

T. Kliche¹ · J. Töppich² · S. Kawski¹ · U. Koch¹ · H. Lehmann²

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Hamburg

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung

Anforderungen und Lösungen

Zusammenfassung

Evidenzbasierung, Bedarfsorientierung und Kontextpassung bilden Grundbedingungen für die Wirksamkeit präventiver Angebote. Um diese Bedingungen bei vorhandenen Aktivitäten zu prüfen und zukünftig durch die Optimierung der Strukturen, Konzepte und Prozesse sicherzustellen, sind geeignete Verfahren erforderlich. Diese müssen imstande sein, interagierende Zielsetzungen und relational definierte Kriterien abzugleichen, den Bezug der Angebote auf die Bedingungen sozialer und organisationaler Kontexte (Zielgruppen, Settings) zu prüfen und komplexe Daten unterschiedlicher Formate zu integrieren. Methode der Wahl ist die kriteriengeleitete Experteneinschätzung. Ein auf dieser Grundlage entwickeltes Informationssystem wird vorgestellt: Zwei Dokumentationsbögen erheben ausführliche Selbstbeschreibungen präventiv tätiger Einrichtungen sowie präventiver Aktivitäten. Zwei Begutachtungsbögen führen Experten durch ein strukturiertes Assessment dieser Datenbasis. Es erbringt nach Haupt- und Teildimensionen systematisch gegliederte, quantifizierte Qualitätsprofile der Einrichtungen und Aktivitäten. Auf deren Grundlage lassen sich vergleichsfähige Kennziffern errechnen. Stärken und Schwächen wie auch Kennziffern können Anbietern und Trägern zurückgemeldet werden, um die kontinuierliche Verbesserung der Strukturen und Prozesse in den Einrichtungen zu unterstützen.

Den gesundheitspolitischen Steuerungsinstanzen bietet das Informationssystem empirische Grundlagen für einen gezielten Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung · Qualitätsmanagement · Experten-Assessment · Prävention · Gesundheitsförderung

Entwicklungsbedarf bei der Qualitätssicherung für die Prävention

Studien zu präventiven Angeboten in Deutschland belegen deutliche Erfolge [1], aber auch Probleme [2, 3, 4]: u. a. einerseits die Inanspruchnahme durch gesundheitlich wenig belastete soziale Gruppen, andererseits durch Personen mit bereits ausgeprägter Einschränkung der Gesundheit, die Finanzierung von Angeboten zweifelhafter Wirksamkeit, Mängel in der Abstimmung verschiedener Anbieter und Angebote sowie eine lückenhafte Evaluation und Qualitätssicherung (QS). Solche Mängel und Fehlverteilungen behindern die Auswahl und Gestaltung wirkungsvoller Präventionsprojekte und die vergleichende Ef-

fektabschätzung für verschiedene Angebote. Eine wichtige Ursache für diese Sachlage liegt im Fehlen adäquater Verfahren für die QS von Prävention und Gesundheitsförderung. Die aktuelle Landschaft zeichnet sich durch eine extreme Vielfalt aus. Evaluiert oder auf ihre Qualität durchleuchtet werden zu meist lokale Einzelprojekte (z. B. Gesundheitsförderung durch einzelne Schulen), mitunter auch Programme (z. B. „Kinder stark machen“ oder „Be smart – don't start“ [5]). Selten finden sich Bestandsaufnahmen ganzer Indikationsbereiche (z. B. Sucht [6]) oder Interventionsansätze (z. B. Furchtappelle [7]). Zudem sind diese bislang nur unzureichend mit der Erarbeitung und Implementierung übergreifender Qualitätskriterien verbunden.

Eine weitere wichtige Ursache für die beobachteten Mängel war die häufige Änderung der gesetzlichen Grundlagen für die Prävention (§ 20 SGB V). Sie führte zum Abbau von Präventionsleistungen bei Krankenkassen, zu einer Schwächung

© Springer-Verlag 2004

Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. T. Kliche
Institut und Poliklinik für Medizinische
Psychologie, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf (UKE),
Martinistraße 52 (S 35), 20246 Hamburg
E-Mail: t.kliche@uke.uni-hamburg.de

T. Kliche · J. Töppich · S. Kawski · U. Koch
H. Lehmann

Assessing the quality of structures, concepts, and processes in prevention, health promotion, and education. Requirements and solutions

Abstract

The effectiveness of health promotion is determined by the foundation of evidence, the targeting of health problems, and the adaptation of interventions to specific social and organizational contexts. Methods for the implementation of these objectives must be able to balance interacting intervention goals, to account for the suitability of interventions for specific target groups and settings, and to integrate complex and divergent data. The core methodology underlying these conditions is peer review assessment. A quality assurance system based on this approach is presented: Two inventories elicit detailed self-descriptions characterizing either actors or activities within health promotion and education. Two assessment instruments instruct experts in reviewing these data according to primary and partial dimensions of quality. Thus, systematically structured and quantifiable quality profiles of organizational units or specific activities are produced. On this basis, comparative indicators for benchmarking purposes can be calculated. Quality profiles containing the strengths and weaknesses of organizations or activities, including indicators, benchmarks, and reviewers' recommendations, are communicated to participating organizations in order to stimulate continuous quality improvement by feedback. Moreover, the system offers a database of comparative indicators for monitoring and optimizing health promotion and education.

Keywords

Quality assurance · Quality management ·
Peer review · Prevention ·
Health promotion and education

Leitthema: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

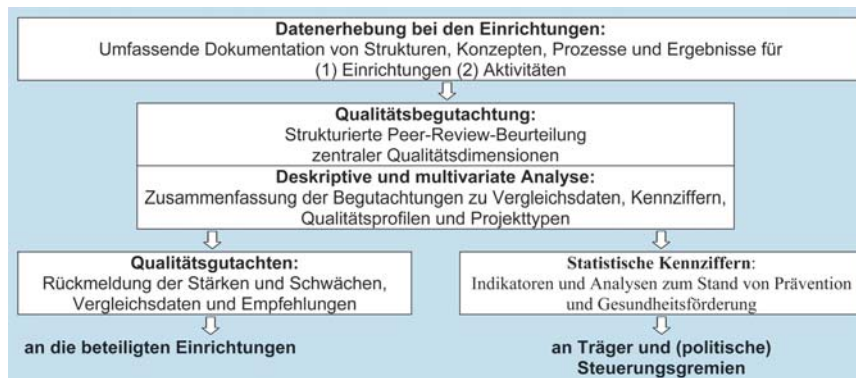


Abb. 1 ▲ Der Datenfluss im QS-Informationssystem für Prävention. QS Qualitätssicherung

der fachlichen Strukturen für Prävention innerhalb vieler Kassen und zum Rückzug vieler Anbieter. Die Wiedereinführung von § 20 SGB V setzte entscheidende neue Impulse für die Qualitätsentwicklung. Eine Dokumentation der GKV-Spitzenverbände erhebt nun einheitliche Beschreibungen der Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung bei Anbietern und Kassen [8]. Erstmals wurden für 2001 deskriptive Daten aus diesem Vorhaben vorgelegt [9]. Obgleich umfassende empirische Bestandsaufnahmen der Wirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung derzeit in den Anfängen stehen [10, 11], sind für die kommenden Jahre wirkungsvolle Impulse zur QS zu erwarten. In dieser Situation sind übergreifende und differenzierte Verfahren erforderlich, die

- ▀ zentrale Dimensionen der Präventionsqualität systematisch und differenziert abfragen,
- ▀ die Daten zu vergleichsfähigen Kennziffern und Beschreibungen der Aktivitäten und Einrichtungen zusammenfassen,
- ▀ die Befunde praxisnah an Anbieter und Träger rückkoppeln, um die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung kontinuierlich auf allen Ebenen zu verbessern.

Ein Informationssystem zur nachhaltigen Qualitäts- verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung

Um die oben dargelegte Lücke zu schließen, entwickelt die Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit dem Referat Wissenschaftliche Un-

tersuchungen/Qualitätssicherung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 1999 ein Informationssystem zur QS von Prävention und Gesundheitsförderung [12]. Es bietet Lösungen für grundlegende Verfahrensaufgaben von QS in Prävention und Gesundheitsförderung, indem es

- ▀ bewährte methodische Ansätze aus verschiedenen Versorgungsfeldern integriert, u. a. aus dem QS-Programm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation [13],
- ▀ auf einem Modell für QS beruht, das die verschiedenen Organisations- und Handlungsebenen der Präventionsarbeit aufeinander bezieht [12],
- ▀ durch Rückkopplung von erkannten Stärken und Schwächen auf kontinuierliche Verbesserungsprozesse der Prävention zielt [14], indem es erfahrungsgestütztes, zielgeleitetes, systemisches Lernen in Organisationen und Professionen in Gang zu setzen beabsichtigt [15].

Das QS-System setzt sich aus den 3 Stufen Datenerhebung, Begutachtung und Rückkopplung zusammen (Abb. 1). Die Verfahrensanforderungen in diesen Stufen und die dafür entwickelten Lösungen werden in den folgenden Absätzen dargestellt.

Die Sicherung einer aussagefähigen Datenbasis

Um die zentralen Bedingungen effektiver und effizienter Prävention erfüllen zu können, müssen die Präventionsakteure bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Diese beschreibt das bekannte Qualitätsmodell von Donabedian (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), das für die Ver-

6.1 Welche Streuwege wurden für das Angebot genutzt?			
<input type="checkbox"/> Für die einzelne Aktivität <input type="checkbox"/> Für alle Aktivitäten einer Kampagne	Wie oft? (ggf.: Zeitraum)	Publikumsgröße (z.B. Auflage, Reichweite)	Publikums- größe unklar
<input type="checkbox"/> Rundfunkwerbung (Fernsehen, Radio)		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tageszeitung / Pressemitteilung		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kino-Spot		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plakate		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auslegezettel (Flugblatt, Leporello)		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Internet-Ankündigung/Website		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mitgliederzeitschrift eines Verbands		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Veröffentlichung in Fachzeitschrift		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Innerorganisatorisches Rundschreiben		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anschreiben aufgrund Datensatz		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufsuchende Ansprache vor Ort		ca.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige:		ca.	<input type="checkbox"/>

Abb. 2 ▲ Dokumentationsbogen „Präventive Aktivitäten“, Beispiel-Items

sorgungsforschung um die Komponente der Konzeptqualität ergänzt werden sollte [16]. Struktur-, Konzept- und Prozessqualität bilden die grundlegenden Qualitätsebenen und damit das Fundament wirksamer Prävention (Ergebnisqualität). Eine früh einsetzende QS auf diesen Ebenen führt zu einer sachgemäßen Anwendung der vorliegenden Kenntnisse über Ausgangsbedingungen (Settings, Gesundheitsprobleme und Zielgruppen), ermöglicht Qualitätsabschätzungen von Angeboten im Präventionsmarkt, fördert damit eine rationale Planung und Mittelvergabe und steigert die Qualität der Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie – in der Folge – die Güte der Ergebnisse, deren Messung in einem weiteren Schritt prozessbegleitend erfolgen sollte. Dafür sind verschiedene zusätzliche Probleme zu lösen [17, 18, 19], auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann.

Erforderlich sind also Daten, die die Struktur-, Konzept- und Prozessqualität systematisch und genau beschreiben. Die Datenbasis für eine solche Erfassung liefern 2 Dokumentationsbögen: „Einrichtungs-Strukturen und Konzepte“ sowie „Präventive Aktivitäten“ (Abb. 2). Die Einrichtungen füllen diese selbst aus. Sie können zusätzlich Anlagen zur Beschreibung ihrer Arbeit beifügen (z. B. Broschüren, Anträge, Projektpläne). Je besser ein Projekt die eigene Arbeit reflektiert und bereits dokumentiert, umso kürzer wird die Bearbeitungszeit für die Erhebung, und desto geringer der Aufwand für QS. Begehungen vor Ort zur Datenkontrolle sind denkbar, scheinen aber in Anbetracht der Genauigkeit der Dokumentationsbögen und des damit verbundenen

Konsistenz- und Plausibilitätsrahmens im Regelfall entbehrlich; das begrenzt die Implementationskosten.

Die Erarbeitung je eines Dokumentationsbogens für „Strukturen und Konzepte“ und „Präventive Aktivitäten“ stellt sicher, dass Einrichtungen und ihre verschiedenen Aktivitäten gesondert be-

gutachtet werden können. Auf diese Weise ist ein flexibler Einsatz des Systems mit unterschiedlichen Funktionen möglich. Einrichtungen können in größeren Abständen begutachtet werden, weil sie längere Optimierungszyklen als Einzelangebote haben. Aktivitäten können entweder einmalig bei Aufnahme in ein Programm begutachtet werden oder periodisch oder in flexiblen Abständen, die den Entwicklungen unterschiedlicher Präventionsfelder Rechnung tragen. Auf der Basis internationaler evidenzbasierter Studien [20] und Checklisten [21] und validiert von Expertendiskussionen wurden die zentralen Qualitätsebenen nach Donabedian in einem Raster von Haupt- und Unterdimensionen der Präventionsqualität präzisiert (Tabelle 1, 2).

Dieses Raster bildet die systematische Grundlage der Dokumentationsbögen, die die Qualitätsdimensionen mit halb offenen Fragen und geschlossenen Items explorieren. Die Bögen durchliefen Pretests und wurden in Expertenbefragungen validiert und optimiert. Sie si-

Tabelle 1
Qualitätsdimensionen des Begutachtungsverfahrens für präventive Einrichtungen (Strukturen)

Hauptdimension	Unterdimensionen
Ausstattung der Einrichtung	Personalstand Vorgehaltene Qualifikationen Räume Technische Ausstattung
Konzeptqualität	Bedarfsorientierte Zielsetzung Konkretisierung von Erfolgskriterien Erklärungsmodelle Zielgruppenbestimmung Feld- und Zielgruppenkenntnis Methodisches Repertoire
Externe Kommunikation	Vermittlungswege Optimierungsprozesse
Erfolgskontrolle und Evaluation für die gesamte Arbeit	Erfassung von Akzeptanz Beobachtung von Methodenwirksamkeit Rückkopplung in die Projektgestaltung Erfolgskontrolle als Verfahrensschritt
Projektmanagement	Planungsqualität Anpassung an besondere Feldbedingungen Lenkung des Programms Dokumentation
Qualitätsmanagement	Interne Vernetzung Personalentwicklung Externe Vernetzung Institutionalisierte Qualitätssicherung

Tabelle 2

Qualitätsdimensionen des Begutachtungsverfahrens für präventive Aktivitäten (Angebote)

Hauptdimension	Unterdimensionen
Konzeptqualität	Zielsetzung Stimmigkeit Begründungsgrundlage Zielgruppenbestimmung Zielgruppenverständnis
Planungsqualität	Hintergrundanalyse Berücksichtigung anderer Akteure Wissenschaftliche Fundierung Gestaltung des Angebots Auswahl von Kooperationspartnern
Mitwirkende der Aktivität	Personalzuweisung für die Aktivität Qualifikation der Beteiligten Qualifizierung vor dem Programm Kooperation und Koordination
Verbreitung des Angebots (Streuwege, Reichweite, Medien)	Streuung des Angebots Vermittlung des Angebots Arbeitsmethoden des Angebots (nur für personalkommunikative Aktivitäten)
Verlaufsgestaltung und Projektmanagement	Lenkung der Aktivität Bearbeitung kritischer Verlaufereignisse Prüfung externer Leistungen
Erfolgskontrolle und Evaluation für die Einzelaktivität	Gesamtbild Wirkungserhebung Erfassung von Akzeptanz Erfassung der Nutzer des Angebots
Unterstützung nachhaltiger Wirksamkeit und Qualitätsentwicklung	Kontinuierliches Lernen Qualitätsentwicklung Weiterführende Angebote

chern weitgehende Vollständigkeit und Genauigkeit der Datenerhebung, indem sie auch Qualitätsaspekte ansprechen, die bei Selbstevaluationen gern weniger scharf betrachtet werden oder die zu den „Blinden Flecken“ der Professions- oder Organisationskulturen gehören. Auslassungen und Lücken in den Auskünften werden dementsprechend – wie die Erläuterungen zur Datenerhebung hervorheben – als Mängel der Projekte eingestuft. Diese Regelung fördert Selbsterklärung und Vollständigkeit der Daten.

Systematische Datenintegration durch strukturierte Qualitätsbegutachtung

Die nächste Verfahrensanforderung ist es, die komplexen Projektbeschreibungen in differenzierte, quantifizierte und vergleichsfähige Aussagen über Ausprä-

gungen der systematisch festgelegten Qualitätsdimensionen zu überführen (Tabelle 1, 2). Hochspezifische Kenntnisse aus begrenzten Arbeitskontexten sollen dafür möglichst entbehrlich sein, damit das System Präventionsthemen übergreifend, d. h. generisch einsetzbar, ist und in allgemein nachvollziehbaren Beurteilungen übergreifend vergleichsfähige Daten erzeugt. Von zentraler Bedeutung ist aber, dass das Verfahren dem relationalen Charakter der Qualitätsdimensionen präventiver Arbeit gerecht wird. Das bedeutet: Prävention erreicht ihre Wirksamkeit durch das Zusammenwirken von 3 übergeordneten Kriterien der Konzept- und Prozessqualität [17]:

1. Evidenzbasierung, d. h. die Auswahl der wirksamsten Interventionen auf dem Stand fachlich-wissenschaftlicher Kenntnisse (Konzeptqualität),

2. Bedarfsorientierung, d. h. die Ausrichtung der Aktivitäten auf gesundheitspolitisch und epidemiologisch vorrangige Indikationen, Programme und Zielgruppen (Konzeptqualität),

3. Kontextpassung, d. h. Aufbereitung und Vermittlung der Angebote und Interventionen für die besonderen Bedingungen und Erfordernisse der Zielgruppen und Settings (Prozessqualität).

Diese Zielsetzungen müssen auch in der QS von Prävention relational verknüpft werden, d. h. anhand konkreter Arbeitsfelder und Vorhaben aufeinander bezogen werden, damit ein Urteil über die jeweilige Angemessenheit und Ausprägung der Zielsetzung und Zielerreichung überhaupt möglich wird. In einem präventiven Arbeitsfeld gibt es möglicherweise verschiedene Wege zur Verwirklichung der Zielsetzungen, unterschiedliche Angebote können ihnen also gleichermaßen gerecht werden, sie erlauben unterschiedliche Operationalisierungen, und ihre Erhebung erfordert eine pluralistische Methodik [17, 22]. Einzelne Indikatoren, wie sie zur Beschreibung von Interventionseffekten oft gefordert werden (z. B. in Kontrollgruppenversuchen mit Zufallszuweisung, also RCT-Designs, als höchster Evidenzstufe), sind somit für die Abbildung von Präventionsqualität nur unzureichend aussagefähig, da bei dieser weit reichende Confoundereffekte (z. B. intervenierende Variablen des soziokulturellen Umfelds) in Betracht gezogen werden müssen und eine gelungene Intervention keineswegs gut auf alle anderen Kontexte und Bedingungen übertragbar sein muss. QS in Prävention und Gesundheitsförderung ist somit durch relationale, einander beeinflussende Größen bestimmt und bedarf komplexer, aufgabenadäquater Erhebungs- und Begutachtungsverfahren. Diese müssen vor allem 3 Anforderungen gerecht werden:

1. Abgleich interagierender Zielsetzungen: Die Qualitätskriterien müssen berücksichtigen, dass sich zentrale Wirksamkeitsbedingungen der Prävention und damit die Ziele der QS (Evidenzbasierung, Bedarfs- und Kontextorientierung) aufeinander beziehen und sich in ihren Ausprägungen gegenseitig beeinflussen.

2. Kontextbezug: Die Qualitätskriterien müssen in einem Interventionskonzept integriert sein, das ein überzeugendes Vorgehen im konkreten Fall gewährleistet.

3. Integration komplexer Daten: Sehr unterschiedliche Informationen sollen in die Erhebung eingehen können, heterogene Datenformate müssen zusammengeführt werden.

Das Verfahren der Wahl für die Ermittlung von Struktur-, Konzept- und Prozessqualität ist deshalb das expertengestützte Assessment. Bei dieser Prozedur werden alle über ein Projekt verfügbaren Informationen im Hinblick auf vorgegebene Qualitätsdimensionen beurteilt. Verfahren expertengestützter Einschätzung stammen aus den Kontexten professioneller Selbstregulation, besonders der Wissenschaft [23]. Die konsensuelle Anwendung allgemeiner Arbeitsverfahren und Fachkriterien auf komplexe, besondere Einzelfälle kann wissenssoziologisch als Kernkompetenz von Professionalität angesehen werden [24]. Verfahren zur systematischen Ausschöpfung professioneller Kompetenz sind daher in der psychosozialen Versorgung für viele Zwecke bewährt, z. B. als Peer Review zur QS der Rehabilitation [25, 26]. Seinen breiten Einsatz verdankt dieser methodische Ansatz mehreren Leistungen:

- ▶ Das Verfahren schafft einen Rahmen für ein geordnetes, transparentes Vorgehen, dessen Ergebnisse durch Gütekriterien beschrieben und evaluiert werden können.
- ▶ Es fasst zahlreiche, komplexe und mehrdimensionale Daten unter vorgegebenen, übergeordneten Gesichtspunkten zusammen.
- ▶ Es integriert einander beeinflussende (relationale) Variablen und Zielsetzungen zu Gesamturteilen.
- ▶ Es kann dabei gleichrangige, nominalskalierte Merkmale nach sachgemäßen, ausgewiesenen Regeln in höherwertige Daten transformieren. Die Ergebnisse können dann sowohl vergleichend wie handlungsanleitend genutzt werden.
- ▶ Es bindet offen-heuristische Urteilsprozesse in Systeme von Kriterien und formale Bearbeitungsrahmen ein.
- ▶ Es geht auf den konkreten Einzelfall ein und kann dadurch sachnahe, konstruktive Vorschläge von Experten für die Weiterentwicklung spezifischer Projekte liefern.
- ▶ Es wendet fachliches Hintergrundwissen über den Diskussionsstand in Spezialgebieten und über professionelle Lösungsstrategien auf die be-

sonderen Verhältnisse eines Einzelfalles an.

- ▶ Es kann deshalb als Form fallbezogener, indirekter Evidenzbasierung gelten.

Zudem sind für die QS von Strukturen und Prozessen der Prävention und Gesundheitsförderung keine anderen brauchbaren Verfahren zur Hand. Eine direkte Messung von Qualität anhand anerkannter Kennziffern scheidet erstens daran, dass – je nach aktueller Forschungslage – zahlreiche Indikatoren konkurrieren. Zweitens sind nur geringe Kenntnisse über die tatsächlichen Strukturen der Präventionsversorgung verfügbar. Die Krankenkassen als größte Versorgungsträger nehmen aktuell erste Bestandsaufnahmen vor [9]. Rahmenbedingungen für ein Benchmarking oder für die Eingrenzung von Erhebungsfeldern für solche Vergleiche sind deshalb empirisch (noch) ohne Grundlage. Drittens haben, wie bereits ausgeführt, die Qualitätskriterien für Prävention relationalen Charakter. Zudem steht für den Abgleich von Settings, Indikationen, Zielgruppen und Interventionsansätzen in Qualitätsbeschreibungen methodisch nur das Experten-Assessment zur Verfügung.

Ihre besonderen Leistungen erbringt die Methode der Experteneinschätzung allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen [27, 28, 29]: Die Gutachter sollten unparteiisch sein, das Verfahren für die Begutachteten nachvollziehbar. Weiter muss das Review-Verfahren gut strukturiert sein: Die Qualitätsdimensionen und Beurteilungskriterien müssen systematisch erarbeitet und durch Expertenkonsens oder andere Formen von Evidenzbasierung abgesichert sein. Die Dimensionen und ihre Kriterien müssen den Gutachtern vorgegeben, im Einzelnen aufgeführt und durch Unterkriterien oder Checklisten operationalisiert werden. Zudem sollte die Begutachtung von festgelegten Arbeitsschritten angeleitet ablaufen, um eine Gleichrichtung der individuellen Urteilsprozesse zu erwirken. Alle diese Verfahrensmerkmale sollen sicherstellen, dass die Beurteilung von einem gemeinsamen Horizont wohl definierter professioneller Konzepte und Begriffe gesteuert wird und dadurch ihre Objektivität, Reliabilität und Validität maximiert sind. Die Begutachtung des hier vorgestellten QS-Systems für

die Prävention ist so konstruiert, dass sie diesen Erfordernissen gerecht wird (Abb. 3). Auf der Grundlage modifizierter Vorbilder des Peer Review anderer Versorgungsfelder [25, 26] wurden folgende Grundzüge des Verfahrens entwickelt:

1. Der Urteilsprozess wird durch den systematischen dimensional Aufbau der Begutachtungsbögen angeleitet. Für jeden Dokumentationsbogen ist ein eigener Begutachtungsbogen verfügbar, sodass Strukturen und Konzepte der Einrichtungen und ihre einzelnen Aktivitäten gesondert bewertet werden können. Der Reihe nach werden die Haupt- und Teildimensionen abgerufen (Tabelle 1, 2). Leitfragen fokussieren den jeweiligen Hauptaspekt. Kriterien und Checklisten zu jeder Dimension operationalisieren das Urteil. Fragennummern verweisen auf die einschlägigen Stellen in den Dokumentationsbögen, sodass die Gutachter die zentralen Daten schnell finden und jeweils die gleichen Informationen berücksichtigen, um zu übereinstimmenden Urteilen zu gelangen. Zuerst werden die Unterdimensionen beurteilt, dann die zugehörige Hauptdimension. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Gutachter sich zunächst die Einzelaspekte eines Qualitätsbereichs vergegenwärtigen (Unterdimensionen) und danach auf dieser Grundlage ein zusammenfassendes Urteil abgeben (Hauptdimension). Qualitätsmängel in einer Dimension können dabei nicht durch gutes Abschneiden in anderen Dimensionen ausgeglichen werden: Ein gravierender Qualitätsmangel in einer Unterdimension führt – nach gutachterlicher Abwägung – zu einer herabgesetzten Beurteilung der Hauptdimension. Denn die verschiedenen Dimensionen müssen jeweils für sich gewährleistet sein und lassen sich nicht ineinander umrechnen (z. B. kann schlechte Qualifikation des Personals nicht durch mehr Räume ausgeglichen werden). Dieser Aufbau sichert also einerseits die systematische Urteilsbildung und ein übergreifendes, einheitliches System von Qualitätsdimensionen, das auch sonst vielfach vernachlässigte Qualitätsaspekte umfasst, andererseits die gezielte Aufdeckung von Qualitätsmängeln und von vorrangigem Verbesserungsbedarf.

2. Zur Abfrage der gutachterlichen Einschätzungen wurde eine vierstufige Skalierung ausgearbeitet. Der Gutachter vergibt auf jeder Unter- und Hauptdimen-

Qualitätsdimension	Leitfrage der Begutachtung	Hinweise zur Vergabe der Qualitätsstufen	Fragen im Doku-Bogen	Stufe
IV. C Arbeitsmethoden des Angebots (nur für personale kommunikative Aktivitäten)	Ist die Didaktik professionell und für Lernziele und Zielgruppen geeignet?	Standard: Die Aktivität umfasst planmäßig mindestens 5 der abgefragten Arbeitsmethoden. Der ungefähre Zeitanteil der Methoden ist bekannt. Zusätzlich für Stufe 3: Die Aktivität umfasst planmäßig mindestens 3 weitere Arbeitsmethoden. Alternativ: Unter den Methoden ist eine aktivierende: Fallbesprechung, Rollenspiel, Verhaltenstraining, Kommunikationsübung, Entspannungs- und Bewegungsübung.	6,3	Hier tragen die Gutachter die Bewertung ein
IV. Verbreitung des Angebots (Streuwege, Reichweite und Medien)	Sind Wege und Mittel der Zielgruppenansprache und Außendarstellung geeignet, die gesetzten Gesundheitsziele zu fördern?	Stufe 0: Die gegenwärtigen Streuwege und Medien sind ungeeignet oder unzulänglich, um auch nur Teilziele zu erreichen. Stufe 1: Die Streuwege, Medien oder Methoden sind zielführend, werden aber zu unverbunden oder zu lückenhaft eingesetzt, um die Ziele zu erreichen. Stufe 2: Die Streuwege, Medien und Methoden sind zielführend, wirken über mehrere Kanäle und sind aufeinander bezogen angelegt. Stufe 3: Streuwege, Medien und Methoden sind in großer Breite und Vielfalt genutzt.		
Besondere Empfehlungen an das Projekt:		Hier tragen die Gutachter konkrete Tipps und Vorschläge ein		

Abb. 3 ▲ Beurteilungsbogen „Präventive Aktivitäten“, Beispiel-Items

sion eine von vier Qualitätsstufen (Tabelle 3). Die Skala nimmt Anregungen des vor allem in Unternehmen etablierten EFQM-Modells auf, das aber auch für die Gesundheitsversorgung diskutiert wird [30]. EFQM weist 3 Stufen aus: „Anfänge“ (erste, unverbundene Ansätze zur Qualitätserhebung sind geschaffen), „Auf dem Weg“ (die QS ist in einem zusammenhängenden Konzept integriert) und „Reife Organisation“ (die QS wird in gesonderten Routineverfahren kontinuierlich und initiativ von der Organisation weiterentwickelt). Dieser Ansatz hat mehrere Vorzüge [30, 31], die auch für Prävention und Gesundheitsförderung gelten: Er geht über die statische Bestandsaufnahme bestehender Routinen hinaus und legt die Ausrichtung auf Vorbilder nahe. Er hebt außergewöhnlich gelungene Lösungen hervor, sodass es für eine Organisation lohnt, solche Lösungen nachzuahmen oder selbst zu erarbeiten und bekannt zu machen. Er unterstützt damit kontinuierliche Verbesserungsprozesse in Organisationen. Die EFQM-Stufen lassen sich jedoch nur analog auf Prävention und Gesundheitsförderung übertragen, da sie Phasen der Organisationsentwicklung erfassen, nicht Qualitäten psychosozialer Versorgung. Zudem war aus mehreren Gründen die Erweiterung auf eine 4-stufige Skala angezeigt: Erstens besteht ein grundlegender Unterschied zwischen gar nicht vorhandenen und bloß schlecht eingesetzten Qualitätserfordernissen. Deshalb sind Letztere als eigene Stufe differenziert. Zweitens gibt die Differenzierung der Qualitätsmängel in 2 Stufen den begutachteten Einrichtungen eine hand-

lungsleitende Prioritätenliste der vorrangigsten Defizite an die Hand. Drittens hat die 4-stufige Skalierung den messtechnischen Vorzug größerer Differenzierungskraft im Rating-Verfahren. Viertens bietet sie höhere Anreize zur Verbesserung: Die Ergebnisse differenzieren sowohl im negativen wie im positiven Bereich mit dem Ziel, dass das Verfahren dadurch in beiden Bereichen zum Anstreben der nächsten Stufe motiviert.

3. In den Begutachtungsbögen findet sich eine ausdrücklich so bezeichnete Stufe „Standard, festgesetzt und operationalisiert“. Dieser Schritt erfordert Lösungen für mehrere Anforderungen und Probleme:

- ▶ Die Standards müssen fachlich legitimiert sein. Dies ist gewährleistet durch Pretests, Expertenworkshops sowie Verankerung und Validierung der Instrumente in den Fachdiskussionen und in der Zusammenarbeit mit Trägerorganisationen der Einsatzfelder.
- ▶ Standards könnten die kontinuierliche Verbesserung von Präventionsprojekten bremsen, wenn sie „Minimallösungen“ vorgeben und eine Weiterentwicklung über dieses Niveau hinaus nicht ermutigen. Ansporn zur Weiterentwicklung soll in der gewählten Verfahrensweise die zusätzliche Stufe „Vorbild“ sein. Allerdings wäre eine flächendeckende Einhaltung minimaler Anforderungen schon für sich ein entscheidender Schritt zur Sicherung der Präventionsqualität.

- ▶ Projekten geringer Qualität entstehen Kosten, wenn sie die Standards erfüllen wollen. Diese Kosten sind jedoch eine Voraussetzung effektiver Arbeit, die auf diesem Weg nachhaltig gefordert und gefördert wird. Geringe Präventionsqualität ist nicht immer eine Folge finanzieller Unter- ausstattung und kann in vielen Teildimensionen ohne wesentlich höhere Kosten durch Umgestaltung der Arbeit verbessert werden (z. B. durch Vernetzung, wissenschaftliche Fundierung, Zielgruppen- und Bedarfsorientierung). Die Definition von Standards soll also indirekt auch zu erhöhter Effizienz beitragen.

4. Die anderen Stufen konnten weniger ausführlich operationalisiert werden. So wurde die oberste Stufe (Vorbild=3) nur dort präzise beschrieben, wo sich in Probeläufen herausstellte, dass es schwierig war, einheitliche Urteile zu fassen. Die Kriterien für die beiden Defizitstufen (Grundlagen nicht vorhanden=0, Einzellelemente eingerichtet, aber unverbunden=1) waren hingegen gut zwischen Projekten und Beurteilern übertragbar und bedurften keiner besonderen Operationalisierung. Dies gibt den Rating-Bögen mehr Übersichtlichkeit, weil große Textmengen (wie in Instrumenten vergleichbarer Zielsetzung [32]) nicht erforderlich sind. Die Bearbeitungszeit für eine Begutachtung liegt je nach Projekt zwischen 1,5 und 2,5 Stunden. Sie hängt maßgeblich vom Umfang vorliegender Angaben und Unterlagen ab, aber auch von der Größe und Komplexität des Projekts.

Wissenschaftliche Auswertung und Kennziffern der präventiven Versorgung

Die Ergebnisse der Begutachtungen werden für die Beteiligten so aufbereitet, dass sie diesen ein Bild von der Qualität ihrer Arbeit liefern sowohl in Bezug auf die Qualitätsdimensionen (für sich) wie auch in Relation zu anderen Einrichtungen, Feldern und Aktivitäten. Dafür sieht das QS-System in einem weiteren Schritt vor, die Begutachtungsergebnisse zu Indizes zusammenzufassen. Ein wissenschaftliches Institut erfasst die Daten der Begutachtungen und errechnet Benchmark-fähige Vergleichswerte und deskriptive Statistiken für die einzelnen Projekte. Statistische Analysen

Tabelle 3

Qualitätsstufen des Begutachtungsverfahrens

0	Problemzone	Wichtige Voraussetzungen für eine Umsetzung dieser Dimension fehlen. Das Projekt weist deshalb Mängel auf, welche die Zielerreichung und den Erfolg der Präventionsvorhaben unwahrscheinlich, unberechenbar oder unkontrollierbar machen
1	Verbesserungsbedarf	Grundlagen und Basisausstattung für eine gute Präventionsarbeit sind geschaffen. Sie werden aber noch unzureichend verknüpft oder genutzt. Das Projekt verwirklicht daher die Qualitätsdimension zum Teil, sollte sie aber noch ausbauen
2	Standard	Datengrundlagen und Routinen für eine professionelle, wirkungsvolle Präventionsarbeit sind geschaffen und miteinander systematisch in einem Gesamtkonzept verbunden. Das Projekt erfüllt deshalb die nach Aufgabengebiet, Sachlage und Forschungsstand angemessenen Erwartungen und arbeitet mit guter Qualität und Erfolgsaussichten
3	Vorbild	Die Qualität der Arbeit wird kontinuierlich und systematisch vom Projekt weiterentwickelt, alle Kenntnisse und Beobachtungen werden ständig erweitert und aktiv in Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Der Standard wird deshalb übertroffen. Das Projekt erfüllt die Qualitätsdimensionen in umfassender Weise; ähnliche Projekte können von seinen Praktiken lernen

einer breiten Basis von anonymisierten Begutachtungsfällen sollen:

- ▶ die Haupt- und Teildimensionen in vergleichsfähigen Kennziffern zusammenfassen,
- ▶ typische Struktur- und Versorgungsmuster und -probleme in der Prävention und Gesundheitsförderung herausarbeiten,
- ▶ zwischen ähnlichen Einrichtungen und Angeboten so genannte „faire Vergleiche“ anstellen (für ähnliche Arbeitsbedingungen, Einrichtungsgrößen, Settings, Zielgruppen, Ansätze usw.),
- ▶ anhand der Kennziffern umfassend die Präventionsversorgung in Deutschland beschreiben,
- ▶ diese Beschreibung in Jahresvergleichen zu einem Monitoring ausbauen.

Mithilfe dieser Analysen werden Möglichkeiten der datengestützten Bewertung der Prävention geschaffen, z. B. zur Abschätzung, ob vorhandene Strukturen und Projekte ausreichend sind, um politisch gewollte Gesundheitsziele zu erreichen, welche Ansätze der Gesundheitsförderung besonders wirkungsvoll, welche für bestimmte Zielgruppen (z. B. sozial Benachteiligte) besonders förderungswürdig sind usw. Es bietet den gesundheitspolitischen Akteuren und Steuerungsinstanzen damit z. B. empiri-

sche Grundlagen für den Ausbau der Prävention.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserungen durch Rückkopplung

Um die Präventionsarbeit „vor Ort“ gezielt zu verbessern, werden den Akteuren die Begutachtungsbefunde zurückgemeldet. Bewährte Vorbilder gibt es auch für dieses Element des Informationssystems in der QS anderer Versorgungsbereiche, z. B. der Rehabilitation [33]. Die beteiligten Einrichtungen erhalten als Rückmeldungen aus der Begutachtung:

- ▶ Qualitätsprofile mit den Beurteilungen, Stärken und Schwächen ihrer Arbeit,
- ▶ Benchmarks, d. h. Vergleiche ihrer Arbeit in den Haupt- und Teildimensionen mit der Präventionsqualität anderer Einrichtungen und Angebote, die unter ähnlichen Bedingungen arbeiten (auch hier nach dem Prinzip der „fairen Vergleiche“),
- ▶ Verbesserungsvorschläge und Tipps der Gutachter für die Einrichtung oder Aktivität.

Die Rückmeldungen sollen leicht verständlich gestaltet sein, sodass kosten-

intensive Präsentationen der Ergebnisse entfallen. Aufbau und Inhalt der Feedback-Formulare sind weitgehend durch die Qualitätsdimensionen der Begutachtungsinstrumente vorgegeben. Den gesundheitspolitischen Akteuren können die Ergebnisse zum Stand der Prävention in Form kurzer Überblicksartikel rückgemeldet werden.

Stand der Verfahrensentwicklung

Vortestungen und Validierungen der Einzelelemente sind erfolgreich abgeschlossen. Das Verfahren wird 2003/2004 in einem Feldversuch in Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen erprobt. Danach liegen Daten zur Generalisierbarkeit über verschiedene Settings und Indikationen, zur Reliabilität und zu Varianzen durch Gutachterqualifikation vor. Vor einem breiten Einsatz ist zu prüfen, ob noch Modifikationen erforderlich sind. Die begleitende Implementationsforschung des Projekts exploriert Hürden und Ansatzmöglichkeiten für QS in verschiedenen Praxisfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung. Auch hierdurch sind weitere Impulse zur Verfahrensoptimierung zu erwarten.

Fazit für die Praxis

Bislang war es nicht möglich, die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung systematisch zu bewerten und die so gewonnenen Informationen zur Optimierung der Prävention zu nutzen. Nun liegt ein in seinen Grundzügen funktionsfähiges Verfahren zur kontinuierlichen Verbesserung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität vor. Es muss in seinen Teilaspekten allerdings noch geprüft und optimiert werden. Durch seinen generischen Ansatz eignet es sich für verschiedene Präventionsthemen, Arbeitsfelder und Organisationen (Anbieter, Träger, Koordinationsstellen, Kliniken, DMPs). Damit kann für die Prävention und Gesundheitsförderung – wie schon für andere Versorgungsfelder (z. B. Rehabilitation) – eine neue Stufe der gezielten Optimierung von Rahmenbedingungen und der Gestaltung maßgeschneiderter Angebote eingeleitet werden.

Literatur

1. Walter U, Drupp M, Schwartz FW (2002) Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim
2. Buhk H, Zeikau T, Koch U (2003) Präventivmedizinische Versorgung. Ergebnisse des Bundes-Gesundheits surveys 1998. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 46:648–654
3. Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R (1995) § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard, St. Augustin
4. Mathiszig S, Schulz H, Kawski S, Koch U (2000) Evaluation der Einführung von Qualitätsrastern zur Verbesserung der Qualität des präventiven Angebotes der gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg. Abschlußbericht. UKE, Hamburg, BMBF, Berlin
5. Hanewinkel R, Wiborg G (2002) Primär- und Sekundärprävention des Rauchens im Jugendalter: Effekte der Kampagne „Be Smart – Don’t Start“. Gesundheitswesen 64:492–498
6. Künzel-Böhmer J, Bühringer G, Janik-Knecny T (1993) Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit [Bd. 20]. Nomos, Baden-Baden
7. Barth J, Bengel J (1998) Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
8. Spitzenverbände der Krankenkassen (2000) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000, Fassung vom 27. Juni 2001
9. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen Essen (2003) Dokumentation 2001. Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V
10. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit GESOMED (2003) Gesundheitswirkungen von Prävention: Verfahrensentwicklung zur Evaluation von Maßnahmen der GKV nach § 20 SGB V. UKE, Hamburg
11. Wanek V (2003) Umsetzung von § 20 SGB V: Gesundheitsförderung und Prävention zur Verminderung der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit. In: Koch U, Lecher-Pawils S (Hrsg) Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 116–118
12. Koch U, Kawski S, Töppich J (2001) Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Bzga, Köln, S 87–95
13. Koch U, Tiefensee J (1998) Das 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung. In: Hell D, Bengel J, Kirsten-Krüger M (Hrsg) Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung. Karger, Basel
14. Lehmann H, Töppich J (2002) Qualitätsförderung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45:234–239
15. Kahan B, Goodstadt M (1999) Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes? Health Promotion International 14:83–91
16. Tiefensee J, Koch U (1997) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Petermann F (Hrsg) Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin. 2. erw. und korr. Aufl. Hogrefe, Göttingen, S 509–528
17. Rada J, Ratima M, Howden-Chapman P (1999) Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. Health Promotion International 14:177–186
18. Riemann K, Gerber U (1997) Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung. BZgA, Köln
19. Helou A, Schwartz FW, Ollenschläger G (2002) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45:205–241
20. International Union for Health Promotion and Education (1999) The evidence of health promotion effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Report for the European Commission. Part One, Core Document. Part Two, Evidence Book. ECSC-EC-EAEC, Brussels, Luxembourg
21. Ader M, Berensson K, Carlsson P et al. (2001) Quality indicators for health promotion programmes. Health Promotion International, 16:187–195
22. Nutbeam D (1998) Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Promotion International 13:27–44
23. Daniel HD (1993) Guardians of science. Fairness and reliability of peer review. VCH, Weinheim
24. Oevermann U (2002) Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In: Kraul M, Marotzki W, Schweppe C (Hrsg) Biographie und Profession. Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S 19–63
25. Kawski S, Dorenburg U, Beckmann U, Koch U (2000) Prozessqualität in der stationären Suchtrehabilitation. Suchttherapie 1:26–136
26. Jäckel WH, Protz W, Maier-Riehle B, Gerdes N (1997) Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Rehabilitation 4:224–232
27. Krampen G, Montada L (2002) Peer Reviews als Instrument der Wissenschaftsevaluation in der Psychologie sowie der Fach- und Wissenschaftspolitik. In: Krampen G (Hrsg) Wissenschaftsforschung in der Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S 118–142
28. Coleman GD et al. (2002) Estimating interrater reliability of examiner scoring for a state quality award. Quality Management J 9, October 2002. http://www.asq.org/pub/qmj/past/vol9_issue4/coleman.html (23.7.2003)
29. van Dijk L, Dinny H, de Bakker DH (2002) Professionalization of Dutch PRGs and volume and costs of frequently prescribed drugs. Z Gesundheitswissenschaften 10:292–304
30. Möller J, Heinzl H (2002) EFQM Zertifikat im Gesundheitswesen. In drei Stufen zur Excellence. Krankenhaus Umschau – Hospital Management Magazin 14:194–198
31. Möller J (2001) Methoden zur Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen. Ein Überblick. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 6:26–33
32. Molleman G et al. (2002) Gebruiksaanwijzing bij het scoreformulier van het Preventie effectmanagement instrument, Preffi 2.0. NIGZ, Nijmegen
33. Kawski S, Koch U (2002) Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er Jahren. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45:260–266