

Qualitätsmanagement (QM) in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW

Hildegard Gerber

Zusammenfassung

In einem vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium geförderten und vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe durchgeführten Modellprojekt wurde ein spezifisches QM-System für Suchtberatungsstellen auf der Basis des EFQM-Modells entwickelt, erprobt und eingeführt. Der Prozess der Implementierung dieses Ansatzes in den Einrichtungen wird vom *Projekt QM* durch das Angebot von Beratung, Schulung und Moderation begleitet. Die Durchführung der Selbstbewertung in den Suchtberatungsstellen als zentrale Vorgehensweise zur Implementierung des EFQM-Modells lässt in den teilnehmenden Einrichtungen ein hohes Qualitätsbewusstsein und in vielen Bereichen bereits eine systematische Steuerung der Qualität der Leistungen erkennen. Die Mitarbeiter/innen erleben es als Chance, Verbesserungsbedarf zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu planen und umzusetzen.

1. Entwicklung eines spezifischen QM-Konzeptes für die ambulante Suchtkrankenhilfe NRW

Seit 1995 führt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe im Auftrag des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums das *Projekt QM* durch mit dem Ziel, Suchtberatungsstellen durch die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) zu befähigen, in stürmischen Zeiten nicht nur irgendwie zu überleben, sondern ihr Know-how und ihre Professionalität zu erhalten und weiterzuentwickeln (PURSCHE 1997).

QM ist eine Methode zur Führung von Organisationen, bei der die Qualität der Leistungserstellung einer Einrichtung in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt wird. Dabei wird Qualität verstanden als Übereinstimmung einer Leistung mit den Anforderungen und Erwartungen, die an sie gestellt werden. Wenn z.B. Klient/innen einen schnellen Termin für ein Erstgespräch erwarten oder Kosten-/Leistungsträger eine fristgemäße Antragstellung auf Leistungen, dann erbringt die Einrichtung eine gute Qualität, wenn sie diese Ansprüche erfüllt. „Soll“ und „Ist“ stimmen dann überein. Schwieriger wird es, wenn suchtkranke „Kunden“ eine sofortige Lösung ihrer Probleme durch den Profi erwarten. Diesen Ansprüchen stehen andere Anforderungen an professionelles Handeln gegenüber, wie sie im Rahmen des Qualifizierungsprozesses der Mitarbeiter/innen erworben wurden. Eine Einrichtung muss daher die verschiedenen Anforderungen ausbalancieren. Doch dazu müssen sie erst einmal bekannt sein. In diesem Zusammenhang stellt die Kundenorientierung im QM einen wichtigen Grundsatz dar, der darauf zielt, systematisch Erhebungsinstrumente einzusetzen, um die Anforderungen bedeutsamer Kundengruppen zu ermitteln und die Qualität der Leistungen in Relation zur Erfüllung dieser Kundenerwartungen zu prüfen. QM arbeitet auf der Basis von Messdaten und Fakten, anstatt den Maßstab da-

für, wie gut die eigene Arbeitsleistung ist, nur im Gefühl zu haben. Schließlich stützt sich QM auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter/innen einer Einrichtung, denn gute Leistungen, gerade auch im Gesundheitswesen, werden von den dort Tätigen erarbeitet. Auf dieser konzeptionellen Basis bietet QM ein breites Spektrum von Werkzeugen an, mit deren Hilfe die Qualität in einer Einrichtung systematisch entwickelt werden kann.

Als das *Projekt QM* gestartet wurde, gab es in Deutschland noch keinen suchtspezifischen Ansatz des QM. Die beiden international anerkannten QM-Konzepte – die Normenreihe der DIN EN ISO 9000 ff und das EFQM-Modell – mussten daher zunächst daraufhin überprüft werden, inwieweit sie für die Arbeit in Suchtberatungsstellen geeignet sind.

Zum damaligen Zeitpunkt zielte das System der DIN EN ISO 9000 ff (Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Standardisation Organisation), noch auf Qualitätssicherung, war in Sprache und Struktur völlig auf die Erfordernisse von Wirtschaftsunternehmen zugeschnitten und für Suchtberatungsstellen damit sehr fremd, so dass erhebliche Anpassungsleistungen notwendig geworden wären. Die Forderung der DIN ISO, Aufbau- und Ablauforganisation einer Einrichtung systematisch und umfassend in einem Handbuch zu beschreiben, schien eher die Gefahr eines zunehmenden Bürokratismus in sich zu bergen, als dass zu erwarten war, dass auf diesem Weg der Qualitätsentwicklungsprozess gefördert würde. Zudem war zum Zeitpunkt des Projektbeginns die Wettbewerbssituation unter den Suchtberatungsstellen noch nicht so ausgeprägt, als dass die Bescheinigung der Qualitätsfähigkeit durch ein Zertifikat erstrebenswert schien. Die ISO wurde deshalb als ungeeignet abgelehnt und demgegenüber das Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) als Grundlage der Projektarbeit ausgewählt.

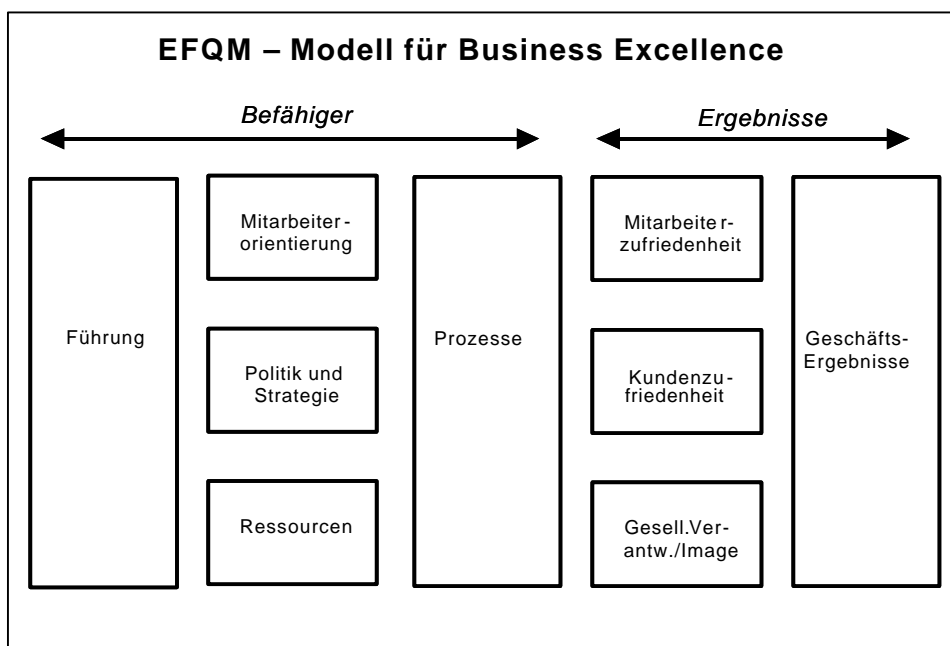


Abb. 1: Das ursprüngliche EFQM-Modell

Das EFQM-Modell (s. Abb. 1) bildet eine Organisation sehr umfassend in allen wesentlichen Aspekten ab. Es unterscheidet zwischen der Qualität der Ergebnisse einer Organisation und den Mitteln, die erforderlich sind, um gute Ergebnisse zu erzielen, den sogenannten Befähigern. Das Modell bildet die Basis für eine von der Organisation durchzuführende Selbstbewertung, die der Darstellung des QM-Systems und der Beurteilung seines Entwicklungsstandes dient. Ziel der Selbstbewertung ist es im Sinne eines Analyse- und Diagnoseinstrumentes, qualitätsrelevante Stärken und Verbesserungsbereiche zu identifizieren um anschließend Verbesserungsaktivitäten zu initiieren. Erfolgreiche Organisationen können sich schließlich um einen Qualitätspreis bewerben.

Die Vorteile dieses Modells führt NABITZ (1995) auf:

- Der Ansatz des EFQM-Modells ist breit gefächert und ermöglicht einer Einrichtung, verschiedene Einzelaktivitäten zu integrieren.
- Das Modell ist übersichtlich und plausibel. Es ist von allen Mitarbeiter/innen leicht zu verstehen und kann daher als Diagnoseinstrument in der gesamten Einrichtung eingesetzt werden.
- Das Modell bezieht über die qualitätsrelevanten Organisationsdimensionen (Befähiger) hinaus auch die Ergebnisse ein, die eine Einrichtung erzielt.
- Ergebnisse müssen durch Daten und Fakten untermauert und können auf dieser Basis verglichen und verbessert werden.
- Das Modell ist in Europa anerkannt und es existieren bereits Instrumente, die von neuen Anwendern nur noch angepasst werden müssen.
- Die hohe Verbreitung des Modells ermöglicht es, mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens und auch anderer Bereiche in Austausch zu treten.

Eine besondere Stärke des EFQM-Modells liegt darüber hinaus in der hohen Bedeutung, die dieses Modell denjenigen Ressourcen zumisst, die von Menschen in den Prozess der Leistungserstellung eingebracht werden. So wird explizit benannt, dass die Führung einer Einrichtung eine Vorbildfunktion im Prozess der Qualitätsentwicklung übernehmen muss, dass Wertschätzung, Einbezug und Selbstverantwortung der Mitarbeiter/innen den Erfolg einer Einrichtung wesentlich mitbestimmen und dass „Kunden“ als Partner mitwirken im Prozess der Leistungserstellung.

1.1. Der Fragebogen zur Selbstbewertung

Die Selbstbewertung ist im EFQM-Modell das wichtigste Werkzeug um Qualität zu entwickeln. Bewertet wird dabei nicht, ob die Einrichtung gut arbeitet, sondern ob sie die Qualität ihrer Leistungen systematisch steuert. Wichtige Fragen sind dann z.B.:

„Setzt sich die Führung für Qualitätsentwicklung ein?“ „Kennen wir die Anforderungen unserer Klient/innen?“ „Wissen wir, ob die Kosten-/Leistungssträger mit uns zufrieden sind?“ „Wissen wir, ob unsere Mitarbeiter/innen zufrieden, motiviert und loyal sind?“

Um den Suchtberatungsstellen die Einführung von QM zu erleichtern, sollte im *Projekt QM* ein Instrument zur Durchführung der Selbstbewertung entwickelt werden. Ein Ziel war dabei, alle Mitarbeiter/innen in den Beratungsstellen in den QM-Prozess einbeziehen zu können. Das Jellinek-Zentrum, Amsterdam, stellte den dort eingesetzten Evaluationsbogen zur Verfügung, der übersetzt und an die Erfordernisse deutscher Suchtberatungsstellen angepasst wurde.

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. Abb. 2, NABITZ /WALBURG 1995). Der Fragebogen wurde als *Arbeitsbuch EFQM Diagnose Suchtberatungsstellen (SB)* (LWL 1999) veröffentlicht und in sieben Beratungsstellen, die als Modelleinrichtungen am Projekt beteiligt waren, erprobt, sowie weiteren 42 dem Projekt assoziierten Einrichtungen zur Verfügung gestellt. In einer zweiten Projektphase wird er nun allen interessierten Suchtberatungsstellen in NRW angeboten.

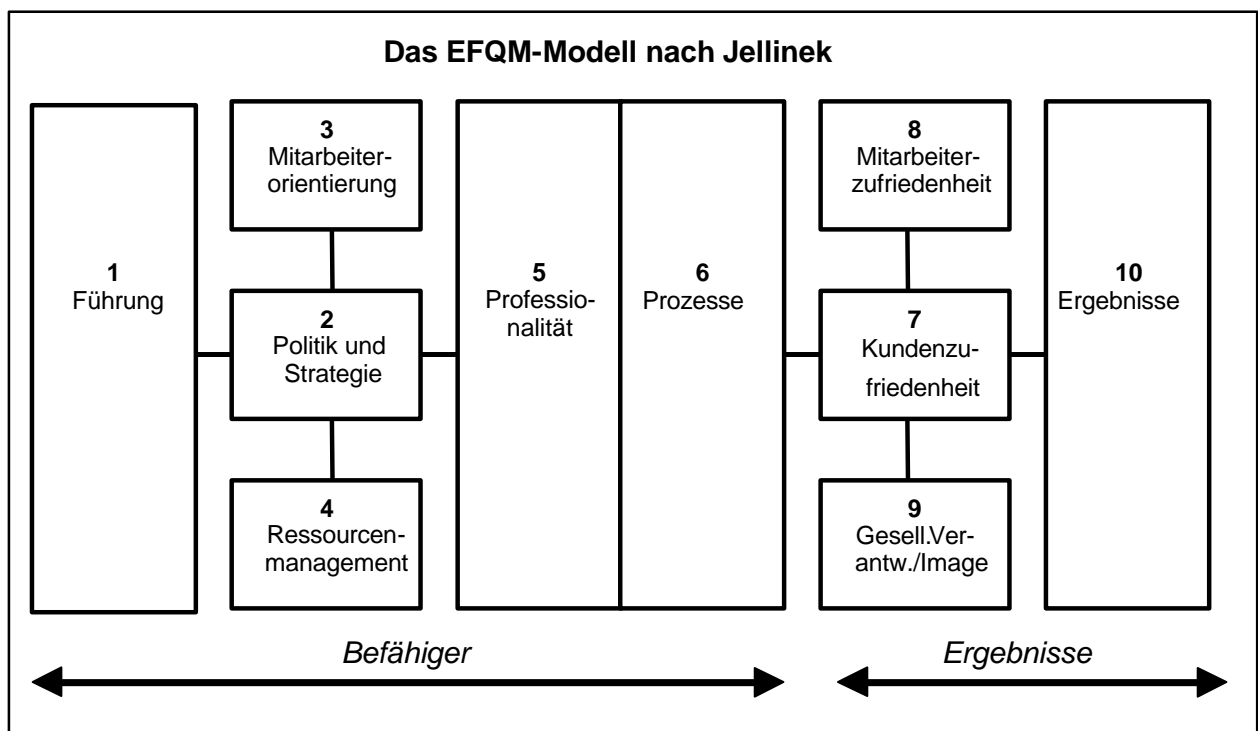


Abb. 2: Das überarbeitete EFQM-Modell des Jellinek-Zentrums, Amsterdam

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 Mitarbeiterorientierung: „*Weiterbildung und Fortbildung 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 evaluiert wird

(4) und - ob aufgrund der Überprüfung bei Bedarf Veränderungen vorgenommen werden (5).

Bei den Ergebniskriterien (z.B. zur Mitarbeiterzufriedenheit: „Die Einrichtung bewertet die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen und macht die Resultate bekannt“) 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.

2. Umsetzung von QM in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

2.1. Vorbereitung

Wenn eine Einrichtungsleitung beginnt sich mit der Frage zu beschäftigen, ob QM eine nützliche Methode zur Weiterentwicklung der eigenen Arbeit darstellt, ist sie im Begriff, in einen Zyklus einzutreten, den sie stetig durchlaufen wird, wenn sie den

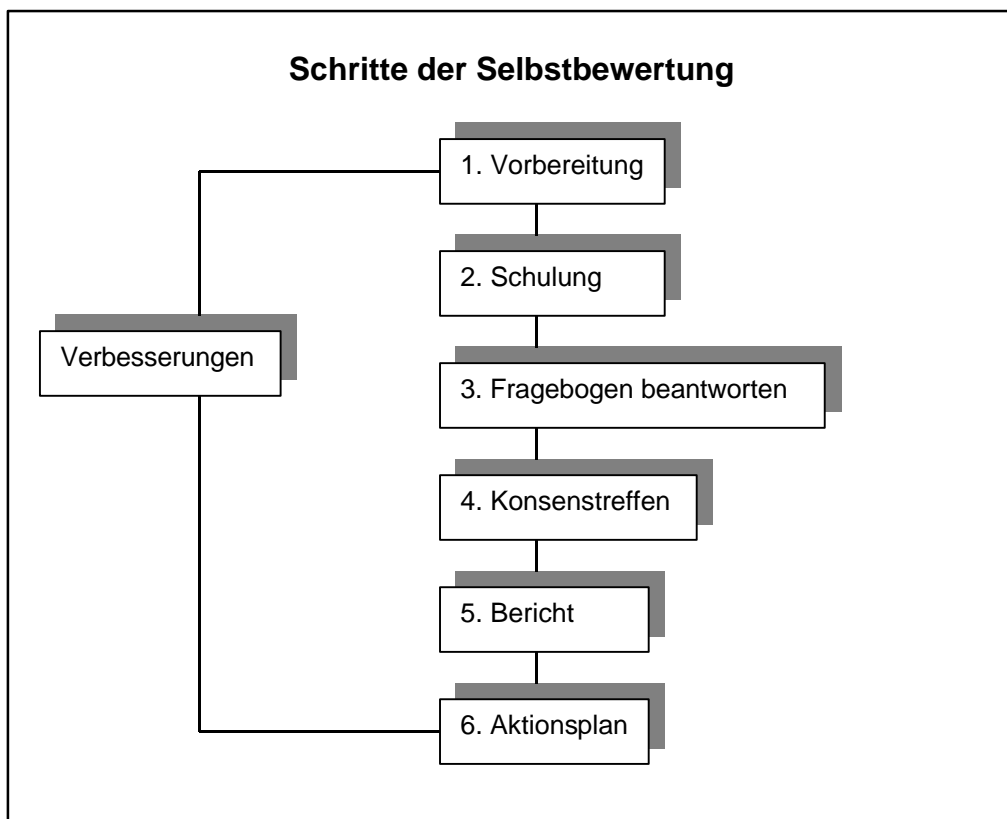


Abb. 3: Vorgehen bei der Durchführung der Selbstbewertung

Prozess kontinuierlicher Weiterentwicklung fortsetzt (s. Abb. 3). Zur Absicherung einer Entscheidung werden zunächst Information, Beratung und Schulung benötigt. Die Verantwortlichen müssen das theoretische Konzept des QM kennen lernen. Sie müssen sowohl die Implikationen der spezifischen Rolle reflektieren, die sie übernehmen werden, als auch Methoden der Umsetzung erlernen. Erst auf dieser Basis können sie eine fundierte Entscheidung für – oder auch gegen – die Einführung von QM treffen.

In der Phase der Entscheidungsfindung bietet das *Projekt QM* Informationen – auf seiner Web-Site und im *QM Report* – und persönliche Beratung an. Wiederkehrende Fragestellungen sind in dieser Phase z.B.:

„Auf welcher Ebene muss der QM-Prozess eigentlich ansetzen?“ „Sollte auch der Träger oder die Geschäftsführung einbezogen werden?“ „Müssen alle Einrichtungen eines Trägers einen gemeinsamen Weg gehen oder kann auch eine Einrichtung separat QM einführen?“

Diese Fragen können letztlich nur unter Berücksichtigung der spezifischen Situation der einzelnen Einrichtung beantwortet werden. Allgemein kann man jedoch sagen, dass QM als Managementmethode niemals von der Arbeiterebene ausgehend begonnen werden kann, sondern immer von der Führungsebene ausgehen muss. Je deutlicher übergeordnete Führungsebenen wie Vorstände oder Träger den Prozess unterstützen, desto erfolgversprechender ist das Vorhaben, denn QM kostet Zeit und Geld, beides muss zur Verfügung gestellt werden. Wenn der Träger dem Prozess zumindest wohlwollend gegenübersteht, ist es durchaus möglich, diesen Weg erst einmal in einem Teil eines Verbundes zu beginnen, der dann quasi zum Vorreiter wird.

Dennoch wird dieses Top-Down-Vorgehen nicht erfolgreich sein, wenn es nicht auf Resonanz Bottom-Up stößt. QM kann nicht einfach von der Führung ausgehend verordnet werden, sondern es lebt davon, dass alle Mitglieder einer Organisation überzeugt und in den Prozess einbezogen werden.

2.2. Schulung

Voraussetzung für die Einführung von QM in der eigenen Einrichtung ist die Teilnahme der Verantwortlichen an einer QM-Schulung, in der die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden. Im *Projekt QM* wurde deshalb die *Ausbildung zum/zur Qualitätskoordinator/in* entwickelt, in der die Einrichtungsleiter/innen sich miteinander die Umsetzung von QM erarbeiten und auftretende Probleme erörtern können. Immer wieder wird die Frage gestellt:

Was motiviert die Mitarbeiter/innen zum Mitmachen?“

Darauf gibt es nicht nur eine Antwort, sondern gleich mehrere:

Zunächst benötigen die Mitarbeiter/innen Informationen darüber, was QM ist und was es nicht ist, welcher Arbeitsaufwand zu erwarten ist und welcher Nutzen erzielt werden kann. Sie müssen ihre eigene Beteiligung an diesem Prozess erkennen um ihre Entscheidung treffen zu können. Wichtig ist dabei, dass deutlich wird, die Umsetzung von QM liegt in der Hand der Einrichtung: bei der Arbeit mit dem EFQM-Modell wird der Prozess nicht von außen gesteuert oder kontrolliert, niemand schreibt vor, was die Einrichtung zu tun oder zu lassen hat und es geht auch nicht um die Frage, ob eine Einrichtung gute oder schlechte Arbeit leistet, sondern darum, ob Daten und Fakten als Grundlage für die eigene Analyse der Arbeit gesammelt werden.

Als bedeutsam erweist es sich immer wieder, Befürchtungen und Kritik der Mitarbeiter/innen ernst zu nehmen und in Ruhe zu besprechen. Dann können die Mitarbeiter/innen entdecken, dass sie ihre Arbeit aus neuen Blickwinkeln betrachten können und Spielräume für selbständiges Arbeiten sowie Möglichkeiten der Mitgestaltung und Einflussnahme von Arbeitsprozessen gewinnen können und dass QM sogar Spaß machen kann.

Motivierend kann es sich letztlich auch auswirken, wenn die Leitung ihr Engagement für den QM-Prozess und ihre Wertschätzung der Mitarbeiter/innen emotional erfahrbar macht. Das kann durch die Art und Weise der Präsentation der Informationen (klar, praxisnah, offen für Diskussionen) und die Gestaltung der Atmosphäre (eine Einrichtungsleiterin hatte z.B. einen Kuchen gebacken, eine andere Leitung lud die Mitarbeiter/innen zum abschließenden Essen in ein Restaurant ein) geschehen.

Ein Großteil der Einrichtungen, die in den QM-Prozess eingestiegen sind, haben das Angebot des *Projekt QM* angenommen, die Schulung des Teams von externen Referenten durchführen zu lassen. Inhalt ist dann neben der Information über das Konzept des QM und der Diskussion von Risiken und Chancen vor allem eine Einführung des Teams in die Arbeit mit dem *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB* zur Vorbereitung der Selbstbewertung. In dieser Schulung werden die Fragestellungen des Arbeitsbuches auf die teilnehmende Einrichtung bezogen im Sinne von:

„Was heißt das für uns? Was machen wir alles schon, was unter QM fällt?“

Den Mitarbeiter/innen wird dann oft bewusst, dass QM gar nicht so neu ist, wie sie dachten. Ihnen fällt z.B. auf, dass sie sich längst Ziele für ihre Arbeit setzen, ihre Personalplanung systematisch an ihren Angeboten orientiert entwickeln (also die Einstellung von Frauen für frauenspezifische Gruppen und Sozialarbeiter/innen mit anerkannter Zusatzausbildung für die ARS planen), oder dass sie die Anzahl der Kostenzusagen für die ARS ermitteln und so die Zufriedenheit der Leistungsträger

erschließen. All dies sind Ansätze, die Qualität der Leistungen systematisch zu steuern.

2.3. Selbstbewertung

Mit der Durchführung der Selbstbewertung einer Organisation ist das QM-System nach dem EFQM-Modell implementiert. Die Vorbereitung in der gemeinsamen Teamschulung versetzt die Mitarbeiter/innen einer Beratungsstelle in die Lage, an dieser Selbstbewertung teilzunehmen und diese nicht, wie in großen Unternehmen üblich, der Führungsebene zu überlassen. So werden von Anfang an alle Mitglieder der Organisation in den QM-Prozess einbezogen.

Ziel der Selbstbewertung ist es, das Management der Qualität einer Einrichtung zu beurteilen, Stärken zu erkennen und Verbesserungsbereiche zu identifizieren. Stärken im Sinne des EFQM-Modells sind Methoden und Konzepte, mit denen Daten und Fakten zu den in den Kriterien des Modells beschriebenen Aspekten einer Organisation zusammengetragen werden. Verbesserungsbereiche zeigen sich demgegenüber, wenn die Arbeit nicht systematisch datenbasiert gesteuert wird. Der Sprachgebrauch des EFQM-Modells mit der Vermeidung des Begriffs „Schwächen“ verdeutlicht die zugrundeliegende Perspektive: Es geht nicht darum, Schwachstellen oder Fehler zu enttarnen, sondern um die Entdeckung von Ansatzpunkten, mit denen die Qualität der Leistungen weiterentwickelt werden kann.

Zu dem Befähigerkriterium „Führung“ fragt das *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB* beispielsweise, ob

- die Leitung sichtbares Engagement zeigt und ein Vorbild in Bezug auf Qualität ist,
- die Leitung die Moderation von Problemlöseprozessen wahrnimmt,
- der individuelle Einsatz von Mitarbeiter/innen gewürdigt wird,
- Rahmenbedingungen der Arbeit transparent gemacht werden und
- die Leitung sich für Erneuerungen und Verbesserungen einsetzt und sich dabei an den Anforderungen von Kunden, Öffentlichkeit, professionellen Standards und der Forschung orientiert.

Die Mitglieder einer Einrichtung bewerten, in wie weit in der Beratungsstelle Vorgehensweisen zu diesen Unterkriterien nicht nur systematisch entwickelt und umgesetzt werden, sondern ob diese auch regelmäßig überprüft und bei Bedarf verändert werden. Ein hoher Entwicklungsstand des QM zeigt sich in einer hohen Punktebewertung anhand des oben dargestellten Ratings. Niedrige Punktwerte lassen auf Verbesserungspotential schließen.

Ähnlich erfolgt die Bewertung der Ergebniskriterien. Zur „Kundenzufriedenheit“ z.B. lauten die Fragen, ob die Einrichtung die Zufriedenheit der

- Klient/innen
- Kooperationspartner und zuweisenden Institutionen sowie
- Leistungsträger

anhand definierter Indikatoren erhebt. Die Höhe der Punktevergabe hängt davon ab, in wie weit diese Daten systematisch erhoben werden, ob Ziele für das nächste Jahr formuliert und erreicht werden und ob dies seit Jahren erfolgt, sodass positive Trends erkennbar werden. Werden in der Beratungsstelle Ziele definiert und ihre Erreichung auf der Basis erhobener Daten überprüft, gilt dies als Stärke, wird die Kundenzufriedenheit lediglich gefühlsmäßig eingeschätzt, ist Verbesserungspotential vorhanden.

2.4. Konsenstreffen

Nachdem jede/r Mitarbeiter/in individuell die Fragen im *Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB* beantwortet hat, werden die unterschiedlichen Bewertungen in einer gemeinsamen Sitzung zusammengetragen mit dem Ziel, sich auf einen einheitlichen Punktwert für jedes Kriterium, den Konsenswert, zu einigen. Häufig variieren die individuellen Bewertungen über die gesamte Spannweite des Ratings. Zum gleichen Unterkriterium hat ein/e Mitarbeiter/in den Eindruck, dieser Aspekt werde in der Einrichtung nicht thematisiert, während andere die Position vertreten, man steuere hier seit Jahren systematisch, überprüfe das Vorgehen und nehme notwendige Verbesserungen vor.

Beim Konsenstreffen werden diese unterschiedlichen Einschätzungen, oft mit Unterstützung externer Moderation durch das *Projekt QM*, diskutiert, die Nachweise für systematische Umsetzung zu jedem Kriterium gesammelt und unter der Überschrift „Stärken“ dokumentiert. So erarbeiten sich die Mitarbeiter/innen den gleichen Kenntnisstand über den Entwicklungsgrad des QM in der Einrichtung und können sich auf einen Konsenswert für jedes Kriterium einigen. Diese Werte werden im sog. Q-Net visualisiert (s. Abb. 4).

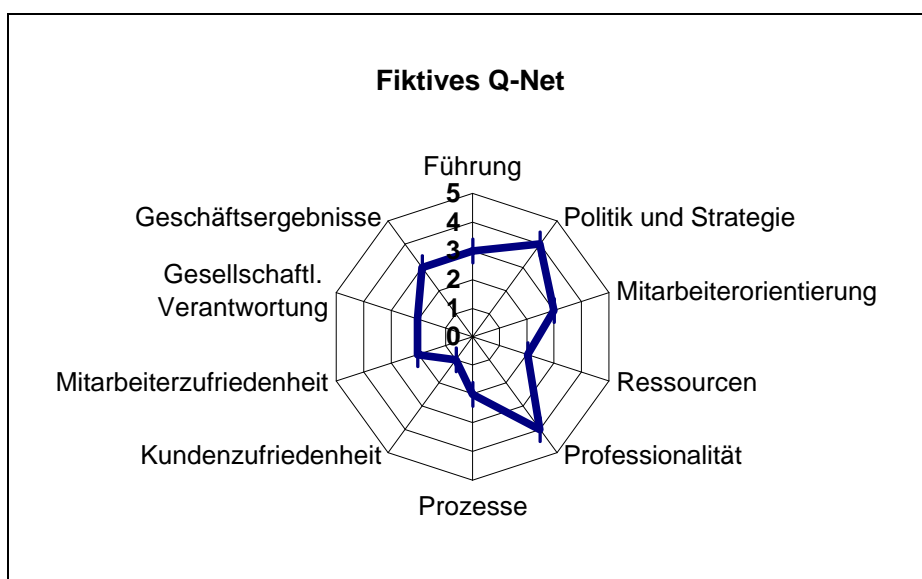


Abb. 4: Abbildung der Ergebnisse der Selbstevaluation im Q-Net

Was sind typische Stärken im QM der ambulanten Suchtkrankenhilfe?

1. Führung – Die Einrichtungsleitungen engagieren sich vorbildlich für Qualitätsentwicklung, beziehen ihre Mitarbeiter/innen intensiv mit ein und würdigen deren Einsatz.
2. Politik und Strategie – Die Einrichtungen orientieren sich am Leitbild des Trägers und entwickeln ihre Konzepte unter Beachtung von Veränderungen der Rahmenbedingungen und des Bedarfs der Klient/innen kontinuierlich weiter.
3. Mitarbeiterorientierung – Auffällig ist ein hohes Qualitätsbewusstsein, qualitätsbezogenen Ziele werden mit den Mitarbeiter/innen vereinbart und engagiert umgesetzt.
4. Ressourcen – Die Einrichtungen setzen ihr Budget planvoll ein und verfügen i.d.R. über eine gute technische Ausstattung, die auch die Erhebung qualitätsrelevanter Daten ermöglicht (Horizont, EBIS).
5. Professionalität – Die Mitarbeiter/innen verfügen über die erforderlichen Qualifikationen und arbeiten nach professionellen Grundsätzen, Fort- und Weiterbildung wird gefordert und gefördert.
6. Prozesse – Leistungsbeschreibungen sind Standard in den meisten Einrichtungen und oft werden die Angebote in Broschüren für Klient/innen dargestellt.
7. Kundenzufriedenheit – Die hohe Bedeutung der Zufriedenheit wichtiger Anspruchsgruppen ist den Leitungen und den Mitarbeiter/innen bewusst. Es gibt intensive, aber meist unsystematische Bemühungen, diese zu erheben.
8. Mitarbeiterzufriedenheit – Zwar sind Anstrengungen erkennbar, die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen zu fördern, es gibt Arbeitszeitregelungen, Gesundheitsvorsorge und Sicherheitsvorkehrungen, Daten werden jedoch ebenfalls kaum systematisch erhoben. Lediglich die Einhaltung von Arbeitszeitregelungen wird durch die Einrichtungsleitung systematisch überprüft.
9. Gesellschaftliche Verantwortung / Image – Öffentlichkeitsarbeit wird geleistet, ihr Erfolg jedoch selten gemessen.
10. Ergebnisse – Quantitative Ergebnisse wie z.B. die Anzahl von Kontakten oder Behandlungseinheiten werden dokumentiert und finanzielle Ergebnisse werden regelmäßig überprüft.

2.5 Aktionsplanung

Beim Zusammentragen der Stärken des QM im Konsenstreffen werden zugleich diejenigen Bereiche erkennbar, in denen noch keine systematische Steuerung oder Qualitätsmessung erfolgt. Als Verbesserungspotential werden diese Aspekte zunächst dokumentiert, um in einem weiteren Schritt konkrete Maßnahmen daraus abzuleiten und deren Umsetzung zu planen. Dies geschieht systematisch, indem jede vorgeschlagene Maßnahme zuerst auf ihre Relevanz für den Qualitätsentwicklungs-

prozess überprüft wird, bevor festgelegt wird, wer für die Realisierung verantwortlich zeichnet und bis wann die Umsetzung erfolgen soll.

Wenn viele Verbesserungsideen gesammelt wurden, ist es ratsam, streng auszuwählen, welche als wichtigste zuerst realisiert werden sollen und welche auf dem „Parkplatz“ abgestellt werden. Es ist sinnvoller, wenige Aktivitäten mit Erfolg umzusetzen, als sich zu überfordern und das ganze Projekt zum Scheitern zu bringen. Die Umsetzung der ausgewählten Verbesserungsaktivitäten erfolgt dann in der Zeit bis zur nächsten Selbstbewertung. Dazu empfiehlt sich ein Zeitrahmen von zwei Jahren, denn eine jährliche Wiederholung der Selbstbewertung bindet zu viele Ressourcen, während ein Abstand von drei Jahren die Gefahr birgt, dass der Qualitätsentwicklungsprozess in der Zwischenzeit versandet.

Welchen vordringlichen Verbesserungsbedarf sehen Suchtberatungsstellen?

Das größte Verbesserungspotential wird bei den Ergebniskriterien benannt. Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit und das Image der Einrichtung in der Öffentlichkeit werden selten systematisch erhoben.

Besonders schwierig scheint die Messung der Kundenzufriedenheit, i.d.R. fehlen definierte Indikatoren. Viele Beratungsstellen schreiben daher in ihrem Aktionsplan fest, diese zu erarbeiten und Instrumente zu entwickeln, anhand derer sie überprüft werden können. Dabei muss es sich nicht immer um schriftliche Befragungen der Zielgruppen handeln. Wenn z.B. die Wartezeit auf ein Erstgespräch gemessen werden soll, reicht die Dokumentation der Anzahl von Tagen, die zwischen Kontaktaufnahme und Termin liegen, zur Überprüfung aus. Auch die Zufriedenheit von Klient/innen kann am Ende eines Beratungsgesprächs erfragt werden, indem man darum bittet, diese zur Objektivierung auf einer Skala einzuschätzen. Ebenso können ressourcensparende Strategien für die Erhebung der Zufriedenheit von Kooperationspartnern und Leistungsträgern entwickelt werden.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen wird z.T. unsystematisch in Teamsitzungen thematisiert. Auch hier könnte eine Systematisierung durch die regelmäßige Einschätzung der Zufriedenheit auf einer vorgegebenen Skala und deren kontinuierlicher Dokumentation erreicht werden. Kennziffern zu Fehlzeiten oder Personalfluktuations werden meist nur beim Träger erhoben und in den Einrichtungen nicht interpretiert.

Für eine systematische Erhebung der qualitativen Ergebnisse der Arbeit mit den Klient/innen, also des Behandlungserfolges, fehlen in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe noch weitgehend anerkannte Indikatoren, die einer Ergebnismessung zugrunde gelegt werden können.

Bei den Befähigerkriterien benennen die Beratungsstellen schwerpunktmäßig Verbesserungsbedarf im Prozessmanagement. Systematische Beschreibungen der Kernprozesse und Regelungen der Zusammenarbeit an Schnittstellen sind überwiegend noch nicht erstellt.

Das hohe Qualitätsbewusstsein in den Beratungsstellen, die sich mit der Implementierung eines QM-Systems beschäftigen, führt dazu, dass in diesen Einrichtungen spontan viele Verbesserungsideen entwickelt werden und die Mitarbeiter/innen diese am liebsten sofort in die Tat umsetzen würden. Das führt aber zu einem Überforderungsgefühl und birgt die Gefahr, viele Aktivitäten zu beginnen, sie aber nicht zu einem Abschluss bringen zu können. Die Arbeit mit dem EFQM-Modell leistet in dieser Situation eine wertvolle Hilfestellung. Die Selbstbewertung verdeutlicht zunächst einmal die Stärken einer Einrichtung, die es gilt auszubauen. Die zielorientierte Erstellung eines Aktionsplanes ermöglicht dann weiterhin ein strukturiertes Herangehen an ausgewählte Verbesserungsmaßnahmen. Schließlich unterstützt das systematische Vorgehen nach den Regeln des QM die kontinuierliche Überprüfung der Umsetzung der geplanten Maßnahmen und verdeutlicht so immer wieder die erzielten Fortschritte der Einrichtung. Letztlich bildet die Auswertung der wiederholten Selbstbewertung den Erfolg dann anschaulich ab.

3. Nutzen von QM für Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Das zentrale Ziel von QM ist es, die Qualität der Leistungserstellung kontinuierlich zu verbessern. Dies ist auch das wesentliche Ziel derjenigen Einrichtungen, die sich für die Einführung von QM entscheiden. Sie profitieren auf verschiedenen Ebenen, wobei jede Einrichtung die Schwerpunkte selbst legt.

Nutzen auf der strukturellen Ebene

Die Einführung von QM kann dazu genutzt werden, die Aufbauorganisation im Organigramm und in Stellenbeschreibungen klar zu beschreiben. So werden Hierarchien, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche definiert. Klarheit hinsichtlich der eigenen Position im Gesamtgefüge kann entlastend wirken und das Arbeitsklima verbessern.

Nutzen auf der Handlungsebene

Eine Einrichtung kann den Schwerpunkt auf die Beschreibung der Arbeitsabläufe legen und regeln, wer was wann zu tun hat – und damit auch, was jemand nicht machen muss. Es erleichtert die Arbeit, wenn Orientierungspunkte vorhanden sind, in welcher Reihenfolge Prozessschritte zu erledigen sind oder wenn Checklisten die Bearbeitung komplexer Aufgaben unterstützen. Zudem kann auf diesem Weg die Zusammenarbeit an Schnittstellen gestaltet werden, auch in der Kooperation mit Systempartnern in der vernetzten Suchtkrankenhilfe. Insgesamt entsteht so eine größere Transparenz der Arbeitsleistung.

Nutzen auf der Ebene der Kommunikation

Ein besonderes Gewicht kann auf die Regelung von Kommunikationsstrukturen gelegt werden um Sicherheit zu schaffen, wer wann welche Informationen auf welchem Weg an wen übermittelt. In diesem Zusammenhang können auch Dokumentationsformen und Zugriffsrechte festgelegt werden. Eine Strukturierung der Kommunikation kann Konfliktpotentiale entschärfen und die Zusammenarbeit erleichtern.

Nutzen auf der personellen Ebene

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen ist immer wieder wichtiges Thema bei der Einführung von QM. Der Einbezug der Mitarbeiter/innen in die Gestaltung des Entwicklungsprozesses der Einrichtung, die Festlegung von Verantwortungsbereichen und die Befugnis, im Rahmen vereinbarter Einrichtungsziele selbstständig zu agieren schaffen einen Zuwachs an Freude an der Arbeit. Systematische Personalplanung und –entwicklung sorgt für Sicherheit. Gemeinsam erarbeitete Grundhaltungen wie die Orientierung an Qualität fördern die Identifikation mit der Einrichtungen und können, z.B. im Leitbild dargestellt, nach außen getragen werden.

Nutzen auf der finanziellen Ebene

Systematische Steuerung einer hohen Wirksamkeit der Leistungen, Optimierung von Aufbau- und Ablauforganisation, effektive Kommunikationsstrukturen und qualifizierte, motivierte Mitarbeiter/innen sowie zielorientiertes Management der Finanzmittel wirken sich positiv auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung aus.

Nutzen auf allen Ebenen

Die systematische Messung von Ergebnissen schafft Sicherheit in der gesamten Einrichtung. Es ist nicht mehr nur das eigene Gefühl, das einem anzeigt, man habe gute Arbeit geleistet, sondern dieser Eindruck wird durch Fakten untermauert. Eine strukturierte Reflexion der eigenen Leistung auf der Basis erhobener Daten bildet eine wertvolle Grundlage für die Planung von Weiterentwicklungen. Im Laufe der Jahre sind Verbesserungen nachweisbar. Aber schon die ersten Schritte auf diesem Weg können das Selbstbewusstsein einer Einrichtung und aller ihrer Mitglieder stärken.

Letztlich bieten Qualitätsmessungen auch auf der Führungsebene einen Zuwachs an Sicherheit, denn Effektivität und Effizienz der Leistungen können nun belegt und gegenüber denjenigen Institutionen offengelegt werden, die die Leistung finanzieren. Damit verbreitet sich der Nutzen von QM über die Einrichtung hinaus.

Schließlich nützt QM auch denjenigen Gruppen, die Leistungen in Anspruch nehmen. Dies sind in erster Linie die suchtkranken Klient/innen, aber auch Teilnehmer/innen an Präventionsveranstaltungen und Fortbildungen sowie die Kooperationspartner im System der Suchtkrankenhilfe und aus anderen Bereichen. Die hohe Aufmerksamkeit, die qualitätsorientierte Einrichtungen für die Interessen ihrer Kunden entwickeln, verfolgt das Ziel, die Leistungen im Hinblick auf deren Bedarf und Erwartungen konti-

nuierlich weiterzuentwickeln. Die positiven Auswirkungen eines qualitätsorientierten Managements sind daher für alle an der Leistungserstellung beteiligten Akteure – Leistungserbringer, Nutzer und Geldgeber – ein Gewinn.

4. Ausblick

Die Ausführungen zeigen, dass QM nichts grundlegend Neues ist. Viele Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe arbeiten längst qualitätsorientiert und wenden Instrumente und Methoden an, die sich auch in den Ansätzen des QM wiederfinden. Neu ist lediglich das Gesamtkonzept von Werten und Grundhaltungen – die Orientierung an Qualität, Kunden, Mitarbeitern und Messdaten – und die Systematik des Vorgehens. Beides braucht Zeit, die Grundhaltung, um sich als Geisteshaltung in den Köpfen zu entwickeln, und die Systematik, um als Technik eingeführt zu werden. Es besteht immer die Gefahr, bei der Umsetzung Fehler zu machen. Die Grundhaltung wird missverstanden, wenn QM als Kontrollinstrument eingesetzt oder den Mitarbeiter/innen ohne deren wirkliche Beteiligung auferlegt wird. Die Systematik kann auf die Spitze getrieben werden bis zu lähmendem Bürokratismus. Sorgfältiges Abwägen innerhalb der eigenen Einrichtung, welche Schritte zeitnah, welche aber erst mittel- oder langfristig umgesetzt werden sollten, ist daher erforderlich. Dazu bietet das EFQM-Modell mit der Selbstbewertung ein hilfreiches Gerüst, an dem Einrichtungen in ihrem eigenen Tempo heraufklettern und sich dabei mit anderen messen und vergleichen können. In diesem Sinne kann QM dann durchaus Spaß machen.

Literatur

- Liebelt, J. (Hg) (1999) Angewandtes Qualitätsmanagement. Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisation, Berlin, Heidelberg: Springer
- LWL – Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg) (1999) QM Modellprojekt Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe – Arbeitsbuch EFQM Diagnose SB, Münster
- Nabitz, U. / Walburg, J.A. (1995) Das EFQM – Modell Jellinek. Ein Instrument zur strukturierenden und systematischen Selbstbewertung des Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: LWL, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung (Hg) Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, Dokumentation Bd. 12, S. 7-44
- Nabitz, U. / Klazinga, N. / Walburg, J. (2000) The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 12, N. 3, pp. 191-201
- Pfeifer, T. (1996) Qualitätsmanagement. Strategien, Methoden, Techniken, München, Wien: Hanser
- Pursche, C. (1997) Verlaufsdokumentation und Zwischenergebnisse, LWL unveröffentlicht
- 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
- Wagner – Heimerl, P., Köck, C. M., Management im Gesundheitswesen, Wien: Ueberreuther
- Zink, K.J. (1995) TQM als integratives Management – Konzept, München: Hanser

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abt. Gesundheitswesen
Koordinationsstelle Sucht
Projekt QM
Projektleitung: Wolfgang Rometsch
Fachreferentin: Hildegard Gerber

Warendorfer Stasse 25-27
48133 Münster