegende „Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB“ zur Selbstevaluation in Suchthilfeeinrichtungen ist ein gutes Beispiel für diesen Prozess. Es stellt eine getreue Bearbeitung der Broschüre „Handleiding Zorginstellingen“ des Instituts „Nederlandse Kwaliteit“ (Niederländisches Institut für Qualität) und eignet sich wiederum auch als Vorbild für niederländische Organisationen.

Von Herzen unterstütze ich den konstruktiven Prozess des Austauschs und des gegenseitigen Lernens mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen.

### **Prof. F. Stevens**

Algemeen Directeur

Instituut Nederlandse Kwaliteit, Den Bosch

Direktor des

Niederländischen Instituts  
für Qualität, Den Bosch

Das Jellinek-Zentrum arbeitet seit einige Jahren mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe zusammen. Es ist erfreulich, feststellen zu können, dass der Austausch von Erfahrungen konkret wird, hier in dem vorliegenden „Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB“.

Die Mitarbeiterinnen des Jellinek-Zentrums unterziehen sich regelmäßig der Selbstevaluation unter Nutzung eines vergleichbaren Arbeitsbuches. Sie schätzen diese Methode und das Arbeitsbuch ist für sie ein bedeutendes Instrument zur Wahrung und Verbesserung der Qualität.

Ich bin davon überzeugt, dass auch die Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland durch diese Methodik viel Nutzen haben werden.

### **Prof. J. Waalburg**

Algemeen Directeur

De Jellinek, Amsterdam

Direktor des

Jellinek-Zentrums, Amsterdam

Übertragung aus dem Englischen und Niederländischen: Dirk Schleaf