

Informationen zur Suchtkrankenhilfe

2/2000

Qualitätsentwicklung und Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe

- Qualitätsentwicklung
- Dokumentation

Dokumentation der Expertentagung

des Fördervereins der Deutschen
Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
vom 14. bis 15. September 1999 in Gotha



DEUTSCHE HAUPTSTELLE
GEGEN DIE
SUCHTGEFAHREN E.V.

Westring 2
D-59065 HAMM
Postfach 1369
D-59003 HAMM
Telefon: (0 23 81) 90 15-0
Telefax: (0 23 81) 90 15 30
eMail: info@dhs.de
Internet: <http://www.dhs.de>

Impressum:

Dokumentation der Expertentagung

Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V.
Westring 2, 59065 Hamm
Telefon (0 23 81) 90 15-0, Telefax (0 23 81) 90 15 30
eMail: info@dhs.de, Internet: <http://www.dhs.de>

Auszugsweiser Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Die DHS bedankt sich beim Förderverein, durch dessen Unterstützung die Erstellung dieser Broschüre ermöglicht wurde.

**Broschüren aus der Reihe „Informationen zur Suchtkrankenhilfe“ werden – solange der Vorrat reicht – kostenfrei abgegeben.
Da die Broschüren unregelmäßig und in verschiedenen Auflagen erscheinen, können sie nicht vorbestellt oder abonniert werden.**

Vorwort

„Qualitätsentwicklung und Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe“

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. sieht eine ihrer zentralen Aufgaben darin, bundesweit Impulse zu einer zeitgemäßen Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke zu geben. Die Begriffe der Qualitätsentwicklung und Dokumentation bestimmen seit den 80er Jahren die Diskussion. Der Rahmenplan 1992 für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der DHS, die gerade erschienene Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe und das in 2000 erscheinende Positionspapier „Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe“ der DHS sind herausragende Eckpunkte dieser Entwicklung. Die Reformen des Bundessozialhilfegesetzes und des Kinder- und Jugendhilfegesetzes sowie die Einführung der Pflegeversicherung stellen die soziale Arbeit insgesamt vor neue Herausforderungen. In der Suchtkrankenhilfe beeinflusst die Initiierung des Leistungs- und Preiswettbewerbs die Diskussion um Qualitätsentwicklung in vielerlei Hinsicht.

Individuelle Gestaltung der Hilfen, bedarfsgerechte „Weiterentwicklung und Qualifizierung einzelner Einrichtungen, regionale Planung, Erfassung bundesweiter Trends sowie Forschung und Wissenschaft“ so lauten die Herausforderungen. Eine ausgereifte Dokumentation von Behandlung und Betreuung ist Voraussetzung der Entwicklung und Sicherung von Qualität. Hier ist der Einsatz moderner Dokumentationssysteme unabdingbar.

Mit der Expertentagung „Qualitätsentwicklung und Dokumentation“ konnte ein Forum geschaffen werden, auf dem diese in der Sozialen Arbeit und hier speziell in der Suchtarbeit weder eindeutigen, noch unumstrittenen Begriffe auf den unterschiedlichen Ebenen beleuchtet werden.

So sind Qualitätsvorstellungen von Leistungsträgern, Nutzern und Fachkräften nicht immer identisch, Qualitätsmanagementkonzepte unterscheiden sich in ihrer Reichweite und Praktikabilität in der Sozialen Arbeit.

Die Dokumentation der Behandlung und Betreuung von Personen mit substanzbezogenen Problemen begann in Deutschland 1980 mit EBIS. Seither haben insbesondere in den letzten Jahren eine Reihe von Entwicklungen stattgefunden. Gewerbliche Anbieter wurden zu relevanten Akteuren und die Aufgabenstellung der Software-Programme der Dokumentationssysteme hat sich deutlich erweitert. Diese wichtigen und begrüßenswerten Entwicklungen können allerdings nicht immer die Zusammenführung und Vergleichbarkeit der Daten auf bundesrepublikanischer Ebene gewährleisten.

Der Expertentagung ist es gelungen, dieses breite Spektrum von Fragestellungen abzubilden.

Im ersten Teil dieser Dokumentation liegt eine Zusammenschau der unterschiedlichen Ansätze von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sowie die Beschreibung der Veränderungsprozesse in einem langen Zeitraum von Qualitätsmanagement in der Amsterdamer Jellinek Klinik vor. Im zweiten Teil nutzen die verschiedenen Dokumentationssysteme die Möglichkeit, sich den interessierten Lesern vorzustellen.

Die Durchführung der Kooperationstagung „Qualitätsentwicklung und Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe“ sowie diese Tagungsdokumentation wurde aus Mitteln des Fördervereins der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. finanziert. Dafür bedanken wir uns.

Sonja Vennhaus

Inhaltsverzeichnis

Teil 1

Unterschiedliche Ansätze von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung: Begriffserklärung – Vorstellung – Bewertung	5
Qualitätssicherungsprogramme aus Sicht der Rentenversicherung	10
Zehn Jahre Qualitätsentwicklung im Jellinekzentrum, Amsterdam	14
– ISO 9001:2000 – Konsequenzen für den medizinischen und sozialen Bereich	24
Vergleichsweise immer besser. Qualitätsmanagement und Benchmarking in niedersächsischen Suchtberatungsstellen	26
Warum dokumentieren? Der Stellenwert von Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe – eine datenpolitische Einschätzung	31

Teil 2

Dokumentation der Behandlung und Betreuung von Personen mit substanzbezogenen Problemen in Deutschland: Status und Option für eine Weiterentwicklung	37
EBIS – einrichtungsbezogenes Informationssystem	59
Curatio – ein EDV-Programm für die Gemeindepsychiatrie	61
Die Hamburgische Dokumentationssystematik	64
Moonlight® Datenbanksystem für Suchthilfeeinrichtungen	66
DESTAS Das dezentrale Statistik-System für die Suchtkrankenhilfe	68
Dokumentation in Patfak/PFWin – Readline Data	70
Informationen zum Projekt HORIZONT	71
Das Lean-Com-Programm der CTI GmbH/Leipzig	75
EDV-geschützte Dokumentation mit C&S CaseManager	78

Unterschiedliche Ansätze von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung:

Begriffserklärung – Vorstellung – Bewertung

Prof. Dr. Hans Langnickel

Institut für Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement
EFQM-Assessor
Belfortstraße 11, 50668 Köln

Im folgenden Vortrag werden die wichtigsten Grundbegriffe des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung zusammengefasst

1. Der Begriff Qualität

Umgangssprachlich wird Qualität verstanden als Güte, als vergleichsweise hohes Niveau, oder, neutraler, als Eigenschaft. Qualität im Sinne des Qualitätsmanagements ist dagegen die „Gesamtheit von Merkmalen und Merkmalswerten eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse bezieht.“ (DIN EN ISO 8402)

Garvin unterscheidet in einer klassisch gewordenen Übersicht fünf verschiedene Ansätze/Möglichkeiten zur Definition von Qualität:

☞ Der transzendente Ansatz

Qualität erscheint hier als subjektive, intuitive Bewertung, die der rationalen Messbarkeit nicht zugänglich ist. Für das Qualitätsmanagement ist dieser Ansatz nach Garvin nicht brauchbar.

☞ Der produktbezogene Ansatz

Qualität wird verknüpft mit dem Vorhandensein bestimmter, fest definierter Produktmerkmale. Probleme tauchen auf, sobald es sich bei diesem Produkt nicht um Sachgüter, sondern um personenbezogene, immaterielle Dienstleistungen handelt.

☞ Der herstellungsbezogene Ansatz

Hier werden Produktqualität und erforderliche Produktionskosten miteinander ins Verhältnis gesetzt. Die Qualität ist um so höher, je weniger Kosten bei der Herstellung eines Produktes entstehen. Fehlervermeidung und Prävention sind die entsprechenden Schlussfolgerungen für das Qualitätsmanagement.

☞ Der kundenbezogene Ansatz

Das Qualitätsurteil wird allein in die Hand des Kunden gelegt – unabhängig von einer irgendwie gearteten

Produktqualität. Im sozialen und im Gesundheitsbereich wird die Berechtigung, den Begriff „Kunde“ an die Stelle der etablierten Begriffe Klient, Patient, Hilfesuchender etc. zu setzen, aus analytischen und anderen (z.B. ideologischen) Gründen vielfach in Frage gestellt. Zu bedenken ist insbesondere, dass Zahler (z.B. Zuschussgeber) und Inanspruchnehmer einer Dienstleistung (der/die Ratsuchende) auseinanderfallen (sog. sozialhilferechtliche Dreiecksbeziehung) und dass nicht eindeutig ist, wer eigentlich „Kunde“ ist. U.a. aus diesem Grund findet der Begriff „Stakeholder“ (Anspruchsgruppe) auch im Qualitätsmanagement zunehmend Anwendung.

☞ Der wertbezogene Ansatz

Hier wird das Preis-Leistungsverhältnis aus Kundensicht bewertet. (Beisp.: Aldi, Fielmann, Ikea). Ein Produkt ist deshalb gut, weil es zu einem günstigen Preis zu erwerben ist:

Eine interessante Perspektive auf die „Qualität“ aus Sicht der Zuschussgeber („Was bekommen wir vom Träger für den von uns gezahlten Preis?“)

1.1 Personenbezogene soziale Dienstleistungen

Viele Schwierigkeiten in der Qualitätsdiskussion haben mit dem besonderen Produktcharakter von Sozialer Arbeit oder Gesundheitsleistungen als personenbezogenen Dienstleistungen zu tun. Zu den Besonderheiten personenbezogener Dienstleistungen gehören:

- ihre Immaterialität. Es fehlt ein stoffliches Substrat, an dem sich Qualität sinnlich messen lässt.
- das Zusammentreffen von Produzent und Konsument als Voraussetzung für das Zustandekommen der Dienstleistung (das sog. uno-actu-Prinzip). Der Dienstleistungs„produzent“ (z.B. Berater) ist als Person Teil der Dienstleistung – das gleiche gilt für den „Konsumenten“: Der Hilfe- oder Ratsuchende („Kunde“) produziert das Beratungsergebnis durch sein Zutun selbst mit (er wird zum „Prosumenten“). Als sog. „externer Faktor“ ist er im Sinne der „Produktionstheorie“ grundsätzlich nicht „beherrschbar“.

- die Heterogenität der Leistung (jeder „Fall“ liegt anders).
- seine *Nicht-Lagerfähigkeit* (man kann Beratung nicht auf Halde produzieren). Die Nicht-Transportfähigkeit von Dienstleistungen.
- Die Standardisierung solcher Dienstleistungen ist schwierig bis unmöglich.

1.2 Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität

Eine wichtige und unverzichtbare Hilfestellung bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen, auch für Träger personenbezogener Dienstleistungen, ist die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität nach Donabedian.

Sie bildet das konzeptionelle Fundament jedes Qualitätsmanagementsystems und taucht weiterentwickelt z.B. auch im E.F.Q.M.-Modell (Befähiger, Ergebnisse) wieder auf.

Der Begriff STRUKTURQUALITÄT bezieht sich im einfachsten Verständnis auf die personelle, sachliche, räumliche und finanzielle Ausstattung, insgesamt auf das gesamte Setting der strukturellen Voraussetzungen der konkreten Beratungs- oder sonstigen Dienstleistung einer Einrichtung. Merkmale der Strukturqualität sind allerdings gleichzeitig auch Bestandteile der Qualitätserfahrungen der Kunden (z.B. „wie sind die Öffnungszeiten“, „wie freundlich ist das Personal“ etc.).

PROZESSQUALITÄT meint die Ausführung einer Leistung – vom zugrundeliegenden Konzept (Hilfe-, Pflegeplan) über die konkrete Durchführung bis zur Dokumentation und Auswertung, bzw. Reflexion oder Fallbesprechung.

Die ERGEBNISQUALITÄT ist das Resultat einer Prüfung, inwieweit die Ziele der Leistungserbringung erreicht sind. Zwei grundsätzliche Ebenen lassen sich hier unterscheiden: Die Ebene der Kundenzufriedenheit und die Ebene der konkreten Zielerreichung, gemessen an den selbst gesteckten Zielen.

1.3 Kriterien und Standards

Kriterien und Standards bilden die Brücke von der allgemeinen Definition dessen, was man unter Qualität verstehen kann, zum Qualitätsmanagement.

Kriterien (Merkmale/Dimensionen) liefern einen Maßstab, der es gestattet, zwischen guter und schlechter Qualität zu unterscheiden (z.B. Ausbildungsniveau der Mitarbeiter, Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit etc.).

Der Nutzen von Qualitätskriterien liegt auf verschiedenen Ebenen:

- Qualitätskriterien können der Außendarstellung/Legitimation und damit der Entwicklung eines unverwechselbaren Profils dienen.
- Qualitätskriterien können als Instrument zur Strukturierung der Arbeit dienen: Qualitätskriterien bzw.

Standards werden zu Arbeitsprinzipien und Handlungsregeln.

- Qualitätskriterien können als Grundlage für die Selbstevaluation dienen: Qualitätskriterien als Maßstab zur Beurteilung der Arbeit.
- Qualitätskriterien können als Grundlage für die Dokumentation/Berichterstattung dienen.

Unter einem Standard versteht man das Ausprägungsmerkmal eines Kriteriums (z.B. Höhe der Kundenzufriedenheit). Ein Standard gibt an, welches Ziel (Niveau) man für erreichbar hält und auch erreichen will; oder auch: welches Ziel vorgegeben oder vereinbart wird. Hierbei bleibt offen, wer diese Standards festlegt – obwohl dies gerade die entscheidende Fragestellung ist.

2. Qualitätsmanagement

Aus diesen Ausführungen kann als Resümee folgende pragmatische Definition von Qualität für das Qualitätsmanagement abgeleitet werden:

Qualität ist die Übereinstimmung von SOLL (Ziele) und IST

Qualitätsmanagement bedeutet dann in seiner einfachsten Version, *systematisch die Unterschiede zwischen angestrebtem (Soll/Standard) und tatsächlich erreichten Leistungsergebnissen (Ist) zu erfassen, die Ursachen der Unterschiede zu analysieren und Verbesserungen einzuleiten.*

Diese Verbesserungen können Schritt für Schritt erfolgen („learning by doing“) oder im Rahmen eines geschlossenen Qualitätsmanagementsystems (Din ISO EN 9000ff.; E.F.Q.M.-Modell)

2.1 Gestaltungsprinzipien des Qualitätsmanagements

Die wesentlichen Gestaltungsprinzipien jedes umfassenden Qualitätsmanagements sind:

- Kundenorientierung: Kundenzufriedenheit ist das zentrale Ziel und der entscheidende Bestimmungsfaktor für den Organisationserfolg.
- Mitarbeiterorientierung: MitarbeiterInnen sind die entscheidenden Träger jedes Qualitätsentwicklungsprozesses.
- Prozessorientierung: Qualitätsmanagement ist zu einem großen Teil Prozess-Management.

Dahinter stehen folgende Grundannahmen:

- Jedes Werk wird durch einen Prozess geschaffen
- Jeder Prozess hat Eingaben
- Die Ausgaben sind die Ergebnisse des Prozesses
- Die Ergebnisse sind Produkte – materielle oder immaterielle
- Der Prozess besteht in einer Umwandlung, die Wert hinzufügt

- Jeder Prozess bezieht Menschen und/oder andere Mittel in verschiedener Weise ein

Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden die Prozesse in den Regelkreis der *kontinuierlichen Verbesserung* eingebettet:

- Die Prozessergebnisse werden bewertet und regelmäßig an den Zielen gemessen
 - Die Prozesse werden kontinuierlich verbessert
- Verbindlichkeit durch Dokumentation oder „management by facts“: je mehr Meinungen, Ansichten, Gefühle oder Anekdoten (E.F.Q.M.-Modell) über das erreichte Qualitätsniveau überwunden und durch überprüfbare Fakten ersetzt werden, um so höher liegt das tatsächlich erreichte Qualitätsniveau.

2.2 Qualitätskonzepte „mittlerer Reichweite“

Gütegemeinschaften

Eine Gütegemeinschaft ist ein freiwilliger Zusammenschluss von gleichgesinnten Mitgliedern, die sich bestimmte Aufgaben geben und verpflichten, sich selbst gesetzten Vorgaben (z.B. Qualitätsstandards) zu unterwerfen. Verbunden ist damit häufig die Vergabe eines internen Gütesiegels. Die Aussagekraft solcher intern verliehener Gütesiegel wird allerdings von außen häufig kritisch hinterfragt.

Benchmarking

Unter Benchmarking versteht man einen systematischen und kontinuierlichen Bewertungs- und Vergleichsprozess. Hierbei werden die Abläufe (Prozesse, Ergebnisse) eines Unternehmens (einer Organisation) ständig mit denen führender Unternehmen (Organisationen) verglichen und bewertet, um Informationen zu erhalten, die einem Unternehmen (Organisation) helfen, die eigene Leistungsfähigkeit zu steigern.

Unterschieden werden u.a.:

- internes Benchmarking
- leistungsorientiertes Benchmarking
- branchenübergreifendes Benchmarking.

2.3 DIN EN ISO 9000ff.

Das Qualitätsmanagementsystem nach der ISO-Norm gehört zu den einerseits etablierten, andererseits äußerst umstrittenen Qualitätsmanagementsystemen, da es bis heute seine Herkunft aus der produzierenden Industrie nicht verbergen kann.

DIN:

Das DIN in Berlin ist das in Deutschland für die Normierung zuständige Institut und vertritt zugleich die deutsche Normung in internationalen Normenorganisationen.

DIN EN ISO 9000ff.:

Abkürzung für ein internationales Normenwerk zum Qualitätsmanagement und zu Qualitätsmanagement-Systemen.

EN:

Europäische Normen, herausgegeben und überwacht von der europäischen Normierungsinstitution CEN/CENELEC.

ISO:

International Organisation for Standardisation, Genf.

Sein Kern und „Erkennungszeichen“ ist das Qualitäts-handbuch, in dem sämtliche Unternehmensprozesse (in Verfahrensweisungen) dokumentiert sind. Der Umfang dieser Dokumentation hängt von der sog. Nachweisstufe ab (in sozialen und Gesundheitsunternehmen zumeist DIN ISO 9001).

Zum Qualitätsmanagementsystem nach der ISO-Norm gehört in der überwiegenden Zahl der Fälle das Zertifikat, verliehen durch eine Zertifizierungsgesellschaft. Mit dem Zertifikat wird das Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems bestätigt (Qualitätsmanagementdarlegung in einem Handbuch) – nicht die konkrete Produktqualität, auf die allerdings aufgrund der dokumentierten Prozesse gewissermaßen indirekt geschlossen wird.

Die Kritik an diesem System bezieht sich u.a. auf die Bedeutung des Qualitätshandbuchs für die tatsächliche Qualitätsentwicklung in einem Unternehmen und die Aussagekraft des Zertifikats – sowie die dafür zu erbringenden Kosten. Schließlich wird die „Unterbelichtung“ der Ergebniskriterien (insbesondere Kundenzufriedenheit) herausgestellt.

Eine wichtige Rolle im Rahmen des ISO-Normensystems spielen *Audits*.

Ein Audit ist eine systematische und unabhängige Untersuchung, um festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse den geplanten Anordnungen entsprechen und ob diese Anordnungen wirkungsvoll verwirklicht bzw. geeignet sind, die Ziele zu erreichen.

Grundlage der Audits sind die von der Einrichtung festgelegten und durch rechtliche Bestimmungen sowie sonstige fachliche und organisatorische Standards vorgegebenen Forderungen an die Gestaltung der Arbeitsabläufe.

Interne Audits dienen der Stabilisierung und Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems.

Externe Audits sind die von der Einrichtung festgelegten und durch rechtliche Bestimmungen sowie sonstige fachliche oder organisatorische Standards vorgegebenen Forderungen an die Gestaltung der Arbeitsabläufe (nach DIN EN ISO 10011, Teil 1).

2.4 Total Quality Management

Total Quality Management ist eine auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenheit der Kunden auf langfristigen Geschäfts- bzw. Organisationserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.

Kernideen des TQM:

- der kontinuierliche Verbesserungsprozess (Deming)
- „Quality is everybody's job“: die Verantwortung für Qualität darf weder hierarchisch noch funktional delegiert bzw. abgegeben werden (Feigenbaum).
- „Fitness for use“: Kundenzufriedenheit mit dem Produkt ist der entscheidende Maßstab für die Qualitätsentwicklung oder anders: das Qualitätsurteil liegt in der Hand des Kunden. Hierher gehört auch die Einführung des Begriffs „interner Kunde“ (Juran) und das Verständnis der Prozesse im Unternehmen (Organisation, Einrichtung) als Folge kontinuierlicher Kunden-Lieferanten-Beziehungen.
- „Do it right the first time“ (Fehlervermeidung/Prävention)
 - Null-Fehler-Prinzip als Standard (Crosby).

Auf der praktischen Ebene gehört die Einführung von Qualitätszirkeln und der gezielte Einsatz von Qualitätswerkzeugen (z.B. Pareto-Diagramm oder Ishikawa-Diagramm) zu den Grundinstrumentarien des TQM.

2.5 Das E.F.Q.M.-Modell

Mit Hilfe des E.F.Q.M.-Qualitätsmanagement-Modells soll die Qualitätsphilosophie des TQM im umfassenden Sinne für die konkrete Qualitätsmanagement-Praxis nutzbar gemacht werden. Mit seiner Hilfe ist es möglich, das in einem Unternehmen bereits erreichte Qualitätsniveau (gemessen an den Kriterien des TQM, z.B. Mitarbeiterorientierung, Kundenzufriedenheit, kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten) zu messen, mit anderen zu vergleichen und Verbesserungsschritte einzuleiten.

Es handelt sich um ein nicht-normatives Entwicklungssystem oder um einen Bewertungsrahmen, der gewissermaßen einem Rankengitter ähnelt: jedes Unternehmen oder jeder Träger entscheidet selber, mit welcher Geschwindigkeit und in welche Richtung er wachsen und sich entwickeln möchte.

Das entscheidende Instrumentarium ist das Verfahren der Selbsteinschätzung.

Bei Teilnahme am Wettbewerb um den europäischen Qualitätspreis beurteilt eine Jury aus erfahrenen Top-Managern europäischer Unternehmen („Assessoren“) auf der Basis eines Punktesystems die Leistungsfähigkeit der Bewerber nach den neun Kriterien.

Hintergrund:

1988: Gründung der European Foundation for Quality Management (E.F.Q.M.)

Entwicklung des europäischen Modells für Qualitätsmanagement

1992: Einführung des European Quality Award

1995: Einführung des Award für den Öffentlichen Sektor

1996: Einführung des Award für Kleine und Mittlere Unternehmen

- Das europäische Qualitätsmodell beruht auf dem Zusammenwirken von neun Kriterien, die in Befähiger und Ergebnisse unterteilt werden.
- Die Befähiger behandeln die Art und Weise, WIE Dinge gemacht werden. Die Ergebnisse behandeln das, WAS erreicht wurde.
- Die Summe aller Prozentwerte gibt jeweils 50 % für den Befähiger – und 50 % für den Resultatsbereich.
- Die festgelegten Prozentwerte wurden nach langen Diskussionen innerhalb der E.F.Q.M. festgelegt.
- Die größte Bedeutung haben die Kundenzufriedenheit (20 %), die Mitarbeiterorientierung (18 % = 9 % + 9 %) und die Organisationsergebnisse (15 %).
- Bei den „besten Unternehmen/Organisationen“ (Gewinnern des europäischen Qualitätspreises) handelt es sich um Unternehmen/Organisationen, die nicht nur exzellente Prozesse (Struktur- und Prozessqualität) vorweisen können, sondern die auch exzellente Ergebnisse erzielen.

Die Struktur der Bewertungskriterien

Befähiger

Die Befähiger beschreiben die Potentiale (Treiber) des Unternehmens.

Hier konzentrieren sich die Fragen auf folgende zwei Aspekte:

- Was unternimmt ein Unternehmen, um „umfassende Qualität“ (Total Quality) zu erreichen?
- Wie geht das Unternehmen dabei vor?

Alle Teile innerhalb der Befähigerkriterien haben das gleiche Gewicht.

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Ergebnisse konzentriert sich das Interesse auf zwei Aspekte:

- Welche Daten und Informationen werden im Unternehmen/in der Organisation zur Erfolgsbewertung herangezogen?
- Wie heben sich die Ausprägungen dieser Daten in den letzten Jahren entwickelt?

Die Bewertungsmethode

Grundsätzliches:

- Die Grundlage des gesamten E.F.Q.M.-Qualitätsmodells besteht darin, gute Resultate zu erzielen – durch Einbeziehung ALLER Mitarbeiter in die kontinuierliche Verbesserung ALLER Prozesse.

- Befähiger: hier wird die überragende Bedeutung von Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterführung und dem Management von Ressourcen herausgestellt.
- Soweit es um Ergebnisse geht, wollen „beste Organisationen“ die Kunden, ihre Mitarbeiter und die Gesellschaft zufriedenstellen.

Die Befähiger

Die Bewertung der fünf „Befähiger“-Felder wird auf zwei Ebenen durchgeführt:

☞ Vorgehen

Das Vorgehen befasst sich mit den Methoden, die das Unternehmen/die Organisation anwendet. Die Bewertung hierfür berücksichtigt:

- die Angemessenheit der Methoden, Werkzeuge und Techniken, die angewendet werden
- das Ausmaß, in dem die Arbeitsweise systematisch und präventiv (fehlervermeidend) ist
- die Durchführung von regelmäßigen Überprüfungen/Selbst-Bewertungen) und praktischen Verbesserungsmaßnahmen

☞ Umsetzung

Umsetzung bedeutet das Ausmaß, in dem das jeweils gewählte Vorgehen in seinem vollen Potential im Unternehmen/in der Organisation ausgeschöpft worden ist.

- vertikal durch alle Ebenen
- horizontal durch alle Bereiche und Aktivitäten
- in allen Prozessen
- angewandt auf alle relevanten Dienstleistungen bzw. Dienste

Ergebnisse

Auch die erzielten Ergebnisse werden auf zwei Ebenen bewertet:

☞ Die Exzellenz der Ergebnisse

Die Exzellenz der Ergebnisse berücksichtigt:

- das Vorhandensein positiver Trends, bzw. kontinuierlich guter Leistungen
- Hinweise darauf, dass negative Trends erkannt wurden und angegangen werden
- Vergleiche mit den selbstgesetzten Zielen
- Vergleiche mit externen Organisationen
- ob die Ergebnisse durch das konkret gewählte Vorgehen (siehe Befähiger) verursacht werden

☞ Der Umfang der Ergebnisse

Der Umfang der Ergebnisse berücksichtigt insbesondere:

- das Ausmaß, in dem die Ergebnisse alle relevanten Bereiche der Organisation abdecken
- das Ausmaß, in dem ein weites Spektrum an Resultaten, die für ein bestimmtes Kriterium relevant sind, dokumentiert wird

Entscheidend für die Praxis des E.F.Q.M.-Modells ist das Verfahren der Selbst-Bewertung (Self-Assessment):

Grundannahmen für die Selbstbewertung

- „Bewerten“ ist keine exakte Wissenschaft
- Unterschiede in den Bewertungen sind insofern normal
- Die Wahrnehmungen von Menschen in Bezug auf „Exzellenz“ sind unterschiedlich
- Menschen verstehen und interpretieren die einzelnen Kriterien des Modells ganz verschieden

Der Sinn und entscheidende Nutzen jeder Selbstbewertung ist der Austausch über die unterschiedlichen Einschätzungen und die sich daran anschließenden Vereinbarungen für praktische Verbesserungsmaßnahmen (z.B. Leitbild, Festlegung von Standards in den einzelnen Bereichen).

Für die Selbstbewertung stehen in der Praxis verschiedene Materialien zur Verfügung: von Einsteigermodellen (einfache Fragebögen) bis hin zu differenzierten Einschätzungsskalen, die dann auch im Rahmen des jährlich durchgeführten Qualitätswettbewerbs der E.F.Q.M. um den europäischen Qualitätspreis eingesetzt werden.

Qualitätssicherungsprogramme aus Sicht der Rentenversicherung

Dr. Ulrike Beckmann

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
Ruhstraße 2, 10704 Berlin

1. Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

Ausgehend von den im Jahre 1992 ausgesprochenen Empfehlungen der „Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ wurde von der BfA das Programm zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation erarbeitet, das einen Maßnahmenkatalog mit folgenden Punkten enthält (Müller-Fahnow 1993):

1. Klinikkonzept
2. Patiententherapiepläne
3. Qualitäts-Screening
4. Patientenbefragungen
5. Qualitätszirkel

Die Programmpunkte 1 bis 4 befassen sich mit externer Qualitätssicherung als originärer Aufgabe eines Kostenträgers:

- Sicherstellung der Strukturqualität
- Beurteilung der Prozessqualität durch kompetente Fachkollegen
- Einbeziehung der Sicht des Rehabilitanden
- Ergebnisqualität

Die ersten drei Aspekte sind durch das Qualitätssicherungsprogramm hinreichend abgedeckt. Aspekte der Ergebnisqualität finden sich beim Peer-Review-Verfahren und bei der Patientenbefragung. Seitens der BfA ist beabsichtigt, das Programm jedoch durch zusätzliche Analysen zum Aspekt Ergebnisqualität zu ergänzen.

Ziel des Reha-Qualitätssicherungsprogramms ist eine generelle Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, vor allem mehr Ergebnisorientierung und Wirtschaftlichkeit. Es soll zudem sicherstellen, dass in allen Rehabilitationskliniken der Rentenversicherung ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird. Seit Januar 1994 wird es schrittweise in allen eigenen Rehabilitationskliniken der Rentenversicherung sowie in den federführend belegten Vertragsrehabilitationseinrichtungen umgesetzt (Schaub et al. 1994). Besonders günstige Voraussetzungen zeigten sich in Einrichtungen der Suchtrehabilitation, da in diesem Bereich bereits weit entwickelte Instrumente und Verfahren vorhanden waren (Müller-Fahnow et al. 1995).

Zur Zeit ist mit rund 950 Kliniken der größte Teil der von der Rentenversicherung belegten Einrichtungen am Programm beteiligt, gut ein Drittel wird von der BfA betreut (Abb. 1).

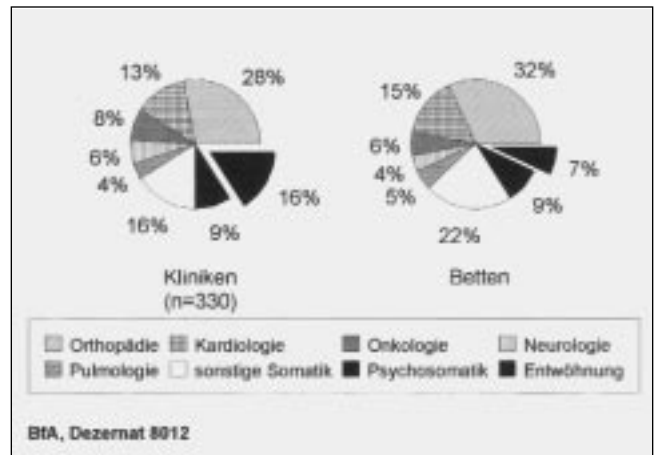


Abb. 1: Durch die BfA betreute Einrichtungen im Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

Mit der Einführung des Qualitätssicherungsprogramms ging eine dreijährige Forschungs- und Entwicklungsphase einher, die von externen wissenschaftlichen Fachinstituten begleitet wurde. Vorrangiges Ziel war die Entwicklung einheitlicher Erhebungsinstrumente. Durch den Aufbau eines klinikspezifischen Berichtswesens werden klinikvergleichende Untersuchungen möglich (Egner et al. 1998).

Auf Basis der Dokumentation der Strukturmerkmale aus dem Jahr 1996 wurde ein Konzept zur Bildung strukturgleicher Kliniken erarbeitet. Anhand definierter Kriterien werden damit Vergleichsgruppen von Kliniken gebildet. Zur Einteilung werden grundsätzlich nur qualitätsneutrale Dimensionen herangezogen (Koch et al. 1998). Im Jahr 1998 erfolgte die zweite rentenversicherungswerte Strukturhebung mit diesen Instrumenten. Die Kliniken wurden über die ihnen zugeordnete Vergleichsgruppe informiert. Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ergaben sich sechs Vergleichsgruppen (Abb. 2).



Abb. 2: Vergleichsgruppenbildung im Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung – Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen

1.1 Qualitäts-Screening – Vorbereitung des Routineverfahrens

Als einer der wichtigsten Punkte des Qualitätssicherungsprogramms wird heute das „Qualitäts-Screening“ angesehen. Zur Beurteilung des Rehabilitationsverlaufs und des Behandlungserfolgs wurde ein Verfahren zur Einzelfallbegutachtung durch erfahrene Fachkollegen (Peer-Review-Verfahren) entwickelt. Dazu werden regelmäßig Stichproben aus abgeschlossenen Maßnahmen zur Rehabilitation gezogen. Die Rehabilitationsleistungen werden anhand von Entlassungsberichten und Patiententherapieplänen mittels einer Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale bewertet. Im einzelnen bewertet der Peer sechs qualitätsrelevante Bereiche des Rehabilitationsprozesses und zwar:

- I. Anamnese
- II. Diagnostik
- III. Therapieziele und Therapie
- IV. Sozialmedizinische Stellungnahme
- V. Nachsorgekonzept
- VI. Verlauf und Epikrise

Dazu kommen noch Bewertungen der Reha-Dauer sowie eine „Zusammenfassende Bewertung“ der Qualität des Reha-Prozesses. Seitens der wissenschaftlichen Begleitung des Peer-Review wurde festgestellt, dass das Verfahren valide Ergebnisse liefert, die Qualitätsunterschiede in der rehabilitativen Versorgung zwischen Rehabilitationseinrichtungen aufzeigen können.

An einem freiwilligen Peer Review nahmen 50 Kliniken aus dem Indikationsbereich psychosomatische und Abhängigkeitserkrankungen teil analog dem Vorgehen für die somatischen Indikationen. Die Gutachter wurden im Januar 1999 in einer 2-tägigen Schulung mit dem Verfahren vertraut gemacht. Danach prüfte jeder Gutachter ca. 20 anonymisierte Entlassungsberichte seiner Indikation aus anderen Kliniken.

Die beteiligten Kliniken, Gutachter und die Rentenversicherungsträger werden über die Ergebnisse unter-

Ergebnisbericht für die einzelne Klinik im Vergleich zur Gruppe					
Fiktive zusammenfassende Bewertung der Bereiche					
	keine Mängel			grav. Mängel	
Klinik	Y	alle*	Y	alle*
Anamnese	18%	20%		16%	12%
Diagnostik	25%	30%		14%	9%
.....					
Reha-Prozeß	18%	27%		15%	10%

BfA, Dezernat 8012 * Kliniken des Indikationsbereichs

Abb. 3: Peer Review-Verfahren im Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

richtet. Der Bericht wird je beteiligter Klinik vergleichende Auswertungen zum gesamten Rehabilitationsprozess, den sechs Bereichen sowie allen Einzelfragen der Checkliste enthalten. Dabei erhält die Klinik Informationen über ihre eigenen Ergebnisse, die der besten Bewertung, der schlechtesten und dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden (Abb. 3). So ergibt sich ein Profil ihrer Stärken und Schwächen im Vergleich zu den anderen Einrichtungen derselben Indikation. Eventuell sichtbare Schwächen können frühzeitig korrigiert, vorhandene Stärken ausgebaut werden. Nach Abschluss dieser Pilotphase wird das Routineverfahren im Dezember 1999 mit weiteren Schulungen beginnen.

1.2 Patientenbefragung bei psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen

Seit Ende 1998 wird von der BfA und seit April 1999 von den LVA'n die neue einheitliche Patientenbefragung in den Indikationsbereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt. Die regelmäßige Patientenbefragung bezieht die Einschätzung des Rehabilitanden zu Zufriedenheit und Ergebnis der Rehabilitation in das Qualitätssicherungsprogramm ein. Die Patienten werden 8–10 Wochen nach Abschluss der Reha-Maßnahme zu folgenden Bereichen befragt: Allgemeine Angaben zur Rehabilitation, zum Klinikaufenthalt, zu ihren gesundheitlichen Beschwerden, zu ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag, zu den Lebensgewohnheiten, zu der Erwerbstätigkeit, zum Leistungsvermögen und zur Rente.

Die Kliniken erhalten wie beim Peer-Review nicht nur die Ergebnisse ihrer Klinik, sondern wiederum auch einen Vergleich zur Gruppe strukturgleicher Kliniken. Aus den Routinedaten der Rentenversicherungsträger werden Kovariablen zur Patientenstruktur in die Auswertungen einbezogen, die sicherstellen, dass nur solche Abweichungen in den Ergebnissen verschiedener Kliniken an die Kliniken gemeldet werden, die nicht durch eine unterschiedliche Patientenstruktur bedingt sind.

1.3 Qualitätszirkel

Die Verfahren zur externen Qualitätssicherung in den Programmpunkten 1 bis 4 werden durch einen Programmpunkt ergänzt, der als Ziel den Aufbau interner Qualitätssicherungsstrukturen in den Kliniken hat (Abb. 4). Für die Einrichtung von Qualitätszirkeln wird den Rehabilitationskliniken Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, das Anleitungen zu klinikinterner und klinikübergreifender Qualitätszirkelarbeit im Hinblick auf den Aufbau einer umfassenden, teamorientierten und ganzheitlichen Organisation sowie die Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen enthält.

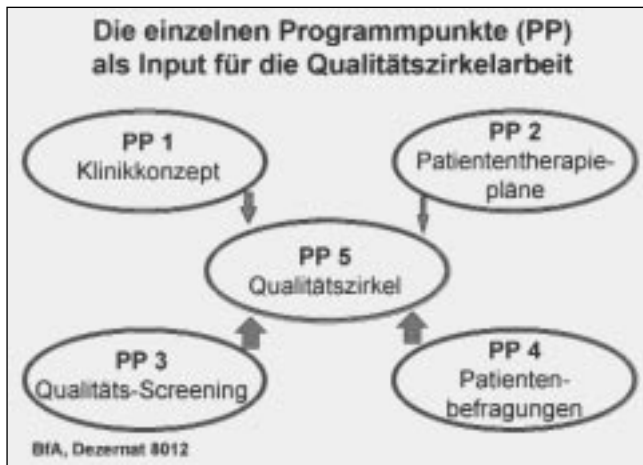


Abb. 4: Ergebnisse aus den einzelnen Punkten des Reha-Qualitätssicherungsprogramms zur Bearbeitung in klinikinternen Qualitätszirkeln

2. Internes Qualitätsmanagement in den Reha-Einrichtungen

Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung dient nicht nur der Unterstützung der externen Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung, sondern auch der Intensivierung des klinikinternen Qualitätsmanagements. Auf seiten der Rehabilitationseinrichtungen sind derzeit Weiterentwicklungen in Richtung Total Quality Management-Strukturen festzustellen. Die BfA begrüßt diese Entwicklung ausdrücklich. Nur durch eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung kann das Ansehen der Rehabilitation langfristig weiter gesteigert werden.

Der Aufbau eines umfassenden internen Qualitätsmanagements ist ein Prozess, den jede Klinik angepasst an ihre jeweiligen Strukturen gestalten muss. So könnten sich Unterschiede in der Vorgehensweise durch die Größe der Einrichtungen ergeben. Im Ergebnis können Schritte hin zur Selbstbewertung der Qualität (z.B. nach EFQM) oder einer Fremdbewertung im Sinne eines externen Zertifikats (z.B. nach ISO 9000ff) folgen. Als Ziel, das die Rehabilitationseinrichtung mit der Zertifizierung verfolgt, könnte zum einen der klinikinterne Gewinn aus einer Zertifizierung zu sehen sein. Die Mitarbeiter erhalten über das Zertifikat eine Bestätigung der Qualität ihrer Arbeit. Zum anderen könnten Aspekte des Marketing für die Klinik von Bedeutung sein.

Für die BfA ist weiterhin Grundlage für die Beurteilung der Qualität einer Rehaeinrichtung das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. Die Klinik kann eine Einschätzung ihres Stands in der Qualitätssicherung und vielleicht Anstöße zur weiteren Qualitätsentwicklung durch den externen Zertifizierer erhalten. Ein systematischer Vergleich mit anderen Einrichtungen ist auf diesem Wege allerdings nicht zu erhalten. Dies leistet nur ein klinikvergleichender Ansatz wie der des Programms der Rentenversicherung.

3. Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern

Seit langem wurde versucht, auch mit den Rehabilitationsträgern im Bereich der Krankenversicherung eine

einheitliche Vorgehensweise zu erreichen. Dazu wurden Gespräche mit den Vertretern der Krankenversicherung geführt. Die Barmer Ersatzkasse hat mit der BfA vereinbart, dass der für den federführend zuständigen Beleger erbrachte Qualitätsnachweis vom anderen Partner als ausreichend erachtet wird. Die Barmer Ersatzkasse setzt darüber hinaus weitgehend Instrumente der Rentenversicherung ein.

Insgesamt lassen sich auf Seiten der Krankenversicherung Qualitätssicherungsaktivitäten erkennen, die in ihrem Ziel und den eingesetzten Instrumenten differieren. Aus Gründen der Qualitätsentwicklung und -förderung ist es jedoch wünschenswert, wenn man sich in Deutschland auf ein gemeinsames Qualitätssicherungs- und -managementkonzept für die medizinische Rehabilitation verständigt.

Auf Initiative der BfA und des VDR haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung eine gemeinsame Erklärung über die Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation verabschiedet. Dabei geht es einerseits um die gemeinsame Entwicklung von Programmen zur Qualitätssicherung, aber auch um die Abstimmung, Harmonisierung und gemeinsame Weiterentwicklung bestehender und geplanter Maßnahmen. Andererseits sollen inhaltlich gleichartige und gleichwertige Qualitätssicherungsverfahren gegenseitig anerkannt werden. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen nach dem Hauptbelegerprinzip durchgeführt werden, um den Aufwand für die Kliniken zu begrenzen.

4. Zusammenfassung

Durch die Ermittlung und Kontrolle definierter Leistungs- und Qualitätsstandards in der medizinischen Rehabilitation ermöglicht das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung die systematische und auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Planung, Bewertung und Steuerung von Rehabilitationsleistungen, bietet eine umfassende Bewertung der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen und bildet eine Grundlage für eine Belegung durch die Rentenversicherung. Gleichzeitig kann eine Reha-Klinik im Zuge der Teilnahme am QS-Programm der Rentenversicherung dokumentieren, dass sie den Qualitätsstandards der Rentenversicherung genügt. Insofern stellt die Teilnahme also ein Zertifikat für die Klinikqualität dar.

Die BfA betrachtet das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung als die entscheidende Grundlage für die Qualitätsbestimmung und Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation. Parallele Aktivitäten im Bereich des internen Qualitätsmanagements der Rehabilitationseinrichtungen werden ausdrücklich begrüßt. Die Teilnahme an einem Zertifizierungsverfahren ist jedoch alleinige Entscheidung der Rehabilitationseinrichtung. Sie wird nicht als Voraussetzung für eine Belegung durch die BfA angesehen.

5. Literatur

U. Egner, H. Gerwin, W. Müller-Fahnow, F. Schliehe: Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen

Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation – Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven. Rehabilitation 37 Suppl.1, 2–7 (1998)

U. Koch, J. Tiefensee, S. Kawski, G. Arentewicz: Strategien zur Taxonomie von Rehabilitationskliniken auf der Basis von Strukturgleichheit. Rehabilitation 37 Suppl.1, 8–14 (1998)

W. Müller-Fahrnow: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 10, 4, 385–388 (1993)

W. Müller-Fahrnow, K. Spyra: Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. NEULAND, Geesthacht (1995)

E. Schaub, F. Schliehe: Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 2, 101–109 (1994)

Zehn Jahre Qualitätsentwicklung im Jellinekzentrum, Amsterdam

Prof. Dr. J. A. Walburg

Direktor des Jellinekzentrums und Professor für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Technischen Universität Eindhoven
Das Jellinekzentrum
Postoffice Box 3907, NL-1001 Amsterdam

Das Jellinek-Zentrum ist die größte niederländische Einrichtung zur Behandlung von Suchtpatienten mit 600 Mitarbeitern, 200 Betten, 1700 neuen Klienten pro Jahr und 40 Millionen Niederländischer Gulden Jahresumsatz. Seit 1988 findet hier ein ununterbrochener Prozess der Qualitätsentwicklung statt.

1. Der Weg zur Niederländischen Qualitätsauszeichnung

1.1 Erste Qualitätsprojekte

1988 unterstützte die Unternehmensberatung „Management Arbeit Neuen Stils“ (MANS) das Jellinekzentrum beim Formulieren einer ersten Zielvorgabe sowie bei der Planung zentraler und dezentraler Qualitätsprojekte. Zwei Jahre später erschien das Strategiepapier „Wir stehen für Qualität“ (Staan voor kwaliteit) und die ersten der geplanten Vorhaben wurden auf den Weg gebracht (siehe auch Tab.1). Für die dezentralen Projekte – das waren damals u.a. die Vernetzung der Abteilungen, der Bericht mit der Definition der „Kunden“ des Jellinekzentrums, das Verbessern der Entlassungsbriefe und das Projekt „Tagespraktikum“, bei dem Mitarbeiter bei anderen hospitieren – waren die Abteilungsleiter verantwortlich. Dafür wurden finanzielle Mittel bereitgestellt, die über die Lenkungsgruppe „Qualität“ verteilt wurden. Zusätzlich wurde zur Unterstützung des Vorhabens ein Qualitätskoordinator auf Teilzeitbasis eingestellt. Bei den zentralen Projekten ging es um die Information aller Mitarbeiter über die Qualitätspolitik, um regionale epidemiologische Erhebungen, um die Verbesserung der Dokumentations- und Monitorsysteme sowie um Untersuchungen zur Wirksamkeit von Behandlungen und zur Kundenzufriedenheit.

Alle Initiativen, die im Rahmen dieser ersten Qualitätspolitik realisiert wurden, waren letztlich wertvoll. Allerdings war es sehr schwierig, alle Projekte aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit zu koordinieren, sie in einen größeren Zusammenhang zu bringen und klare Prioritäten zu setzen. Das Verhältnis der einzelnen Projekte zur Unternehmensstrategie des Jellinekzentrums war unklar. Es gab viele und lange bürokratische Diskussionen über Definitionen und Kriterien und das Vorhaben drohte in eine Sackgasse zu geraten. Der entstandene Bedarf nach Koordinierung, Transparenz und neuem Schwung machte klar, dass etwas passieren musste. In dieser Phase machte die Geschäftsführung des Jellinekzentrums, bestehend aus dem

Direktor, den Leitern der ambulanten, der stationären und der sozialen Einrichtungen und der Personalabteilung sowie dem Controller, Bekanntschaft mit dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM).

Tab. 1 Der Zeitplan des Jellinekzentrums

- 1988 – Erste Qualitätskonferenz des Jellinekzentrums findet in Bergen aan Zee statt.
 - Geschäftsführung des Jellinekzentrums, auch das Managementteam genannt, formuliert die Zielvorgaben.
- 1989 – Erste Qualitätsprojekte werden auf den Weg gebracht, so das Projekt Tagespraktikum, das Postprojekt, das Jellinek-Journal und die Jellinek-News.
 - Das Jellinekzentrum stellt einen Qualitätskoordinator ein.
 - Beratung und Unterstützung durch das MANS.
- 1990 – Das Strategiepapier „Wir stehen für Qualität“ erscheint.
 - Vier große Qualitätsprojekte werden begonnen: Antenne, PER, das Profilpaket und die Zufriedenheitserhebungen.
 - Aufklärung aller Mitarbeiter des Jellinekzentrums über die Qualitätspolitik.
- 1991 – Die Lenkungsgruppe Qualität wird eingesetzt.
 - Qualitätsprojekte kleineren Ausmaßes werden durchgeführt.
 - Projektmittel werden zur Verfügung gestellt.
- 1992 – Die Lenkungsgruppe koordiniert die verschiedenen Projekte.
 - Der Studientag Qualität im Jellinekzentrum mit einem Vortrag von Prof. Casparie findet statt.
 - Die Herangehensweise Integrale Qualität wird verankert.
- 1993 – Das Managementteam fährt die erste Selbstbewertung nach den Kriterien der EFQM/INK durch.
 - Beteiligung an der landesweiten Erhebung über Kundenzufriedenheit in der Suchtkrankenhilfe.

- Die Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Jellinek-spezifischen EFQM-Konzepts tritt zusammen.
 - Die Mitglieder des Managementteams absolvieren die Ausbildung zum Auditor.
 - Erste Selbstbewertungen von Programmen und Teams nach den Maßstäben des EFQM.
 - Ein Qualitätsjahresbericht geht als Kapitel in den allgemeinen Jahresbericht ein.
- 1994
- Erneute Selbstbewertung des Managementteams gemäß EFQM.
 - Bewerbung um die Niederländische Qualitätsauszeichnung.
 - Drei Auditoren des INK kommen zum Betriebsbesuch und erstellen einen Auswertungsbericht.
 - Der Arbeitsplan Qualität 1994 bis 1996 wird verabschiedet.
 - Das ISO-Projekt zur Verbesserung des Prozessmanagements beginnt.
 - Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit wird gestartet.
 - Die Erstellung von und der Umgang mit Protokollen im Jellinekzentrum werden untersucht.
- 1995
- Die eigens dafür eingesetzte Kommission beginnt, die Qualitätspolitik zu formulieren.
 - Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement wird an die Linienfunktionen gebunden.
 - Die Manager aller Programme werden mit der Arbeitsweise „integrale Qualität“ gemäß EFQM vertraut gemacht.
 - Mit dem Frühjahrsstudientag beginnt die Untersuchung „Kundenzufriedenheit“ des Jellinekzentrums.
 - Selbstbewertung einzelner Programme nach EFQM.
 - Jellinekdirektor Walburg wird zum außerordentlichen Professor für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der TU Eindhoven ernannt.
- 1996
- Fortführung der Qualitätsprojekte.
 - Weitere Selbstbewertung des Managementteams nach EFQM.
 - Erhebung der Zufriedenheit der niederländischen Bevölkerung bzw. der Öffentlichkeit mit dem Jellinekzentrum durch Telepanel.
 - Der Anmeldebericht für die Niederländische Qualitätsauszeichnung 1996 und die Materialsammlung werden zusammengestellt.
 - Sechs INK-Auditoren besuchen das Jellinekzentrum und erstellen einen Auswertungsbericht.
 - Überreichung der Niederländischen Qualitätsauszeichnung im November 1996.

1.2 Der Umstieg auf das EFQM-Konzept

Auf der Frühjahrskonferenz des Jellinekzentrums 1991 präsentierte ein Vertreter des Niederländischen Qualitätsinstituts (Instituut Nederlandse Kwaliteit, abgekürzt INK) die Prinzipien des Total Quality Management und die Geschäftsführung des Jellinekzentrums erläuterte allen Führungskräften die Vorteile des EFQM-Konzepts. Die Absicht war, dem Qualitätsmanagement damit neue Impulse zu geben.

Das EFQM-Konzept ist transparent und übersichtlich. Jeder, der schon einmal eine Leitungsfunktion innehatte, erkennt auf Anhieb seine Möglichkeiten. Kernstück des EFQM-Konzepts ist das EFQM-Modell, das aus neun Kriterien besteht: Führung, Mitarbeiterorientierung, Politik und Strategie, Ressourcen, Prozesse, Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Gesellschaftliche Verantwortung und Ergebnisse. Abb. 1 zeigt die schematische Wiedergabe des EFQM-Modells.

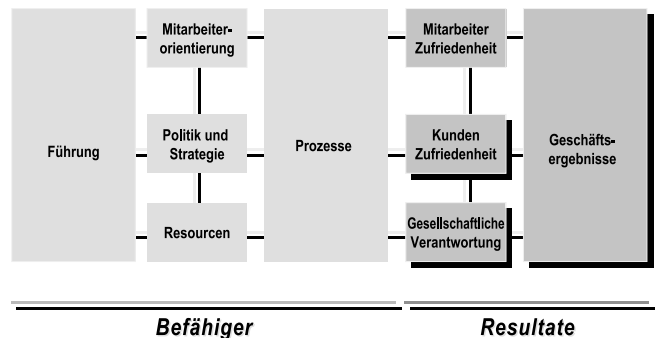


Abb. 1 Das EFQM-Modell

Die neun Kriterien bieten einen festen Rahmen und klare Bezugspunkte für das Qualitätsmanagement im besonderen und für das Management im allgemeinen. Das EFQM-Konzept zielt nicht in erster Linie auf die Einhaltung von Normen oder die Erreichung von Zielvorgaben, sondern vor allem auf den Aufbau eines konzeptionellen Rahmens. Für das Jellinekzentrum als Einrichtung des Gesundheitswesens waren außerdem die folgenden Gesichtspunkte wichtig: – ein breitgefächertes, integrativer Ansatz, – die Anwendung des Prinzips „Messen ist Wissen“, – die Kombination von Qualitätssystem und Leistung und – die Unterstützung durch das Niederländische Qualitätsinstitut.

Wahrscheinlich trug die Kombination all dieser Aspekte bei der ersten Selbstbewertung dazu bei, dass sich das Jellinekzentrum 1993 entschloss, den schwierigen, aber letztendlich erfolgreichen Weg der Bewerbung um die Niederländische Qualitätsauszeichnung einzuschlagen.

1.3 Die Bewerbung 1994

Eine kleine Kommission, unterstützt durch einen externen Berater, bekam nach der Frühjahrskonferenz 1993 den Auftrag, das EFQM-Konzept einzuführen und ein

auf das Jellinekzentrum abgestimmtes Handbuch zu entwickeln. Das Handbuch sollte in erster Linie benutzerfreundlich sein und außerdem zur Selbstbewertung ermutigen. Die Kommission entwickelte eine erste Version des Handbuches „EFQM-Diagnose“ und einen Fragebogen. Letzterer wurde von einer Reihe von Teams getestet und für gut befunden. Aussagen wie „An so einer Selbstbewertung muss das ganze Team beteiligt werden.“ oder „Das machen wir im nächsten Jahr wieder.“ wiesen darauf hin, dass es kaum Widerstand gegen die geplante Vorgehensweise gab. Manche Teams ergriffen sogar selbst die Initiative und führten eigenständig Selbstbewertungen durch.

Nach einigem Zögern war auch die Geschäftsführung, im Jellinekzentrum das Managementteam genannt, sehr daran interessiert, eine Selbstbewertung für das gesamte Jellinekzentrum durchzuführen, um diese dann für die Bewerbung um die Niederländische Qualitätsauszeichnung zu verwenden.

Jede Einrichtung, die nach dem EFQM-Konzept arbeitet und einen Selbstbewertungsbericht erstellt, kann sich um den Niederländischen Qualitätspreis oder um die Niederländische Qualitätsauszeichnung bewerben. Diese Einrichtungen werden dann von einem Auditorenteam, das vom Niederländischen Qualitätsinstitut ausgebildet und ausgewählt wurde, besucht und beurteilt. Die Bewerbung um Qualitätspreis oder -Auszeichnung bringt u. a. folgende Vorteile mit sich:

- eine präzise quantitative Bewertung durch ein sachkundiges, trainiertes Auditorenteam sowie einen Auswertungsbericht mit Verbesserungsvorschlägen,
- eine positive Öffentlichkeitswirkung, wenn man den Qualitätspreis oder die -Auszeichnung erhält
- sowohl interne als auch externe Anstöße, um die in der Bewerbung um die Auszeichnung angestrebten Verbesserungen auch tatsächlich zu erreichen.

Den Niederländischen Qualitätspreis und die Niederländische Qualitätsauszeichnung können Einrichtungen bekommen, die sowohl ein hohes Gesamtniveau als auch gleichmäßig hohe Werte in den neun Bewertungsdimensionen des EFQM-Konzepts erkennen lassen. Für die Qualitätsauszeichnung qualifizieren sich Einrichtungen, die mehr als 450 Punkte erreichen. Unternehmen, die mehr als 650 Punkte erreichen, kommen für den Niederländischen Qualitätspreis in Betracht.

Für die Selbstbewertung des Jellinekzentrums wurde das Handbuch „EFQM-Diagnose-MT“ (MT steht für Managementteam) entwickelt. Dabei handelte es sich um eine Modifikation des EFQM-Konzepts, zugeschnitten auf die jellinekspezifischen Anforderungen und Absichten des Managementteams. Der Anhang des Handbuches enthielt wichtige Statistiken, Übersichten und Berichte zur Qualität aus den letzten zwei Jahren. Die Mitglieder des Managementteams führten eine Selbstbewertung durch und einigten sich im Konsensusverfahren auf eine gemeinsame Ergebnisdarstellung. Die Ergebnisse wurden als Profilskizze und als Spinnennetz mit Stärken und Schwächen

visualisiert. Damit waren die Grundlagen für eine Bewerbung um die Niederländische Qualitätsauszeichnung 1994 geschaffen.

Zur Erstellung der Bewerbungsunterlagen wurde im Jellinekzentrum ein Redaktionskomitee gebildet, das die einzelnen Teile Kapitel für Kapitel zusammenstellte, mit Abbildungen und Dokumentationsmaterial versah und zu einem Bericht verarbeitete, dem die Selbstbewertungsergebnisse und die Geschäftsberichte beilagen. Das Ganze ging dann in fünffacher Ausfertigung an das Niederländische Qualitätsinstitut.

1.4 Das erste Qualitäts-Audit 1994

Drei Auditoren des Niederländischen Qualitätsinstituts befassten sich gründlich mit dem Bewerbungsbericht '94 und kamen zu einem zweitägigen Besuch ins Jellinekzentrum nach Amsterdam. U.a. sprachen sie mit 14 Mitarbeitern des Jellinekzentrums, um sich ein umfassendes Bild des Qualitätsmanagements zu verschaffen. Der Null-Audit-Auswertungsbericht war schließlich ein umfangreiches Dokument mit über hundert Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung sowie der Profilskizze und dem Spinnennetz zur Veranschaulichung der Qualität.

Aus der Profilskizze '94 war deutlich erkennbar, dass das Prozessmanagement sowie die Kunden- und die Mitarbeiterzufriedenheit im Jellinekzentrum zu wünschen übrig ließen. Daneben wurden ungefähr ein Dutzend Einzelaspekte von den Auditoren als unzulänglich bewertet, wie beispielsweise die Unterstützung seitens der Leitung oder die systematische Förderung der Fachkompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

1.5 Der Verbesserungsplan 1995–1996

Der Auditbericht ergab ein klares Bild von den Stärken und Schwächen des Jellinekzentrums. Zudem wurde aufgezeigt, dass die Qualitätspolitik nicht im Gleichgewicht war. Die Auditoren bestätigten, was das Managementteam in seiner Selbstbewertung bereits signalisiert hatte: Das Jellinekzentrum verfügte über wenige messbare Ergebnisse und hatte Schwächen im Prozessmanagement. Jetzt ging es also darum, einen Arbeitsplan zu erstellen und ihn in den kommenden 24 Monaten umzusetzen. Mit Unterstützung von verschiedenen Experten wurden die Empfehlungen des Auswertungsberichts Punkt für Punkt verwirklicht. Der Vorgehensvorschlag der Firma Rank Xerox, die das Jellinekzentrum regelmäßig in Qualitätsfragen berät, beinhaltete, dass für jeden Einzelaspekt der Profilskizze Aktionen geplant werden müssen. Rank Xerox hatte damit gute Erfahrungen gemacht. Für die Aktionen wurden Projektverantwortliche bestimmt. Die Aktionen wurden während der 24 Monate zweimal evaluiert.

Es ging in erster Linie darum, das Qualitätsmanagement im Jellinekzentrum auf eine breitere Basis zu stellen und den Mitarbeitern mehr Unterstützung anzubieten. Außerdem musste die Abstimmung der einzelnen Prozesse verbessert werden. Ein weiterer Schwerpunkt

lag auf den Ergebnissen. Um das zu erreichen, wurden fünf Initiativen auf den Weg gebracht:

⇨ **Das Inservice Training Qualitätsmanagement**

Alle Führungskräfte wurden mit den Prinzipien des EFQM-Konzepts vertraut gemacht. Alle Mitglieder der Geschäftsführung, des sogenannten Managementteams, ließen sich zum Auditor für Niederländische Qualität ausbilden.

⇨ **Das ISO-Projekt**

Das begonnene ISO-Projekt wurde konsequent weitergeführt. Alle Therapieprogramme des Jellinekzentrums stellten ihren jeweiligen Hauptprozess mit Flussdiagrammen dar. Damit verbunden war die genaue Beschreibung der Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Protokolle.

⇨ **Die Monitorprojekte**

Die größte Aufmerksamkeit wurde im Arbeitsplan auf die Messungen der Ergebnisse gelegt. So wurden die „Profilpakete“ entwickelt, ein flexibles Indikatoren-system für die Abteilungen und Programme des Jellinekzentrums, und für die Bewertung durch die Öffentlichkeit entstand das Projekt „Telepanel“.

⇨ **Die Mitarbeitererhebung**

Die Leitung der Personalabteilung des Jellinekzentrums führte in jedem Team eine Mitarbeiterbefragung durch. Dabei wurde die Arbeitszufriedenheit in 21 Aspekten gemessen und mit dem Ziel der Verbesserung an die Teams zurückgemeldet.

⇨ **Die Messung der Kundenzufriedenheit**

Der Kundenbegriff wurde für das Jellinekzentrum exakt definiert, um dann eine Monitoring-Methode mit Interviews und Fragebogen zu entwickeln. Das erste Ziel war, die Kundenzufriedenheit systematisch zu erheben und einen Feedback-Mechanismus zu installieren, um so die Hilfsangebote des Jellinekzentrums besser auf die Wünsche der Klienten abstimmen zu können.

1.6 Die Bewerbung 1996

Im Frühjahr 1996, 18 Monate nach dem ersten Auditorenbesuch, konnte man die ersten Früchte ernten. Die ersten Handbücher gemäß ISO 9002 waren erstellt, die Mitarbeiterbefragungen machten gute Fortschritte und mit der Kundenzufriedenheitsmessung konnte begonnen werden. Nach den Richtlinien des Niederländischen Qualitätsinstitutes steht bei einer Bewerbung um die Qualitätsauszeichnung ein Zeitraum von maximal 24 Monaten für Verbesserungen zur Verfügung. Folglich musste der zweite Besuch der Auditoren im Sommer 1996 stattfinden.

Zur Vorbereitung der zweiten Beurteilung durch das Niederländische Qualitätsinstitut führte das Manage-

mentteam im April '96 erneut eine Selbstbewertung durch. Dazu wurde wiederum das Handbuch „EFQM-Diagnose-MT“ benutzt, ergänzt um Statistiken, Dokumente und Zahlen. Das Spinnennetz des Managementteams ließ nun deutlich erkennen, dass die 1994 erkannten Schwachpunkte beseitigt worden waren.

Ein Projektteam arbeitete an den Unterlagen für die Bewerbung '96. Viele Mitarbeiter des Jellinekzentrums trugen Informationen und Material bei, doch war die eigentliche Strukturierung, Systematisierung und Ausarbeitung des Berichts das Werk eines kleinen Teams, das in kurzer Zeit eine hervorragende Bewerbung schrieb. In einer solchen Phase intensiver Arbeit passiert viel Unvorhergesehenes, so auch im Jellinekzentrum, dennoch gelang es, die Unterlagen termingerecht zum Niederländischen Qualitätsinstitut nach Den Bosch zu schicken.

1.7 Das zweite Qualitäts-Audit 1996

Zum ersten Auditbesuch waren 1994 noch drei Auditoren des Niederländischen Qualitätsinstituts ins Jellinekzentrum gekommen. Als sich zum zweiten Besuch 1996 sechs Auditoren ankündigten, waren die Mitarbeiter des Jellinekzentrums dann doch sehr überrascht. Warum so eine große Kommission? Was war falsch gemacht worden?

Zur Vorbereitung des Auditbesuchs veranstaltete man zwei Informationstreffen für die Führungskräfte des Jellinekzentrums. Dabei wurde der Bewerbungsbericht und mögliche Fragen der Auditoren diskutiert. Vor allem ging es aber darum, die Ergebnisse der vergangenen Bemühungen noch einmal zu vergegenwärtigen und Vertrauen in das Qualitätsmanagement zu demonstrieren. Zu diesem Zweck wurden die Veränderungen und Verbesserungen noch einmal für jeden deutlich im Zusammenhang dargestellt.

Das Auditorenteam des Niederländischen Qualitätsinstituts besuchte das Jellinekzentrum wiederum zwei Tage. Die sechs Auditoren wollten mit möglichst vielen verschiedenen Mitarbeitern sprechen, wobei keine Abteilung ausgelassen wurde. Die Prüfung durch die Auditoren war streng, ihre Fragen waren nicht immer leicht zu beantworten.

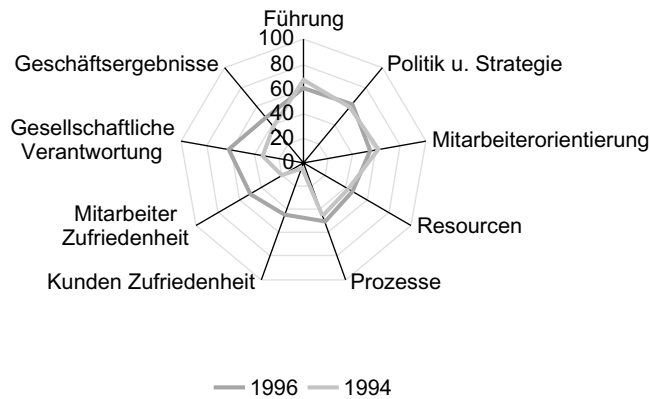
1.8 Auszeichnung '96

Es dauerte zwei Monate, bis die Jury des Niederländischen Qualitätsinstituts bekannt gab, dass dem Jellinekzentrum die Niederländische Qualitätsauszeichnung zuerkannt wurde: das Jellinekzentrum hatte mehr als 500 Punkte erreicht. Mit einem so positiven Ergebnis hatte niemand gerechnet. Die Geschäftsführung des Jellinekzentrums hatte zwar für den Tag der Bekanntmachung eine Sitzung geplant, man war sich jedoch nicht sicher, ob man sich gegenseitig trösten müssen oder ob man feiern durfte. Schließlich konnte man feiern.

Neben dem Jellinekzentrum erhielten 1996 nur zwei weitere Organisationen – die Nashuatec Benelux, Büro-

systeme und die Distrikt Polizeistellen Maas en Rotte, Rotterdam – die Niederländische Qualitätsauszeichnung. Der Niederländische Qualitätspreis wurde nicht verliehen.

Im Spinnennetz '96 der Auditoren kommt die Verbesserung der Qualität deutlich zum Ausdruck. Während der Graph von 1994 mit einer Reihe von Schwächen noch ein ziemlich unausgewogenes Bild abgab, ist 1996 eine gleichmäßigere Figur zu sehen.



1.9 Der nächste Schritt

Die Geschäftsführung betonte oft, dass mit der Auszeichnung nur ein erster Meilenstein auf dem Kurs zur Qualitätsorganisation erreicht wurde. Die Auszeichnung war sicher ein wichtiger Schritt, aber noch lange nicht das Endziel. Die Rahmenbedingungen und das gesellschaftliche Gefüge blieben und bleiben in Bewegung. Neue Sparmaßnahmen werden auf uns zukommen. Auch ist nicht zu erwarten, dass sich die Suchtprobleme der Bevölkerung in absehbarer Zeit entscheidend verringern werden. Auf all das muss sich das Jellinekzentrum einrichten. Der gewählte Weg hat sich bewährt, die Arbeitsweise ist in der Organisation verankert und die entwickelten Instrumente werden weiter eingesetzt. Es gibt jedoch noch immer viel zu tun, um eine echte Qualitätsorganisation zu werden.

2. Zur Umsetzung einer Qualitätspolitik in Gesundheitseinrichtungen

Bei der Einführung einer Qualitätspolitik ist die Reaktion der Mitarbeiter auf einen Veränderungsprozess zu berücksichtigen. So sehr es auch überzeugt, mit einer Qualitätspolitik zu beginnen, werden die Mitarbeiter dennoch einige Zeit brauchen, um konkrete Verhaltensänderungen zu verwirklichen. Diese Veränderung läuft über eine Reihe von Schritten, die mit der Frage beginnen, ob die bestehende Situation wirklich richtig ist, und die zu einer Verhaltensänderung führen. Bei jedem dieser Schritte ist der Informationsbedarf unterschiedlich.

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, eine Qualitätspolitik einzuführen, die sich in den Auswirkungen steigern von der projektmäßigen Einführung über Prozessbeherrschung hin zu Umfassendem Qualitätsmanagement und Business Process Re-Engineering.

Jede dieser Einführungsstrategien hat ihre Vor- und Nachteile und keine der Strategien schließt die andere aus. Eine Qualitätspolitik wird letztendlich Teil der regulären Betriebsführung der Organisation sein. Bevor dies soweit ist, sind oft Zwischenschritte erforderlich, um dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätspolitik auch wirklich umgesetzt wird. Relevant sind in diesem Zusammenhang die Grundsätze des Projektmanagements, der Qualitätslenkungsgruppe und des Qualitätsbeauftragten.

In beunruhigend vielen Organisationen, in denen eine Qualitätspolitik eingeführt wird, ebbt diese Initiative nach einiger Zeit wieder ab. Die Schätzungen schwanken, aber das allgemeine Bild ist, dass nicht mehr als die Hälfte der Organisationen eine Qualitätspolitik durchhalten kann. Die wichtigsten Hemmnisse sind Zeitmangel, Mangel an Vergleichsmöglichkeiten, das Durchdringen bis auf die Ebene der Ausführung und Wissensmangel. Mitarbeiter sind nicht leicht zu motivieren, Qualitätsverbesserung in Angriff zu nehmen. Es scheint manchmal so, als würden Manager die Motivation von Mitarbeitern mehr als Charakterzug und nicht als beeinflussbaren Aspekt betrachten.

Natürlich hängt der Erfolg oder der Mißerfolg einer Qualitätspolitik von der Motivation der Mitarbeiter ab. Aber diese Motivation lässt sich tatsächlich beeinflussen und hängt vor allem von der Art und Weise ab, in der die Qualitätspolitik den Mitarbeitern vorgestellt wird.

Allen behindernden Faktoren, die genannt werden, allen Gründen, aus denen eine Qualitätspolitik festgelaufen ist, kann vorgebeugt werden und man kann diese beeinflussen.

Eine Vorbedingung besteht dann allerdings darin, dass die Qualitätspolitik auf eine Art und Weise geführt wird, die selbst auch mit Qualitätsgrundsätzen übereinstimmt. Die Qualitätspolitik selbst muss einer schlüssigen Beurteilung auf Entwurfsqualität und Orientierung auf den Kunden (in diesem Fall auf den Mitarbeiter) unterworfen werden und bei der Umsetzung muss der Prozess angepasst werden, wenn Probleme auftauchen.

So kann vermieden werden, dass der Manager dadurch in die Falle geht, dass er selbst so sehr von seinem Produkt – der Qualitätspolitik – überzeugt ist, dass er einfach nicht begreift, weshalb nicht jeder in der Organisation unverzüglich das Qualitätskonzept übernimmt und selbst damit zur Tat schreitet.

Die Wirklichkeit ist leider anders. Die Einführung einer Qualitätspolitik bedeutet die Verwirklichung einer umfassenden Erneuerung in einer komplexen, professionellen Umgebung, der aussergewöhnlich viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet werden muss.

Die Gründe, die Unternehmen nennen, sind nicht der Spiegel einer schwierigen Umgebung und schwer zu motivierender Mitarbeiter, sondern eines Managements, das unterschätzt, wieviel Aufmerksamkeit uns Sorge für eine Qualitätspolitik erforderlich sind.

Der Manager geht so vor, wie er dies auch mit anderen Veränderungen in seiner Organisation getan hätte, beispielsweise bei der Erstellung eines Marketingplans, der Ausarbeitung einer strategischen Planung oder der Dezentralisierung der Organisation.

Bei einer umfassenden Qualitätspolitik liegt dies anders. Diese Politik verlangt die Beteiligung aller Mitarbeiter und beeinflusst alle Prozesse in der Organisation.

Die Qualität im Gesundheitswesen hängt für den Kunden in hohem Maße von der Qualität der Interaktion zwischen dem Kunden und dem behandelnden oder versorgenden Mitarbeiter ab. Die Folgen einer Qualitätspolitik müssen mithin bis zu dieser Ebene sichtbar sein. Dies zu erreichen, verlangt einen anderen und viel intensiveren Managementprozess als die Veränderung von Teilaspekten.

2.1 Optionen bei der Einführung

Welche Optionen gibt es eigentlich, wenn es um die Einführung einer Qualitätspolitik geht? Grundsätzlich gibt es folgende Möglichkeiten in der Reihenfolge einer zunehmenden Wirkung:

- projektmäßige Einführung
- Prozessbeherrschung über Richtlinien und Verfahrensanweisungen
- Prozessbeherrschung über eine Zertifizierung
- Einführung von Umfassendem Qualitätsmanagement
- Einführung über Business Process Re-Engineering.

Selbstverständlich ist jede Kombination möglich: ein Qualitätssystem kann beispielsweise über Projekte eingeführt werden.

Des Weiteren ist eine andere relevante Dimension zu erwähnen: zentrale Einführung gegenüber dezentraler Einführung.

2.1.1 Projektmäßige Einführung

Ein Qualitätsverbesserungsprojekt ist eine strukturierte, teamorientierte Tätigkeit, die verschiedene Mitarbeiter und Teile einer Organisation erfassen kann.

Der wesentliche Kern aller Projektmodelle besteht darin, systematisch Wissen mittels einer disziplinierten Datensammlung und eines bewussten Erprobens aufzubauen.

Der PDCA-Zyklus von Shewart ist dabei das Rückrat der meisten Projektmodelle. Dieser Zyklus geht, wie bereits erwähnt, von einem kreisförmigen Prozess aus, der mit dem Planen einer Veränderung beginnt (Plan), zur Ausführung schreitet (Doing it) und eine Prüfung der Ergebnisse anschließt (Check), um die Veränderung aufgrund dieser Ergebnisse zum Standardteil dieses Prozesses zu machen (Act). Von diesem PDCA-Zyklus wurden unzählige Variationen entwickelt. So geht das Juran-Institut für Qualitätsentwicklung von dem in der Tabelle 1 angegebenen Schema aus.

Tab. 1

Projektdefinition und -organisation	- Erstelle eine Übersicht der Prioritäten von Problemen; - Definiere das Projekt und das Team
Diagnose-Phase	- Analysiere die Symptome - Formuliere die Theorie von Ursachen - Teste die Theorien - Identifiziere grundlegende Ursachen
Heilende Phase	- Erwäge Alternativen - Entwirf Lösungen und Überprüfungen - Bekämpfe den Widerstand gegen die Veränderungen - Setze Lösungen und Prüfungen um
Festhalten des Gewinns	- Überprüfe die Ausführung - Führe ein Überprüfungs-system ein

Die Endergebnisse, die zu jeder dieser Phasen gehören, sind nacheinander: eine Projektdefinition, eine Zielsetzung und ein Maßnahmenplan, eine Lösung und eine Leistungsverbesserung. Das Projektteam berichtet dem Management der Einrichtung und wird aufgelöst, wenn die Zielsetzungen erreicht worden sind.

Aus organisatorischer Sicht können die Projekte auf die Mitglieder des Managementteams verteilt werden, oder eines davon kann die Projekte koordinieren, wobei die tatsächliche Projektleitung bei Projektmanagern liegt, die beispielsweise aus dem mittleren Management rekrutiert werden, und die für einen Teil ihrer Zeit für das Projektmanagement freigestellt werden. Die Mitglieder des Projektteams müssen die Grundsätze des Projektmanagements ausreichend beherrschen.

Vorteile der projektmäßigen Qualitätsarbeit sind:

- verlangt begrenzte Schulung
- kann innerhalb bestehender Organisationen verwirklicht werden
- kann unter beinahe allen Umständen ein Start für eine Qualitätspolitik sein
- ergibt sichtbare Ergebnisse
- kann motivierte Menschen zusammenbringen
- kann eine Vorbildfunktion haben
- hat begrenzte und übersichtliche Kosten

Nachteile sind:

- die Qualität der Organisation wird nur begrenzt verbessert
- wenn viele Projekte auf den Weg gebracht werden, entstehen Probleme des Zusammenhalts und der Koordination
- ein projektmäßiger Ansatz läuft sich vielfach nach einem Jahr fest

Der projektweise Start ist vor allem für Organisationen geeignet, die wegen interner und externer Hindernisse nicht in der Lage sind, eine weitergehende Qualitäts-

politik zu verfolgen. Ein projektmäßiger Ansatz kann in einen umfassenden Qualitätsansatz übergeleitet werden, wobei der Vorteil darin liegt, dass eine Reihe von Mitarbeitern bereits Erfahrung mit Projektmanagement gemacht hat.

Innerhalb des projektmäßigen Ansatzes sind zwei Vorgehensweisen zu unterscheiden: zentral und dezentral.

Der zentrale Projektansatz:

Auf zentraler Ebene wird eine Reihe von Qualitätsprojekten gestartet und begleitet, und zwar auf Gebieten, wo eine Qualitätsverbesserung notwendig und möglich ist. Der Anlass kann unterschiedlich sein: ein Vorfall, der Bedarf an einem Pilotprojekt, eine erste Bekanntschaft mit Qualität, der Wunsch mit projektmäßiger Arbeit Erfahrung zu sammeln, als Auftakt zur Einführung einer umfassenden Qualität, als Modellfunktion. Der Inhalt der Projekte kann ebenfalls je nach Anlass wechseln. Projekte der zentralen Servicebereiche (Küche, Personalwesen) können zunächst die Autorität der zentralen Geschäftsleitung stärken, woraus dann in einem weiteren Schritt die erfolgreiche Einführung des Qualitätsmanagements erwachsen kann. Projekte, die Kernprozesse positiv beeinflussen, können gute Vorbilder oder Pilotprojekte abgeben. Eine sorgfältige Projektevaluation und eine wirksame Information über den Projekterfolg ist wichtig.

Der dezentrale Projektansatz:

Die Organisation will eine Qualitätspolitik in Gang setzen, überlässt es jedoch dezentralen Teams, die Prioritäten festlegen und die Politik einführen. Das Maß der zentralen Steuerung kann variieren von der Schaffung der Vorbedingungen bis hin zur Verpflichtung, dass jede Einheit zumindest ein Verbesserungsprojekt beginnt.

Manchmal wird ein zentrales Thema bestimmt, dass alle Einheiten in Angriff nehmen, wie Wartelisten oder kundenfreundliche Behandlung. Oder das zentrale Management legt die Rahmenbedingungen für die Ausbildung, die Finanzen und die Kriterien fest.

2.1.2 Prozessbeherrschung über Richtlinien und Verfahrensanweisungen

Die Prozessbeherrschung über Richtlinien und Verfahrensanweisungen ist eigentlich eine besondere Ausgestaltung des Projektansatzes. Auch hier geht es um Verbesserungsteams, die dem PDCA-Zyklus entsprechend versuchen, einen bestehenden Prozess systematisch zu verbessern.

Zuerst ist es erforderlich, eine Auswahl zu treffen, um welche Prozesse es geht: Politik, Leitung, Management oder Durchführung. Bei letzterem geht es dann um den primären Prozess.

Die Ergebnisse werden in Richtlinien, Verfahrensanweisungen oder umfassenden Qualitätsverfahren festgelegt. Das Team, das dabei ans Werk geht, definiert den Prozess, stellt fest, welche Disziplinen wichtig

sind, orientiert sich an externen Richtlinien, sammelt Richtlinien, die anderweitig zu diesem Thema bestehen und bestimmt dann eine Arbeitsweise für diese spezifische Organisation oder Abteilung. Die Richtlinie wird festgelegt und bildet den Ausgangspunkt für die Art und Weise, in der eine bestimmte Diagnose oder Behandlung durchgeführt wird.

Obwohl im Vorgehen und in der Arbeitsweise mit dem Projektansatz übereinstimmend, ist die inhaltliche Zielsetzung grundverschieden. Es geht weniger um das Aufspüren von Problemen und deren systematische Lösung, als um die Systematisierung und Festlegung der Betriebsverfahren.

Gegenüber dem Projektansatz liegt der Vorteil dieser Arbeitsweise darin, dass sie sich direkt auf definierte Prozesse ausrichtet. Ein Nachteil kann sein, dass die Qualität einseitig zur Entwicklung kommt, das heißt, aus einer Disziplin heraus. Ein anderer Nachteil besteht darin, dass es ein bürokratischer Prozess werden kann, in dem zwar alles in Handbüchern festgelegt, aber nicht systematisch entsprechend der Erfahrungen, die man mit dem festgelegten Verfahren gesammelt hat, angepasst wird.

Der Unterschied zentral – dezentral folgt den gleichen Grundsätzen wie beim Projektansatz. Die Unternehmensleitung kann beschließen, welche Verfahren festzulegen sind, oder die dezentralen Einheiten bitten, nach einer bestimmten Systematik ihre eigenen Primärprozesse mit Standardverfahren einzuführen. Soll von einem echten Prozessbeherrschungssystem die Rede sein, dann muss es in der Einrichtung eine eindeutige und gemeinsame Auffassung über die gewünschten Steuerungsmaßnahmen und deren Zielsetzung geben. In diesem Fall muss festgestellt werden, welche Tätigkeiten als kritisch eingestuft werden. In den Verfahrens- und Arbeitsanweisungen müssen die vorgeschriebenen Anforderungen und Methoden beachtet werden, die für die verschiedenen Aspekte der Betriebsführung aufgestellt worden sind und die gewählten Prozesse müssen sich abgrenzen.

2.1.3 Prozessbeherrschung über eine Zertifizierung

Eine Zertifizierung ist eine Anerkennung durch eine beurlaubende Einrichtung, dass eine Organisation die Kriterien erfüllt, die von dieser Einrichtung geprüft werden.

Manchmal ist es für eine Einrichtung aus interner und externer Sicht von Interesse, einen neutralen Außenstehenden feststellen zu lassen, ob die Einrichtung eine Reihe von festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt. In den Vereinigten Staaten muss eine Gesundheitseinrichtung von der „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ beurkundet werden. Sobald eine Einrichtung den Qualitätsanforderungen nicht mehr entspricht, verfällt die Akkreditierung und somit auch die Möglichkeit, die Leistungserbringung durch Medicare oder Medicaid finanzieren zu lassen. In Europa besteht eine solche Verpflichtung nicht, und eine Zertifizierung ist – noch – freiwillig.

Eine Reihe von Gesundheitseinrichtungen richtet sich an der ISO-Norm aus und zur Zeit gibt es einige, für die Branche spezifische Zertifizierungen, die eingesetzt werden oder in der Entwicklung sind, wie im PACE-Projekt.

Die Gründe, eine Zertifizierung anzustreben, können sein:

Externe Gründe:

- Vertrauen beim Kunden, Überweiser und Kostenträger wecken
- Konkurrenz
- erwartete Qualitätsanforderungen im voraus erfüllen

Interne Gründe:

- Standardisierungsmethode zur Prozessbeherrschung
- Vorbeugung gegen lange interne Diskussionen
- Teil von oder Auftakt zur umfassenden Qualität

Der Gegenstand der Zertifizierung kann von einigen Prozessen oder umschriebenen Abteilungen bis hin zu allen Betriebsprozessen oder der gesamten Organisation variieren.

Vorteile der Zertifizierung sind:

- sie zeigt die gegenseitige Abhängigkeit der jeweiligen Betriebsprozesse auf
- die extern aufgestellten Kriterien und das externe Audit des Qualitätssystems bilden eine objektive Basis
- es entsteht Know-how in der Organisation in Bezug auf Verfahren nach einem eingerichteten System
- es ist nicht schwierig, externe Hilfe zu finden, da viele Berater mit einer Zertifizierung Erfahrung haben
- in der Organisation ist deutlich, wenn die Systemanforderungen erfüllt sind
- die Schaffung eines Überblicks der Betriebsprozesse, eine Schwachstelle der Gesundheitspflege, bildet eine gute Grundlage für eine weitergehende Qualitätspolitik
- sie garantiert eine Gewährleistung qualitätsverbessernder und qualitätsbeherrschender Tätigkeiten

Nachteile sind:

- es gibt noch keine spezifische Zertifizierung für das Gesundheitswesen
- die Zertifizierung hat ihre Tradition in den Produktionsbetrieben und beinhaltet noch Merkmale, die bürokratische Auswirkungen haben können
- das Streben nach einem Zertifikat kann von einer umfassenden Qualitätspolitik ablenken.
- die Zertifizierung kostet Zeit und Geld
- die Aufmerksamkeit für Qualität kann nach Erreichen des Zertifikats erschaffen

Das typische Vorgehen einer Organisation ist, sorgfältig externe Berater mit ausreichend nachweisbarer Erfahrung im Gesundheitssektor, ebenso aber auch die Zertifizierungseinrichtung auszuwählen.

Ein internes Projektteam kommt unter der Leitung eines Projektkoordinators zustande, der für die Zertifizierungsvorbereitung nicht notwendigerweise freigestellt werden muss. Dieses Projektteam wird geschult und unterstützt, dann jede Einheit oder die Verantwortlichen bei der systematischen Verfahrensfestlegung und dem Einsatz der Qualitätsmanagement-Methoden.

Die Entscheidung, eine Zertifizierung vornehmen zu lassen, ist mithin vor allen Dingen, zusammengefasst, strategischer Art: sie schafft Vertrauen bei den Kunden, Überweisern und Kostenträgern, festigt die Wettbewerbsposition oder hat soviel externe Autorität, dass man intern damit ans Werk gehen will.

2.1.4 Umfassende Qualität

Umfassende Qualität ist ein strukturierter organisatorischer Prozess, um das gesamte Personal an der Planung und Ausführung eines ständigen Stroms von Verbesserungen zu beteiligen, um eine Leistungserbringung zu bieten, die mit den Erwartungen des Kunden übereinstimmt, oder diese übertrifft.

Aus der Definition geht hervor, wie vielumfassend und anspruchsvoll umfassende Qualität ist. Sie verlangt die Beteiligung aller Mitarbeiter, es geht um alle Betriebsprozesse und einmal gestartet, hört sie nicht mehr auf. Der Strom der Verbesserung fließt ständig weiter.

Projekte und die Zertifizierung haben einen Endpunkt. Dieser ist bei umfassender Qualität nicht vorhanden. Es verlangt also viel von einer Organisation, um mit umfassender Qualität zu beginnen. Das Endziel, eine Organisation, in der ständig von Verbesserung die Rede ist, wird jeden Mitarbeiter ansprechen. Aber wie lautet der erste Schritt? Wie fängt man an? Für eine Gesundheitsorganisation ist es beinahe unumgänglich, früher oder später eine umfassende Qualitätspolitik einzuführen. Inmitten der Vielfalt interner Qualitätsanforderungen rund um die Berufsgruppen und der externen Qualitätsanforderungen seitens der Kostenträger, der Behörden, der Gesetzgebung und der Konsumentenbewegung ist es fast nicht mehr möglich, eine Politik auf der Basis der soundsovielten neuen Qualitätsanforderung zu führen. Das zwingt die Einrichtung beinahe zu einer vorauseilenden Politik, in der die externen Anforderungen dann selbstverständlich ihren Platz erhalten. Darüber hinaus gibt es gesellschaftlich immer mehr Kräfte, die die Gesundheitseinrichtungen in eine Wettbewerbssituation treiben, auch dies macht einen ständigen Verbesserungsprozess erforderlich.

Aufgrund dessen kann erwartet werden, dass die meisten Organisationen nach einer projektartigen, eher beiläufigen Verbesserungsphase sich doch in Richtung einer umfassenden Qualitätspolitik entwickeln werden. Ein Weg, um ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen ist daher, schrittweise geeignete Quali-

tätsprojekte beispielsweise über eine Zertifizierung zu entwickeln und diese in ein umfassendes Qualitätsmanagement zu überführen.

Eine andere Art und Weise besteht darin, Qualitätsverbesserung mit umfassender Qualität zu starten. Extern gibt es wenig Druck auf die Organisation, um eben dort zu beginnen. Die Gründe werden mithin also vor allem interner Art sein: anspruchsvolles Management, das Prozessverbesserung will, Notwendigkeit zum kulturellen Wandel.

Es kann aber auch andere Gründe geben, beispielsweise die Schaffung eines neuen Elans nach einer Krise, der Notwendigkeit von Sparmaßnahmen wird über eine Qualitätspolitik entsprochen, nach einer Fusion ist eine neue Organisationskultur erforderlich.

Es sind also keine absoluten internen oder externen Kriterien anzugeben, weshalb eine Organisation gut daran tut, mit einer umfassenden Qualitätspolitik zu beginnen.

Manchmal ist es ein guter Zeitpunkt zu beginnen, wenn die Organisation nach Reorganisationen oder Fusionen einigermaßen zur Ruhe gekommen ist, und manchmal ist es der eben richtige Moment, wenn eine interne oder externe Krise auftritt, wobei nach Mitteln und Wegen gesucht wird, es anders zu machen. Die Witterungsumstände, unter denen die Reise beginnt, spielen keine so große Rolle, allerdings muss das Fahrzeug eine Reihe von Anforderungen erfüllen. So kommen wir zur Auflistung einiger organisatorischer Umstände, die eine umfassende Qualitätspolitik mehr oder weniger chancenreich machen.

Gute Umstände, um mit einer umfassenden Qualitätspolitik zu beginnen, sind:

- dezentrale Organisationsform
- Organisation in funktionellen Einheiten fachübergreifender Teams
- gut entwickelte Informations-Infrastruktur
- ein gutes, Autorität besitzendes Management
- Beteiligung des professionellen Kerns am Management
- Verfügbarkeit von Zeit, Mitteln und Arbeitskräften

Ungünstige Umstände sind:

- Mangel an Zeit, Mitteln und Arbeitskräften
- hierarchische Organisation
- starke Autonomie der Fachberufe oder Abteilungen
- geringe Managementqualitäten

2.1.5 Business Process Re-Engineering

Business Process Re-Engineering oder Re-Design (BPR) ist die Art und Weise, in der die Organisation radikale Veränderungen in der Arbeitsweise auf der Ebene der Kosten, der Durchlaufzeiten, der Dienstleistungserbringung und der Qualität verwirklicht.

Manchmal findet sich eine dermaßen große Diskrepanz zwischen der gegebenen und der angestrebten Wirklichkeit, dass es nicht ratsam ist, die gegenwärtige zu verbessern.

In einem solchen Fall kann erwogen werden, die Organisation mit Blick auf ein Idealbild neu zu entwerfen: Wenn es unsere Einrichtung nicht gäbe, wie würden wir sie dann einrichten?

Wenn die Prozesse dann wieder neu entworfen und eingeführt worden sind, kann der Prozess der ständigen Verbesserung einsetzen.

Bei der Anwendung von BPR werden die Leistungsprozesse grundlegend neu durchdacht und entworfen, um große Verbesserungen in folgenden Bereichen zu erreichen:

- Wartezeiten
- Der Einsatz von Mitteln
- Die Zufriedenheit des Kunden, Überweisers und Hausarztes
- Klinische Ergebnisse
- Ausbildung
- Forschung

Es geht also nicht um eine allmähliche, sondern um eine starke Verbesserung, die sich fast immer auf die gesamte Organisation bezieht, und ihren Fokus beim Kernprozess in Bezug auf den Kunden hat. Unvermeidlich hat das Re-Engineering auch mit dem Managementprozess und den klinischen Servicebereichen zu tun.

Ein gutes Beispiel ist die Leicester Royal Infirmary, ein großes Krankenhaus in England.

Als Arbeitsweise begann man dort mit der Zusammenstellung von „Re-Engineering Laboratory“-Teams, in denen pro neu zu engineerendem Prozess die am meisten beteiligten Krankenschwestern, Funktionspersonal, Ärzte, Behandler, das Verwaltungspersonal und die Manager vertreten waren.

Sie analysierten den betreffenden Prozess, formulierten dazu aus ihrer Sicht geeignete Verfahren, erstellten einen Prototyp (einen Konzeptentwurf), erprobten diesen in einem Pilotprojekt und setzten den endgültigen Entwurf um.

Auf diese Weise wurden 100 Prozesse neu festgelegt, was zu radikalen, messbaren Verbesserungen führte.

Als Vorteile dieser Arbeitsweise sehen wir:

- der Fokus liegt auf Prozessen, die für die Kunden von Bedeutung sind
- den fachübergreifenden „holistischen“ Charakter
- eine organisationsweite Verbesserung
- die auf ständige Verbesserung ausgerichtete Kettenreaktion

Die Bedingungen, unter denen ein solcher Prozess eingesetzt werden kann, sind zuerst ein völlig engagiertes

Management und Ärzte, die eine große Autorität haben und engagiert sind. Der Prozess stellt auch Anforderungen an die interne Kommunikation und verlangt eine große Investition in Arbeitskräfte, Geld und Mittel. Vor allen Dingen, da während des Umbaus die normalen Arbeitsabläufe fortgesetzt werden müssen.

In der Tabelle 2 werden die verschiedenen Umsetzungsstrategien noch einmal zusammengefasst.

Tab. 2

	Wann	Umstände	Maß der Auswirkungen	Kosten in Zeit, Geld und Arbeitskräften	Vorweggenommene Auswirkungen
projektmäßig	Bei Notwendigkeit zu beiläufiger Qualitätsverbesserung Als Vorphase zu UQM	Jederzeit zentral und/oder dezentral möglich Beschränkte Sachkundigkeit auf Ebene des Projektmanagements	Begrenzt, einige verstreute Teile	Niedrig, beschränkt abhängig vom Projekt	Kurzfristig: Begrenzte Auswirkung
Prozessmäßiges Verfahren	Erfahrungen mit Prozessmanagement gemacht. Als Vorphase der Zertifizierung oder UQM	Jederzeit zentral und/oder dezentral beschränkte Sachkundigkeit auf Ebene des Projekt- und Programmmanagements	Begrenzt, einige Prozesse	Niedrig, abhängig vom Prozess	Kurzfristig: Begrenzte Auswirkung
Prozessmäßige Zertifizierung	Notwendig zur Gewährleistung aus strategischen Erwägungen	Angesteuert durch Management. Extern unterstützt. Breite Sachkundigkeit	Eingreifend, alle Betriebsprozesse	Mittelmäßig	In 2 bis 3 Jahren: deutliche Auswirkungen
Umfassendes Qualitätsmanagement	Wünschenswert, um alle Prozesse fortdauernd zu verbessern	Commitment Management. Intensive Ausbildung Management und andere Mitarbeiter	Sehr eingreifend, Teil der Organisation und auch ausserhalb	Hoch	Kurzfristig: Begrenzte Auswirkung Langfristig: Sehr starke Auswirkung
Business Process Re-Engineering	Große Veränderung wünschenswert	Total commitment management	Gesamte Organisation, jeder Teil der Organisation und auch ausserhalb	Sehr hoch	Kurz- und langfristig: sehr starke Auswirkungen

– ISO 9001:2000 –

Konsequenzen für den medizinischen und sozialen Bereich

Ching Chung Wong

LGA InterCert GmbH
Tillystraße 2, 90431 Nürnberg

1. Die ISO 9001 in medizinischen Einrichtungen

Bereits im Jahr 1996 wurden in Deutschland die erste Reha-Klinik und im gleichen Jahr auch eine erste Klinikapotheke durch die LGA InterCert GmbH nach der ISO 9001 zertifiziert. Gleichzeitig waren wir die erste deutsche Zertifizierungsgesellschaft, die sich mit diesem Thema auseinandersetzte. In der Folge waren jedoch nicht nur positive Reaktionen für uns und auch für die medizinischen Einrichtungen, die den Schritt in die Zertifizierung gewagt hatten, zu verzeichnen. Neben den globalen Vorwürfen, dass die ISO 9001 nicht für die Verwendung im medizinischen und sozialen Bereich geeignet sei, wurde von den medizinischen Dachgesellschaften kritisiert, dass der Einsatz der ISO 9001 z.B. keine Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zuließe. Dies entspricht in etwa den Bedenken, die im sozialen Bereich im Bezug auf beispielsweise die Beziehungsqualität von Betreuungen vorliegen. Ein Mißverständnis!!

Die ISO 9001 hat sich in den letzten Jahren weltweit zu einem Leitdokument für Qualitätsmanagementsysteme entwickelt und definiert grundlegende Anforderungen an ein zeitgemäßes Qualitätsmanagementsystem, wie sie von Unternehmen in jeder Branche zu fordern sind. Gleichzeitig lässt die ISO 9001 ihrem Anwender ganz bewusst viele Freiheiten, um z.B. die Besonderheiten, wie sie im medizinischen und sozialen Bereich vorliegen und im Speziellen bei den einzelnen Unternehmen, individuell regeln zu können. Keine medizinische oder soziale Einrichtung ist wie die andere und daher braucht es Freiheitsgrade, dieser Vielfalt zu entsprechen!

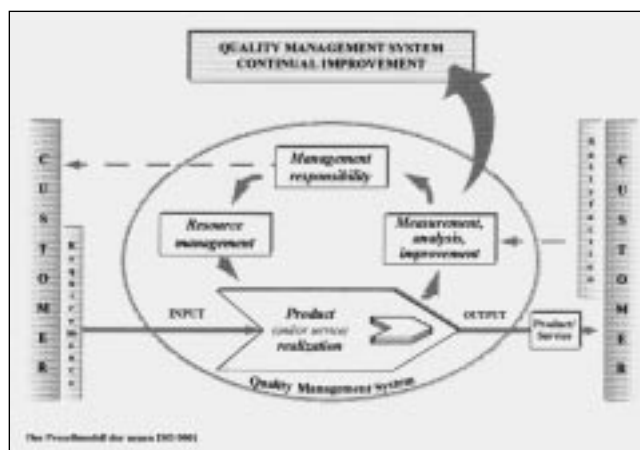
Heute ist die Kritik weitestgehend verstummt, da die ISO 9001 bewiesen hat, dass sie auch für den Medizinsektor sehr gut geeignet ist.

Wie alle Standards der ISO (International Organisation for Standardisation) wird auch die ISO 9001 in regelmäßigen Abständen revidiert und auf den aktuellen Stand gebracht. Im Mai 1999 ist der aktuelle deutsche Entwurf der neuen ISO 9001 veröffentlicht worden. Die endgültige Veröffentlichung wird für das Ende des Jahres 2000 erwartet.

2. Was bringt die neue ISO 9001?

Insgesamt ist zu sagen, dass in der neuen Version verschiedene Aspekte eines QM-Systems expliziter for-

muliert wurden, die in der bisher gültigen Fassung der ISO 9001 aus dem Jahre 1994 nur implizit enthalten waren. Der Standard wurde wesentlich benutzerfreundlicher gestaltet, insbesondere wurde die bisherige Gliederung in 20 Einzelmodule aufgehoben und durch ein mehr prozessorientiertes Anforderungssystem ersetzt. Dies wird auch den medizinischen Einrichtungen und den angeschlossenen Dienstleistungsunternehmen generell entgegenkommen.



Bemerkenswert ist auch, dass mit der geplanten Inkraftsetzung der neuen ISO 9001 im Jahr 2000 die bisherigen Standards ISO 9002 und ISO 9003 außer Kraft gesetzt werden. Es wird danach folglich nur noch Zertifizierungen nach der ISO 9001 geben.

Der neue Entwurf gliedert sich im wesentlichen in vier Module mit den folgenden, grundlegenden Anforderungen:

1. Verantwortung der Leitung

Neben den bisherigen Anforderungen zu diesem Punkt wird nun explizit verlangt, dass ein System zur Ermittlung von Kundenforderungen und Kundenerwartungen (z.B. von Patienten, Angehörigen, Kooperationspartnern) eingeführt werden muss. Außerdem müssen für alle relevanten Funktionen und Ebenen der Einrichtung angemessene Qualitätsziele festgelegt werden. Die Planung und Umsetzung dieser Qualitätsziele ist systematisch zu betreiben und zu aktualisieren. Ihre Einhaltung ist von der Geschäftsleitung zu überwachen.

2. Management der Mittel

Hierunter fallen das Personalmanagementsystem, die Steuerung des Informationsflusses im Unternehmen, die Infrastruktur und die Räumlichkeiten. Für die genannten Themenkreise müssen interne Standards in der Einrichtung festgelegt werden, die im Einzelfall natürlich im Einklang mit bestehenden gesetzlichen Vorgaben sein müssen.

3. Durchführung ärztlicher Dienstleistungen (Produktrealisierung)

In diesem Modul sind einerseits die kundenbezogenen Prozesse (Ermittlung und Prüfung von Kundenforderungen), Einführung neuer ärztlicher Dienstleistungen (Design und Entwicklung), Beschaffung und Unterauftragsvergabe wie z.B. externe Laboruntersuchungen, Serviceleistungen sowie alle Prozesse der Erbringung der Dienstleistungen subsummiert. Enthalten sind außerdem die Verfahren zur Überwachung der eingesetzten Prüfmittel (z.B. Checklisten) sowie die qualitätsrelevanten Prozesse der Verwaltung einer Einrichtung.

4. Messung, Analyse und Verbesserung

Die wesentlichsten Anforderungen dieses Moduls sind vor allem die Einführung zweckmäßiger und auf die Bedürfnisse der Einrichtungen zugeschnittener Verfahren und kontinuierlicher Verbesserungsprozesse. Die Einrichtung wird dazu aufgefordert ein Qualitätscontrolling-System einzurichten, welches dazu geeignet ist, die Messung, Steuerung und Überwachung von Prozess- und Dienstleistungsmerkmalen zu ermöglichen. Es wird außerdem gefordert, dass das Unternehmen Verfahren zur Messung und Auswertung der Kundenzufriedenheit einführt.

Für kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen (Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen, interne Audits, ständige Verbesserung des QM-Systems) sind interne Standards einzuführen, die auf die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung zugeschnitten sind.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die neue Version der ISO 9001 explizit mehr Wert auf die quantitative Erfassung von Sachverhalten legt, die zur wirksamen Aufrechterhaltung eines QM-Systems im Unternehmen wichtig sind. Gemeint sind damit nicht nur die Strukturqualität des QM-Systems sondern vielmehr auch die Ergebnisqualität der Leistungen einer Einrichtung.

Qualitätsmanagement beruht im wesentlichen darauf, an maßgeblichen Stellen im System Soll-Ist-Vergleiche durchzuführen. Es ist daher logisch zwingend, dass der Anwender des Standards entsprechende Kennzahlen (z.B. für die verschiedenen Prozesse der Einrichtung) einführt, die sich statistisch auswerten lassen, um solche Vergleiche zu ermöglichen. Das ist eigentlich nicht neu, die neue Version der ISO 9001 stellt diesen Aspekt nur explizit heraus (Management by Fact).

Es muß betont werden, dass aus der Erfahrung der LGA InterCert gerade in der Quantifizierung von Sachverhalten wie der Ergebnisqualität z.B. operativer Eingriffe und therapeutischer Maßnahmen, Ergebnissen von Ringversuchen oder auch der Einbeziehung interner Statistiken und der Vorgabe von Zielgrößen in medizinischen Einrichtungen häufig ein erheblicher Nachholbedarf besteht. Außerdem sind es gerade die genannten Aspekte, die das Qualitätsmanagementsystem für die Leitung der medizinischen Einrichtung als Controlling-System besonders nützlich machen können und zu einem wirkungsvollen Führungsinstrument werden lassen. Einige Kliniken gehen schon dazu über, ihre Ergebnisdaten auch in der Öffentlichkeit zu präsentieren, was zu einer Verbesserung der Akzeptanz bei den Kunden führt.

Die Inkraftsetzung der neuen ISO 9001 wird zum Ende des Jahres 2000 erwartet. Auch danach wird es noch eine kurze Übergangsfrist für die medizinischen und sozialen Einrichtungen geben, sich auf die zusätzlichen Anforderungen einzustellen. Es dürfte aber empfehlenswert sein, bereits heute die entsprechenden Schritte einzuleiten. Insbesondere auch deswegen, weil sie wirklich den praktischen Wert des QM-Systems für den medizinischen und sozialen Bereich erhöhen.



(Beispiele für Anforderungen im medizinischen Bereich)

Vergleichsweise immer besser. Qualitätsmanagement und Benchmarking in niedersächsischen Suchtberatungsstellen

Heinz Lutter

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS)
Podbielskistraße 162, 30177 Hannover

1. Wer ist die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren?

Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) ist Anwalt für Menschen mit Suchtproblemen. Ihre Mitglieder sind die Verbände der freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen und Verbände der Selbsthilfe. Diese sorgen durch spezifische Einrichtungen oder Tätigkeiten dafür, dass Menschen mit Suchtproblemen frühzeitig persönlich angemessene und wirksame Hilfen erhalten.

Die Geschäftsstelle der Landesstelle wird durch Landesmittel finanziert. Dies macht es möglich, eine effektive Suchtkrankenhilfe zu organisieren und auf Landesebene die Weiterentwicklung der Hilfen im Dialog mit allen Sozialpartnern zu fördern. Hauptsächlich geschieht dies durch die organisatorische Beratung von Einrichtungen und ihre Vernetzung, durch die Entwicklung wirksamer Hilfskonzepte und deren Evaluation sowie durch Fachtagungen und Publikationen. Ein über die Landesgrenzen hinaus beachteter Beitrag ist die Einführung von Qualitätsmanagement/Benchmarking in Suchtberatungsstellen.

2. Ausgangslage und Motivation der Suchtberatungsstellen für Qualitätsentwicklung

Suchtberatungsstellen gibt es in allen Kommunen und Landkreisen in Niedersachsen, wenn auch nicht überall gleichmäßig häufig. Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, sind die Suchtberatungsstellen im Flächenland Niedersachsen dezentral angelegt. Einige der „Hauptstellen“ unterhalten an anderen Orten „Nebstellen“, die für mehr oder weniger lange Zeit besetzt sind.

Zusammen mit den stationären Therapieeinrichtungen sind die 126 Suchtberatungsstellen eine wichtige Säule im System der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen. Ihre Träger sind Kirchengemeinden oder gemeinnützige Vereine, die bis auf zwei Ausnahmen einem Wohlfahrtsverband angehören und unter dem Dach der NLS vereint sind. Derzeit gibt es über 80 verschiedene Träger.

Die meisten Suchtberatungsstellen sind Kleinstbetriebe, die von ehrenamtlichen Vorständen geführt werden. Sie verfügen lediglich über drei bis fünf Fachpersonal-

stellen, zumeist Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Psychologen und Ärzte sind deutlich seltener vertreten und in vielen Fällen nur stundenweise beschäftigt. Die Leitungskräfte der Suchtberatungsstellen sind in der Regel aus den Fachteams hervorgegangen und verfügen nur selten über spezifisches Führungswissen.

Diese organisatorischen und personellen Gegebenheiten sind für Qualitätsentwicklungsprozesse in Suchtberatungsstellen ebenso von Bedeutung, wie deren Finanzierungsgrundlage. Obwohl die Anzahl der Suchtberatungsstellen in den letzten fünfzehn Jahren stark zugenommen hat, ist ihre Finanzierung eher unsicher. Suchtberatungsstellen werden hauptsächlich durch Zuwendungen des Landes (ca. 25 Prozent) und der Kommunen (ca. 40 bis 60 Prozent) sowie zumeist durch Eigenmittel der Träger finanziert. Nur wenige von ihnen erwirtschaften im nennenswerten Umfang Drittmittel, zum Beispiel durch ambulante Rehabilitation, „Führerscheingruppen“ oder Vorträge.

In Zeiten angespannter öffentlicher Haushalte geraten Suchtberatungsstellen unter einen starken Finanzierungs- und Legitimationsdruck. Die Entscheidungsträger in den Kommunen wissen, was ihre Suchtberatungsstellen kosten, aber es ist ihnen nicht immer gleichermaßen deutlich, was diese leisten oder bewirken. Diese mangelnde Transparenz oder Akzeptanz der tatsächlich erbrachten Leistungen ist für die Zuwendungsgeber ärgerlich, für die Zuwendungsempfänger ist sie existenzbedrohend.

Die Zuwendungen des Landes und der Kommunen sind sogenannte freiwillige Leistungen – und dieser Leistungstypus steht bekanntlich zu allererst zur Disposition, wenn es ans Sparen geht. Tatsächlich haben bereits einige Kommunen und Landkreise ihre Zuwendungen für Suchtberatungsstellen gekürzt, die Landeszuwendung hingegen ist noch stabil.

Auf diese bedrohliche Situation hat die Geschäftsstelle der NLS reagiert. Sie hat die Suchtberatungsstellen über das Zuwendungsrecht informiert und sie über Möglichkeiten beraten, sich zusätzliche Mittel durch Erweiterung des Dienstleistungsspektrums zu erschließen. Darüber hinaus hat sie Trainings für Leitungskräfte durchgeführt, einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel¹ etabliert und den Suchtberatungsstellen einen Katalog von Kriterien an die Hand gegeben, mit denen sie ihre Leistungen umfassend und nachvollziehbar beschreiben können.²

Hierdurch ist das Interesse an Qualitätsentwicklung in den niedersächsischen Suchtberatungsstellen deutlich gestiegen. Allerdings haben die personellen Ressourcen der Geschäftsstelle nicht ausgereicht, um ein umfassendes Qualitätsmanagement in allen Suchtberatungsstellen einzuführen. Ohne zusätzliche Landesmittel blieb es zunächst bei einzelnen Impulsen sowie einer episodischen und einer eher uneinheitlichen Anwendung des vermittelten Management-Know-hows.

Dies weist darauf hin, dass die Einführung von Qualitätsmanagement in einer Vielzahl dezentral angelegter und rechtlich selbständiger Organisationen eines starken Impulses bedarf, der langfristige Maßnahmen nach sich zieht. „Instant-Lösungen“ sind nicht zuletzt wegen der gewachsenen Kommunikationsmuster und Problemlösungsstrategien sowie wegen der heterogenen Ausgangssituationen der Suchtberatungsstellen nicht zu erwarten.

Wie Probleme erkannt und gelöst werden, folgt in vielen Fällen mehr gruppenspezifischen Prozessen der Teamentwicklung als einer echten Orientierung an den Bedarfen der unterschiedlichen Kunden einer Beratungsstelle. Was Suchtkranke und ihre Angehörigen, was die Zuwendungsgeber und die Sozialversicherungen oder was die allgemeine Öffentlichkeit von der jeweiligen Suchtberatungsstelle erwarten, wird üblicherweise nicht umfassend, regelmäßig und systematisch erhoben, um hierauf zielführende Steuerungsprozesse zu gründen.

Zudem weist die Arbeit üblicherweise einen eher rudimentären Grad formaler Organisation auf. Stellenbeschreibungen für die Mitarbeiter oder Leiter sind eher Ausnahmen als die Regel, ebenso operationalisierte Jahresziele für einzelne oder für Teams. Eine spürbare und verantwortungsvolle Führungsrolle auszuüben, ist in vielen Suchtberatungsstellen tabu. Mit dem geringsten Widerstand können jene Leiter rechnen, die sich verhalten, wie die anderen Teammitglieder auch. Weil gerade kleine Teams darauf angewiesen sind, dass ihre einzelnen Mitglieder gut miteinander auskommen, wird zudem häufig vermieden, offen über Leistungsanforderungen zu sprechen oder erbrachte Leistungen ernsthaft zu messen und zu überprüfen. Wo dies trotzdem versucht wird, fehlen in der Regel Bewertungsmaßstäbe oder Vergleichsmöglichkeiten.

Gleichwohl oder gerade aus den genannten Gründen neigen die meisten Suchtberatungsstellen dazu, ihre eigene Arbeitspraxis als „überdurchschnittlich gut“ anzusehen. Fast alle sind überzeugt, sie könnten sich im Vergleich mit anderen durchaus sehen lassen.³ Eine tatsächliche und systematische Vergleichsmöglichkeit und zugleich die Chance, von anderen zu lernen, wurde erst durch die Einführung des Modellprojekts „Qualitätsmanagement/Benchmarking in Suchtberatungsstellen“ geschaffen.

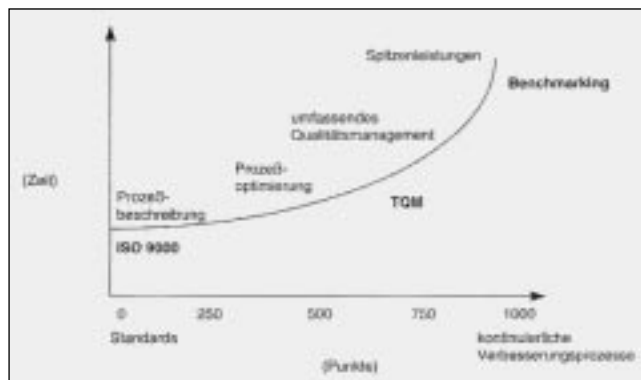
3. Konzeption und Planung

Die Idee, in niedersächsischen Suchtberatungsstellen ein umfassendes Qualitätsmanagement mit der Möglichkeit zu einem Benchmarking einzuführen, kam von

außen – präziser gesagt, aus der Arbeitsgruppe „Sozialbilanz“ beim damaligen Sozialministerium und heutigem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS). Im Herbst 1996 schlug der Drogenbeauftragte der Landesregierung, Lothar Rimpl, der NLS ein Modellprojekt vor, das zugleich die Arbeit der Suchtberatungsstellen langfristig absichern und weiterentwickeln sowie die Probleme des Landes lösen sollte, Sozialpolitik auch unter dem zunehmenden Kostendruck öffentlicher Haushalte zu finanzieren.

Stephan von Bandemer (BPC – Gesellschaft für Forschung und Beratung) und Prof. Dr. Bernhard Blanke (Universität Hannover) haben ein Konzept zur Einführung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements in Suchtberatungsstellen vorgelegt.⁴ Sein Ziel ist es, einen „Wettbewerb“ um Leistungsverbesserungen im Kundeninteresse auszulösen. Hierbei spielt das Lernen von den „besten Lösungen“ anderer eine wesentliche Rolle.

Unter Moderation der NLS-Geschäftsstelle hat sich eine Steuerungsgruppe aus Vertretern des MFAS und der NLS (Vorstand und Einrichtungsvertreter) und der wissenschaftlichen Begleitung gebildet, die das Konzept, seine Umsetzung und seine Fortführung nach einer Modellphase intensiv beraten hat. Von zentraler Bedeutung war die Diskussion um die Vor- und Nachteile verschiedener Managementmodelle und -philosophien sowie ihre Angemessenheit und ihre Passgenauigkeit für die Bedarfe und die Belange von Suchtberatungsstellen. Sie soll kurz skizziert werden, wobei die nachstehende Grafik hierfür eine Orientierung bieten kann.



Nach eingehender Diskussion hat sich die Steuerungsgruppe darauf verständigt, dass die Einleitung von Verbesserungsprozessen und nicht etwa das Beschreiben von Ist-Zuständen im Zentrum des Projekts stehen sollten. Dies ist eine richtungsweisende und weiterführende Entscheidung.

Ob Leistungen ihr Geld wert sind, kann man durch gute Dokumentationen möglicherweise besser beurteilen. Aber die Dokumentation selbst trägt nur in geringem Umfang dazu bei, Leistungen effizient und effektiv zu generieren, und genau darauf kam es der Steuerungsgruppe an.

Ein zweiter progressiver Aspekt ist die Verständigung darüber, dass darauf verzichtet wurde, eine Standar-

disierung der Leistungen von Suchtberatungsstellen anzustreben. Angesichts der Heterogenität der Beratungsstellen und auch der regionalen Bedarfe wäre der hierfür erforderliche Aufwand deutlich größer als der zu erwartende Nutzen – vorausgesetzt, dass dieses Vorhaben überhaupt realisierbar wäre. Zweifel an der Realisierbarkeit hat kein geringerer als der Verband der deutschen Rentenversicherungsträger angemeldet. In seiner Klassifikation therapeutischer Leistungen⁵ hat er festgestellt, dass sich nach übereinstimmender Auffassung aller Fachleute der Kernprozess therapeutischer Hilfe nicht standardisieren oder auch nur standardisierend abbilden lässt. Dieser Erkenntnis ist die Steuerungsgruppe gefolgt.

Überdies sind Zertifizierungsverfahren als Endpunkte einer Standardisierung sehr bürokratisch, aufwendig und teuer sind. Sie stellen die Dokumentation und die Gleichförmigkeit von Prozessen in den Mittelpunkt der Qualitätssicherung, nicht aber das Streben nach kontinuierlichen oder gar umfassenden Verbesserungen.

Unter dem Aspekt der Systemsteuerung ist hinzuzufügen, dass das Land mehr Probleme bekommen, als lösen würde, wenn es den Suchtberatungsstellen über den Bereich der Strukturqualität (Personal, Ausstattung) hinaus Qualitätsstandards setzen und diese zur Fördervoraussetzung erklären würde. Zum einen hätte es nicht genügend qualifiziertes Personal, um die Einhaltung der Standards wirklich zu kontrollieren und zum anderen weiß man, dass die Aussagekraft gelieferter Daten darunter leiden kann, wenn die Lieferanten Sanktionen fürchten müssen. Man erhalte Daten von zweifelhafter Aussagekraft und würde Widerstände produzieren, wo konsensuale Lösungen allemal sinnvoller sind. Auch dies war für die Steuerungsgruppe bedeutsam.

Ein Weiteres kommt hinzu: Sofern der Zuwendungsgeber die Standards sehr anspruchsvoll formuliert, besteht die Gefahr, dass viele Zuwendungsempfänger aus der Förderung herausfallen, weil sie die geforderten Standards nicht erfüllen. Dies könnte zum Wegfall gewachsener Hilfsstrukturen führen – und auf den Abzug von Eigenmitteln, mit denen viele Träger dieses Hilfesegment stützen. Legt hingegen der Zuwendungsgeber die Messlatte niedriger, um diesen unerwünschten Effekt zu vermeiden, könnten zwar die meisten Beratungsstellen die geforderten Qualitätsstandards erfüllen, es fände aber eine Orientierung am unteren Durchschnitt statt. Eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität wäre so nicht zu erzielen.

Aus diesen Gründen hat sich die Steuerungsgruppe dem Vorschlag der wissenschaftlichen Begleitung angeschlossen, einen Qualitätsentwicklungsprozess zu initiieren, der in den Suchtberatungsstellen Kenntnisse vermittelt, ein umfassendes und systematisches Qualitätsmanagement durchzuführen und dies zur Basis für ein vorrangig intern-qualitatives Benchmarking zu nutzen.⁶

Das Konzept orientiert sich am Managementmodell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM). In Absprache mit der Steuerungsgruppe hat es Stephan von Bandemer den Bedarfen der Sucht-

beratungsstellen und ihrer verschiedenartigen Kunden angepasst. Nach der Modell- und Erprobungsphase wurde es von der NLS-Geschäftsstelle weiterentwickelt. Auf dem heutigen Stand ist es ein vergleichsweise unaufwendiges und zugleich effektives Verfahren, Qualitätsentwicklungsprozesse in Suchtberatungsstellen in Gang zu setzen und wechselseitiges Lernen von besonders gelungenen Lösungen zu ermöglichen.

Kern des Konzeptes ist es, dass alle Suchtberatungsstellen eine strukturierte Selbstbewertung ihrer Tätigkeiten in sämtlichen ihrer Tätigkeitsfelder durchführen und hierfür jeweils in ihrer Einrichtung eine persönliche Anleitung und entsprechende Materialien bekommen. In Anlehnung an das EFQM-Modell erfolgt die Selbstbewertung in sieben Kategorien mit insgesamt elf Aspekten, die zusammen mit ihren Leitfragen in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind. Betriebswirtschaftliche Ergebnisse werden wegen der Pauschalfinanzierung der Suchtberatungsstellen nicht erhoben.

Kategorie	Leitfragen
1. Führung 1.1 durch Stellenleitung 1.2 durch Träger	Wie die Führungskräfte/die Trägervertreter zum Erzielen von Qualität in der Arbeit der Suchtberatungsstelle und zur Erfüllung ihres gesellschaftlichen Auftrages beitragen
2. Ist-Analyse 2.1 Umfeld/Rahmenbedingungen 2.2 Eigene Leistungen	Wie die Beratungsstelle sich über die lokalen und regionalen Problemlagen und Bedarfe sowie über die Hilfsangebote informiert Wie die Beratungsstelle Aufwand und Wirkung ihrer Leistungen erfasst, bewertet und kommuniziert
3. Planung/ Soll-Analyse	Wie die Beratungsstelle ihre Strategie festlegt und wie sie diese Pläne einführt und umsetzt
4. Mitarbeiterorientierung und -unterstützung 4.1 Qualifikation und Weiterbildung 4.2 Beteiligung und Organisation	Wie die Beratungsstelle die Qualifikation der Mitarbeiter/innen sicherstellt, nutzt und weiterentwickelt Wie die Beratungsstelle die Beteiligung und das Engagement der Mitarbeiter/-innen sicherstellt, unterstützt und nutzt
5. Organisationsgestaltung und Prozessgestaltung 5.1 interne Arbeitsabläufe 5.2 Gestaltung der Angebote	Wie die Beratungsstelle ihre Ressourcen managt Wie die Beratungsstelle ihre Angebote und Leistungen festlegt, präsentiert, erbringt und weiterentwickelt
6. Kundennutzen/Kundenzufriedenheit 6.1 Einrichtungs- und Kostenträger 6.2 Klienten, Angehörige, andere Dienste	Wie die Beratungsstelle ihre Arbeit auf den Nutzen und die Zufriedenheit der Einrichtungs- und Kostenträger (z.B. Zuwendungsgeber, Sozialversicherungen) ausrichtet Wie die Beratungsstelle den Nutzen und die Zufriedenheit von Suchtkranken, Ratsuchenden und Angehörigen sowie von anderen Diensten erreicht
7. Messung von Ergebnissen und Verbesserungen	Wie die Beratungsstelle ihre Verbesserungsprozesse und deren Ergebnisse in allen vorgenannten Kategorien misst und bewertet

Jede Suchtberatungsstelle vollzieht mit diesem Raster eine umfassende Selbstbewertung ihrer gesamten Tätigkeiten. Dabei wird in einem ersten Schritt nach

bereits vorhandene Stärken gefragt und worin deren sichtbarer Nachweis besteht. In einem zweiten Schritt benennen die Suchtberatungsstellen, welche Verbesserungen sie in den nächsten sechs bis zwölf Monaten anstreben, welche Ziele sie damit verbinden und wie die Verbesserungen vollzogen und überprüft werden sollen. Zur Unterstützung ihrer Verbesserungsvorhaben erhalten die Suchtberatungsstellen das jeweils erforderliche Management-Know-how.

Zur Philosophie dieses Qualitätsentwicklungsprojektes gehört die Absicht, die Suchtberatungsstellen zu befähigen, sich umfassend und verantwortungsvoll selbst zu steuern. Als die Fachstellen für ambulante Suchtkrankenhilfe sollen sie sich selbst operationalisierte Leistungsziele für überschaubare Zeiträume setzen – und zwar im Dialog mit ihren unterschiedlichen Kunden.

Dies Vorgehen erkennt an, dass komplexe soziale Systeme sich durch traditionelle Formen der Sozialpolitik nicht zielorientiert steuern und entwickeln lassen. Es stellt eine Absage an eine Input-Steuerung per Zuwendung, Aufgabenbeschreibung und Ergebniskontrolle dar, und es setzt auf eine selbstverantwortete Output- und Outcomeorientierung. Es verlagert die Fähigkeit und die Verantwortung für Qualitätsentwicklung dorthin, wo die Dienstleistung erbracht wird, nämlich in die jeweilige Suchtberatungsstelle.

Diese Selbststeuerung wird durch Elemente einer Zentralsteuerung ergänzt, an der die Zuwendungsgeber aber nicht beteiligt sind. Es ist die Niedersächsische Landesstelle, also das „gemeinsame Dach“ der Suchtberatungsstellen, das für sie in diesem Projekt gewisse Steuerungs- und Coachingfunktionen übernimmt. Diese Konstruktion hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Könnte die Landesstelle diese Funktion nicht wahrnehmen, müsste eine externe Agentur herangezogen werden.⁷

Die Suchtberatungsstellen teilen der NLS regelmäßig ihre Verbesserungsvorhaben sowie deren Ziele mit und berichten über ihre Umsetzung. Wenn eine Suchtberatungsstelle für ein Problem eine besonders gelungene Lösung gefunden hat, können andere Beratungsstellen hiervon erfahren, sofern sie selbst Daten in den Pool einspeisen. Sie können diese Erfahrungen für eigene Problemlösungen nutzen, indem sie von bereits gefundenen Bestleistungen (Benchmarks) lernen.

Durch diesen vorrangig intern-qualitativen Benchmarkingprozess wird eine Selbststeuerung des Systems „Suchtberatungsstellen“ induziert, die sich an besten Lösungen orientiert. Diese Projektphilosophie ist ausgesprochen progressiv und ein interessanter Beitrag zur Umsetzung der Verwaltungsreform und eines modernen Staates. Bei den Suchtberatungsstellen stößt sie auf eine positive Resonanz, sobald die Irritation über das Neue überwunden ist.

4. Durchführung des Projekts und Zwischenbilanz

Nach Ende der Modellphase hat das Land eine zusätzliche Personalstelle finanziert, um das Qualitätsmanage-

ment/Benchmarking in allen Suchtberatungsstellen in Niedersachsen zu verbreiten. Die Nachfrage war so groß, dass zunächst eine Warteliste eingerichtet werden musste. Bis Ende 1999 wird gut die Hälfte aller Hauptstellen die im Projektrahmen vermittelten Instrumente kennengelernt haben und am Qualitätsentwicklungsprozess teilnehmen.

Jede beteiligte Beratungsstelle erhält drei ganztägige Besuche in ihrer Einrichtung und wird dabei mit den Selbstbewertungsbögen sowie mit weiterem Management-Know-how vertraut gemacht. Zuvor und begleitend werden ihre jeweiligen Leiter/innen in drei ganztägigen Workshops vertieft in die Handhabung dieser Instrumente eingeführt.

Nach der Modellphase hat die NLS die ursprünglich benutzten Selbstbewertungsformulare weiter entwickelt, um sie in ihrer Formulierung noch deutlicher auf die Belange der Suchtberatungsstellen zuzuschneiden. Dies ist in Anlehnung an die EFQM-Richtlinien für kleine und mittlere Unternehmen geschehen.⁸

Hiernach könnte man beispielsweise das Führungsverhalten der Leitungskräfte anhand der nachfolgenden Ansatzpunkte beschreiben und beurteilen:

Ansatzpunkte könnten sein, wie die Leitungskräfte

- an der Entwicklung klar formulierter Ziele der Beratungsstelle und Erwartungen an sie mitwirken und als Vorbild für diese Werte handeln;
- an der Festlegung von Prioritäten und an der Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen beteiligt sind;
- die Arbeit aller auf den größtmöglichen Kundennutzen ausrichten;
- die Koordination der internen Arbeitsabläufe sowie die Kooperation im Team unterstützen;
- andere schulen und sich schulen lassen;
- für ihre Mitarbeiter ansprechbar sind, ihnen zuhören und auf sie reagieren;
- die Koordination der internen Arbeitsabläufe sowie die Kooperation im Team unterstützen;
- die Leistungen von Mitarbeitern und Kunden anerkennen;
- Kontakte zu Entscheidungsträgern und Kooperationspartnern herstellen und weiterentwickeln;
- ihre Führungstätigkeit überprüfen und verbessern
- ...

Nach dem jetzigen Stand der Dinge ist nur ein Teil der Suchtberatungsstellen in der Lage, die vermittelten Instrumente fachgerecht anzuwenden. Deshalb sind weitere Workshops geplant, die die Anwendungskompetenz erhöhen und die Integration dieser Instrumente in den Arbeitsalltag der Suchtberatungsstellen vertiefen sollen.

Trotz dieser Umsetzungsprobleme halten alle Suchtberatungsstellen die vermittelten Instrumente für sehr nützlich oder nützlich. Als besonders nützlich werden

die Besuche in den Beratungsstellen selbst angesehen. Fast alle sind der Auffassung, dass ihr Team durch die Instrumente und die Besuche wichtige Anstöße für seine weitere Entwicklung erfahren hat und den allermeisten hat die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsmanagement Spaß und Mut gemacht.

Ein großer Teil der Suchtberatungsstellen liefert regelmäßig und im verabredeten Umfang Informationen über geplante oder durchgeführte Verbesserungen an die NLS. Insgesamt sind in anderthalb Jahren 153 Verbesserungsvorhaben gegenüber der NLS benannt worden, zumeist in Verbindung mit konkreten Umsetzungsplänen. Das ist ein deutliches Signal dafür, dass in den beteiligten Suchtberatungsstellen positives Klima für Qualitätsentwicklung erzeugt werden konnte.

Der Verfahrensstand ist allerdings noch nicht so weit fortgeschritten, dass man die Umsetzungsqualität der Verbesserungsvorhaben beurteilen kann. Die Maßnahmen müssen noch erprobt und ausgewertet werden, um wirklich „beste Lösungen“ identifizieren zu können. Dies wird frühestens in einem halben Jahr der Fall sein. Erst dann kann das Lernen von besten Lösungen, also das eigentliche Benchmarking beginnen.

¹ Heinz Lutter: Qualitätszirkel. Wie die Suchtkrankenhilfe von der Wirtschaft lernen kann... In: PARTNER-Magazin. Hrsg. vom Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands. Nr. 5/1997, S. 16–21. – Eine Dokumentation dieser Arbeit mit Arbeitsmaterialien und Beschreibung der Vorgehensweise kann über die NLS bezogen werden.

² Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS): Kriterien zur Leistungsbeschreibung von Suchtberatungsstellen. Hamm 1998.

³ Heinz Lutter: Benchmarking in Suchtberatungsstellen – von Verbesserungsvorschlägen zum systematischen Vergleich. Vortrag anlässlich der 10. Niedersächsischen Suchtkonferenz „Drogenabhängigkeit: Betreuungs- und Therapiemodelle in Niedersachsen“ am 12. Mai 1998 im Ärztehaus Hannover. Hrsg. von der Akademie für ärztliche Fortbildung Niedersachsen. Hannover 1998.

⁴ Dies Konzept sowie der Abschlussbericht über die Modellphase ist zu beziehen über BPC-Gesellschaft für Forschung und Beratung. Reiffstraße 112a, 45659 Recklinghausen, Tel. 0 23 61/18 46 90.

⁵ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Klassifikation therapeutischer Leistungen. Frankfurt 1998.

⁶ Zu den unterschiedlichen Ansatzpunkten eines Benchmarkings vgl. Stephan von Bandemer: Benchmarking. In: Ders.: Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen 1998. S. 362 ff.

⁷ In der Altenpflege und den Mobilen Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen wird dies bereits praktiziert. Sie werden extern qualifiziert, liefern ihre Daten an einen zentralen Server und können über diesen die eigenen Betriebsdaten im Vergleich mit den aggregierten Daten anderer Benchmarkingteilnehmer abrufen. Kontakt: Seniorenwirtschaftszentrum, Munscheidstraße 14, 45886 Gelsenkirchen oder <http://www/seniorenwirtschaft.de>.

Warum dokumentieren?

Der Stellenwert von Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe – eine datenpolitische Einschätzung

Wolfram Schuler

„buss“
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe
Kurt-Schumacher-Straße 2, 34117 Kassel

Bevor wir uns der Fragestellung näher zuwenden, möchte ich eine Geschichte erzählen, die mir immer dann in den Sinn kommt, wenn ich über Relevanz und Sinnhaftigkeit von Dokumentation und Statistik ins Grübeln gerate:

Der im Schwäbischen lebende Wirt Fritz Schäufole wurde verhaftet und unter der Beschuldigung vor Gericht gestellt, er hätte in seiner Wirtschaft Pferdefleisch unter die panierten Hühnerschnitzel gemengt. Ehe der Richter sein Urteil sprach, wollte er wissen, in welchem Verhältnis der Wirt Pferde- mit Hühnerfleisch vermischt habe. Unter Eid bekannte Schäufole: „50 zu 50, Euer Ehren“.

Nach der Verhandlung fragte ihn ein Freund, was genau ‚50 zu 50‘ bedeute, – daraufhin Schäufole: „ein Pferd auf ein Huhn“.

Wenn wir uns der Frage nach dem Warum von Dokumentationssystemen widmen, so handelt es sich hierbei um eine explizit datenpolitische Fragestellung. Unter Datenpolitik verstehe ich hierbei den gesteuerten, fachlich legitimierten und demokratisch verantworteten Umgang mit personen- und einrichtungsbezogenen Daten auf politischen Ebenen. Welches diese sein können, darauf komme ich im folgenden zurück.

1. Dokumentation vs. Dokumentationssysteme

Wir sprechen von Dokumentation unter vielen Aspekten und Bedeutungen. Im allgemeinsten Sinn bedeutet Dokumentation ein „beweiskräftiges Zeugnis“ (Duden). Im medizinischen Bereich (in dem sich ja auch die Suchtkrankenhilfe zunehmend bewegt) ist der behandelnde Arzt für eine ordnungsgemäße Dokumentation des Behandlungsverlaufs durch Führen der Krankenakten verantwortlich. Ähnliche Dokumentationsanforderungen setzten sich auch im psychosozialen Bereich durch. Diese Art von Dokumentation stellt jedoch nur einen Teilaspekt dar, wenn wir (aus der Sicht der Leistungsanbieter) von Dokumentationssystemen sprechen. In Abgrenzung zur wissenschaftlichen Untersuchung zielt Dokumentation (im psychiatrischen und rehabilitativen Bereich häufig auch Basisdokumentation

genannt) in erster Linie auf die kontinuierliche, umfassende sowie wissenschaftlich nachvollziehbare Erfassung und Darstellung von patienten- und einrichtungsbezogenen Daten unter den Gesichtspunkten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Datenaggregation ab. Zum System wird eine Dokumentation allerdings erst, wenn eine Vielzahl von (vergleichbaren) Einrichtungen zu verbindlich gemeinsamen Erhebungs- und Auswertungskonditionen zusammengefasst wird. Auch die jüngst diskutierte „zentrale Reha-Datenbank“ wäre ein solches Dokumentationssystem, wie im übrigen auch die „VDR-Statistik Rehabilitation“ sowie die sogenannte „Reha-Verlaufsstatistik“ einiger Rentenversicherungsanstalten.

2. Ziele von Dokumentationssystemen

Mit der Zielsetzung ist die Frage nach dem ‚Warum‘ angesprochen. Das Dokumentationsziel verändert sich naturgemäß je nach Interessenlage.

In Anlehnung an das US-amerikanische Datenbanksystem UDSMR (uniform data system of medical rehabilitation) soll der Einsatz einer zentralen Datenbank eine uniforme Definition von Rehabilitations-Outcomes ermöglichen und ein Benchmarking mit anderen Einrichtungen erlauben. Dies wiederum ermögliche die Entwicklung von Qualitätsstandards, Kostenanalysen, Zahlungssystemen und einer Forschungsmethodik, die die effektivsten Behandlungsformen durch eine statistische Analyse identifizieren können und auch für kontrollierte klinische Studien zur Verfügung stehen sollen.

Natürlich dient jedes qualifizierte Doku-System auch der Qualitätssicherung der jeweiligen Einrichtung und ist integrierter Bestandteil eines umfassenden einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements.

Dennoch bleiben diese Zielsetzungen ohne Bezug auf den jeweiligen Nutzer bzw. Adressaten blass und fleischlos.

Bevor wir uns jedoch dieser Interessenverdichtung zuwenden, möchte ich kurz eingehen auf die...

3. Funktion der Dokumentation

Im wesentlichen ist zu unterscheiden zwischen Kontroll- und Entwicklungsfunktion, wobei hier die internen bzw. externen Bezüge gesondert betrachtet werden müssen.

3.1 Interne Kontrollfunktion

Es ist Aufgabe der jeweiligen Einrichtungsleitung (bestenfalls im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems), die personalen, sachlichen und therapeutischen Strukturen ebenso zu überwachen wie die Regelmäßigkeit der Behandlungen und die Behandlungsergebnisse. Das zu Grunde gelegte Dokumentationssystem mag hoch differenziert und für sich aussagekräftig sein, die Frage nach den verbindlichen Kontrollinstanzen macht solche Systeme obsolet (Wer legt welche Qualitätsindikatoren fest? Wer Qualitätsstandards, Erhebungsrichtlinien und Indikationskriterien?).

3.2 Interne Entwicklungs- bzw. Lernfunktion

Lernende Systeme sind als Regelkreismodelle beschreibbar, in denen die Ergebnisse von Handlungen unmittelbar in das System zurückfließen und im jeweils nächsten Planungsschritt bereits modifizierend und korrigierend berücksichtigt werden können. Auch Institutionen mit den darin Handelnden sind wie Einzelindividuen lernende Systeme. Somit möglich und notwendig ist auch die Weiterentwicklung der Dokumentationsinstrumente, -indikatoren und -standards. Schon hieraus aber resultiert die Notwendigkeit der

3.3 Abstimmung interner Dokumentation auf zusammenfassbarer (externer) Ebene

Eine solche übergreifende Abstimmung muss durch eine gemeinsame Willensbildung umfasst sein, d.h. wir bewegen uns auf der jetzt explizit datenpolitischen Ebene.

☞ Überprüfung durch externe Kontrollinstanzen:

Dies ist Aufgabe und Funktion der externen Qualitätssicherung, wie es etwa in dem Fünf-Punkte-Programm der Rentenversicherung fixiert ist. Auch Bundesländer und kommunale Gremien üben solche Kontrollrechte (etwa im Rahmen des § 93 BSHG) aus. Bislang allerdings sind die in unserem Arbeitsbereich gängigen Dokumentationssysteme nur sehr bedingt und jedenfalls nicht offiziell Grundlage solcher Kontrollsysteme gewesen.

Dies mag sich durch die Einführung länderfinanzierter Systeme in einzelnen Regionen ändern.

☞ Dokumentation als Qualitätsentwicklungsinstrument

Die Abstimmung im Sinne von Auswertung, Vergleich und Bewertung der einzelnen Dokumentationsge-

genstände erfolgt auf Abstimmungsebenen, die mit den Nutzergruppen bzw. Daten-Adressaten, die ich gleich vorstelle, weitgehend identisch sind.

Bei der gemeinsamen Behandlung der zu bearbeitenden Qualitätsprobleme (Indikatorenauswahl etc.) sind die Erfahrungen und Einschätzungen der Einrichtungen ebenso zu berücksichtigen wie die Auffassungen der Leistungsträger, die methodischen Kenntnisse von externen und wissenschaftlichen Instituten, sowie die Sichtweise von Fachgesellschaften und die Beratungsergebnisse von speziellen Qualitätszirkeln.

Aus den hierbei gemachten Erfahrungen gewinnen Verbände und Fachgesellschaften gesicherte und vielfältige Informationen, aus denen in einem Komprimierungsprozess Qualitätsstandards und Leitlinien abgeleitet werden können.

3.4 Rückfluss in die Einrichtung

Hierin ist der eigentliche Qualitätsentwicklungsprozess zu sehen und auch eines der größten Probleme der derzeitigen Systeme. Es ist uns bislang nur sehr unvollkommen gelungen, den Einrichtungen die gewonnenen Erkenntnisse aus den Dokumentationssystemen so an die Hand zu geben, dass damit tatsächlich konzeptionelle und instrumentelle Verbesserungen in der Praxis möglich sind.

3.5 Relevanz für die Klienten/Patienten

Natürlich kommt jede Qualitätserhaltung und -fortentwicklung den Klienten und Patienten der Einrichtungen zu Gute. Ich vermag allerdings nicht einzuschätzen, ob einmal die erzielten Verbesserungen tatsächlich auf unsere Dokumentationssysteme mit zurück zu führen sind und zum anderen nicht vielmehr der Effizienzgedanke zunehmend im Vordergrund steht.

4. Objekt der Dokumentation

Objekt jedes Dokumentationssystems sind neben den strukturellen Qualitätsmerkmalen der Klient und Patient. Seinem Krankheitsverlauf sowie seiner Behandlung gilt die gezielte Aufmerksamkeit des Dokumentationswesens, er wird jedoch im statistischen Zahlenmeer untergehen und in seinen Eigenheiten nicht mehr auftauchen.

Umso mehr müssen wir uns fragen, welche Position der Patient/Klient als Subjekt von Behandlung und deren Dokumentation hat.

5. Wem dient die Dokumentation?

(Adressaten und Nutzergruppen)

Ich habe die Nutzergruppen etwas weiter ausdifferenziert, als dies das IFT in seinem hier vorliegenden Optionspapier getan hat. Dies rechtfertigt sich m.E. aus den unterschiedlichen Anforderungen der jeweiligen „Unteradressaten“.

Im einzelnen:

5.1 Europäische Union (EBDD, Reitox)

Nach dem Entwurf des „neuen europäischen Drogen-Aktionsplans“ (veröffentlicht in ‚drug-net europe‘ Nr. 18/99) ist eines der fünf Hauptziele der europäischen Drogenbekämpfung für die Zukunft „die Sammlung, Analyse und Verbreitung objektiver, verlässlicher und vergleichbarer Daten zum Drogenproblem in der EU durch die EBDD“. Nach der Aussage des EBDD-Direktors Estievenart sollen die europaweit gewonnenen Informationen über Drogen als Grundlage für vernünftige politische Entscheidungen dienen. Europa braucht also die Daten zur Bekämpfung des Drogenproblems. Es bleibt zu hoffen, dass damit auch die Hilfe für die Abhängigen selbst mit umfasst ist und dass die überaus starke Alkohol-Lobby es zulässt, dass wir unter „Drogen“ auch unsere Lieblingsdroge ‚Alkohol‘ verstehen dürfen. Aus dieser Ebene erheben uns Anforderungen in Form eines derzeit formulierten europäischen Kerndatensatzes, der in seiner Zielrichtung und Breite auch unsere spezifischen nationalen Bemühungen entscheidend beeinflusst. Gleichzeitig ist es aber möglich, durch nationale Definitionen und Standardisierungen die europäische Entwicklung zu beeinflussen.

Dieses Dateninteresse wird im übrigen bezahlt.

5.2 Bundesebene (Deutsche Referenzstelle für die europäische Beobachtungsstelle/Bundesregierung/Bundestag)

Der Bund hat die europäische Ebene mit den genannten Daten zu bedienen, woraus sein Interesse an der Sammlung aller Prävalenz- und auch Behandlungsdaten folgt. Es gibt natürlich auch ein genuines nationalstaatliches Interesse an der Erhebung und Auswertung der Prävalenz- und Versorgungsdaten zur Sucht. Schließlich hat die Bundesregierung legislative und exekutive Rahmenbedingungen zur Versorgung aller Suchtkranken in Deutschland zu schaffen. Dies geht jedoch nur, wenn die Daten einheitlich und systematisch erhoben werden, um das Versorgungssystem adäquat abzubilden. Gesamterhebungen im Sinne einer umfassenden Basisdokumentation über alle maßgeblichen Versorgungsbereiche der Sucht werden hierbei unverzichtbar sein. Hieraus folgt die Notwendigkeit des Konstrukts einer „Deutschen Suchthilfestatistik“, über deren Bedeutung, Standort und Verfassung wir nicht zuletzt auf dieser Tagung näher sprechen sollten.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine umfassende Dokumentation aller versorgungsrelevanten Daten ist die Bildung und Definition eines Kerndatensatzes. Dieser Aufgabe widmet sich seit einiger Zeit der Statistikausschuss der DHS, der im übrigen versucht, auch die Methoden und Instrumente Qualitätssicherung seitens der Sozialversicherungen mit denen der Dokumentationssysteme kompatibel zu machen.

Möglich ist dies alles nur im Konsensverfahren, um eine allseitige Akzeptanz zu erzeugen.

5.3 Wissenschaft und Forschung (Universitäten, Institute etc.)

Die Daten der Dokumentationssysteme bilden den Fundus für Wissenschaftler und wie es in dem „Optionspapier“ des IFT heißt für Informationsvermittler („information broker“), die ihrerseits natürlich Interesse an einer möglichst umfassenden, differenzierten und detaillierten Datenbasis haben.

5.4 Bundesländer

Nach der Verfassung des Bundes und der Länder tragen die Bundesländer die gesundheitspolitische Verantwortung auch für die Versorgung Suchtkranker. Diese Verantwortung wird jedoch sehr unterschiedlich wahrgenommen und die jüngsten Bestrebungen des Bundesgesetzgebers weisen in eine andere Richtung.

Dennoch oder gerade deshalb benötigen die Bundesländer versorgungsbezogene Grunddaten, um die erforderlichen Versorgungsprozesse planen und steuern zu können.

So sind es auch Bundesländer, die jüngst Impulse zur Schaffung bzw. Ergänzung landesbezogener Daten-systeme gesetzt haben. Inwieweit dadurch bestehende bzw. eingeleitete bundesweite Ansätze konterkariert werden, möchte ich offenlassen.

Gerade von Länderseite ist auch der Ruf nach einer Lockerung der Datenschutzvorkehrungen durch die bundesweiten Doku-Systeme bzw. deren Trägerverbände zu vernehmen. Ich muss gestehen, dass ich diesen spezifischen (adipösen) Datenhunger nicht ganz nachvollziehen kann.

5.5 Verbände und Fachgesellschaften

Ambulante und stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gehören Trägerverbänden an und schließen sich zusammen in Fachverbänden. Die Verbände haben die Dokumentationssysteme – z.T. schon vor über zwanzig Jahren – installiert und tragen die Verantwortung für Erhebung und Zusammenfassung der Daten innerhalb der jeweiligen Datensysteme.

Ursprünglich wollten wir damit gegenüber Politik und Kostenträgern die Qualität der Arbeit nachweisen. Heute nutzen die Verbände die Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ihrer Einrichtungen zum Vergleich mit anderen Verbänden und Systemen. Die Daten dienen aber auch – und dies ist ihre vornehmste Aufgabe – zur Diskussion und Herausbildung von Leitlinien und Standards der therapeutischen und lebensbegleitenden Arbeit. Allerdings sind bei uns inzwischen Datenberge unermässlichen Umfangs angewachsen, die – da weitgehend ungenutzt – zu Daten-Friedhöfen geworden sind.

Die Verbände begreifen sich auch als „Sachwalter“ der ihren Einrichtungen anvertrauten Daten (hierzu weiter unten mehr).

5.6 Kommunale Ebene (Städte, Kreise, Regierungsbezirke etc.)

Die Kommunen tragen einen großen Teil der Finanzierung therapeutischer, sozialer und lebensbegleitender Hilfe für Suchtkranke. Sie sind politisch und rechtlich gehalten, den humanen, gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der entsprechenden Arbeit nachzuweisen. Hierzu können die Daten der Dokumentationssysteme durchaus dienen.

Was jedoch schon auf Landesebene einen gewissen Nutzungsvorbehalt darstellt, ist auf kommunaler Ebene besonders virulent: Infolge der regionalen Beschränkung sind die datenliefernden Einrichtungen identifizierbar und somit „gläsern“. Dies mag einem legitimen Kontrollbedürfnis der politischen und finanzierenden Instanzen entsprechen, berührt jedoch die wettbewerbsrechtliche und organisatorische Autonomie der entsprechenden Träger, die untereinander in Konkurrenz stehen mögen, erheblich.

Hier sind Modelle eines freiwilligen Datenaustausches „am runden Tisch des regionalen Versorgungsverbundes“ denkbar und sicher sinnvoll. Dem politisch und ökonomisch begründbaren Interesse der Gemeinden, auch Datenverläufe einzelner Bürger, die soziale Leistungen in Anspruch nehmen, zu verfolgen und damit entsprechende Missbräuche zu verhindern, steht das Bedürfnis des Einzelnen auf Wahrung seiner datenschutzrechtlichen Integrität und Würde entgegen.

5.7 Leistungsträger der medizinischen, rehabilitativen und sozialintegrativen Hilfe (GKV, RV und Sozialhilfeträger)

In der Empfehlungsvereinbarung Sucht von 1978 haben die Spitzenverbände von RV und GKV den stationären Einrichtungen durchaus eine Dokumentationspflicht aufgegeben. So heißt es in der EV Sucht '78: 2. „...Die Einrichtung muss außerdem bereit sein, sich in einem noch festzulegenden Umfang an Effektivitätskontrollen zu beteiligen.“

In der EV ambulante Reha Sucht von 1991/96 heißt es: „Die Einrichtung muss außerdem bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen zu beteiligen und zu diesem Zwecke die durchgeführten Leistungen zu dokumentieren.“

Inzwischen bin ich mir nicht mehr sicher, ob den Leistungsträgern an einer Dokumentation, wie wir sie hier beschreiben, ernstlich überhaupt noch gelegen ist. Zum einen nützen die Leistungsträger ihren eigenen Datenpool, der sich aus den Grunddaten der Antragsteller speist und der mittlerweile durch die Datenübermittlung gemäß 301 SGB V noch reichlich zusätzliche Nahrung erhält, zum anderen stehen ihnen mit der Realisierung der Qualitätssicherungsprogramme Daten zur Verfügung, die sie zur Steuerung und Planung umfassend befähigen. Jedoch verfügen insbesondere die personenbezogenen Teile des Qualitätssicherungsprogramms der RV nicht über die Erhebungstiefe wie sie ein Dokumentationssystem aufweist, was insbesondere die sozialen Personen- und Behandlungs-

merkmale angeht. Weiter sieht das QS-Programm der RV lediglich Patientenbefragungen nach Entlassung der Patienten aus stationären Reha-Einrichtungen vor, was die Aussagekraft einer katamnestischen Erhebung im Rahmen eines Dokumentationssystems auch nicht annähernd erreicht.

Da aber gerade die katamnestische Datenerhebung und -auswertung die Dokumentationssysteme vor erhebliche Kosten- und Organisationsprobleme stellt, sind hier neue Überlegungen der Kooperation bzw. Finanzierung dringend erforderlich.

Der „buss“ versucht derzeit, die Spitzenverbände von RV und GKV zur Aufnahme einer entsprechenden Regelung in die überarbeitungsoffene EV Sucht aufzunehmen.

5.8 Externe Qualitätszirkel

Schon bevor unter Punkt 5 des Qualitätssicherungsprogramms der RV die Einrichtung von externen Qualitätszirkeln „angeregt“ worden ist, gab es im Bereich der stationären Suchtkrankenhilfe Formen solcher haus- und trägerübergreifenden „Austauschkreise“ (z.B. regionale Arbeitskreise und Fachberatungsdienste des „buss“, entsprechende Zusammenkünfte der Trägerverbände, Treffen der Drogeneinrichtungen eines Bundeslandes etc.).

Um dem Ziel einer Qualitätsentwicklung näherzukommen, benötigen diese Zirkel die Daten der Dokumentationssysteme. Es geht insbesondere um den Vergleich der Struktur- und Ergebnisdaten, um zu einer Optimierung der Therapie und des therapeutischen Verbundes zu kommen.

Infolge der Differenzierung des Gesamtsettings im Sinne von Komplex- und Kombinationsbehandlung sind in Zukunft externe Qualitätszirkel auch denkbar und sogar notwendig zwischen den einzelnen Versorgungselementen. In deren Interesse muss insbesondere eine Lösung dafür gefunden werden, katamnestische Ergebnisse auch bei kombinierten Behandlungsverläufen zu gewinnen und gegenüber anderen Behandlungsformen vergleichbar zu machen.

5.9 Die Einrichtungen und ihre Träger

Zu Beginn des nächsten Jahres werden alle Akut- und Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich zur Installierung von Qualitätsmanagementsystemen verpflichtet sein. Solche Systeme sind sinnvoll, aber auch sehr teuer. Ohne eine genaue Analyse der Einrichtungsstruktur und der Therapieprozesse läuft jedes QM-System ins Leere.

Es ist zu hoffen, dass der mit einem QM-System in Gang gesetzte einrichtungsbezogene Überprüfungs- und Bewertungsprozess auch hilft, die Erwartungen zu erfüllen, die schon bislang an ein Dokumentationssystem gerichtet waren. Es sind dies:

- Lieferung der Datenbasis zum Vergleich mit vergleichbaren Einrichtungen auf allen Qualitätsebenen

(Benchmarking). Da diese Zielsetzung auch vom Qualitätssicherungsprogramm der RV verfolgt wird, sollte es möglich sein, die Daten beider Systeme kompatibel und datenbankfähig zu machen. Dem Träger und der Leitung der Einrichtung müssen die Gesamtdaten – auch zur gegenseitigen Korrektur – zur Verfügung stehen.

Deshalb ist auf die Kompatibilität der Dokumentationsdaten mit denen der QS-Daten auf gleicher operationaler Ebene hinzuwirken. Ich erhoffe mir von den derzeit im Rahmen des QSP durchgeführten Rating-Schulungen der ärztlichen Leitung auch, dass ein besseres Verständnis der Datenzusammenhänge und ihrer Qualitätsrelevanz erreicht wird.

- Möglichkeit zur Überprüfung der Realitätsnähe und Stimmigkeit des therapeutischen Konzepts. Hierzu gehört auch die Diagnostik und Indikationsstellung nach ICD 10 und ICDH. Die Einlassung von psychosozialer Diagnostik (z.B. PREDI) in das Dokumentationssystem ist eine vordringliche Aufgabe.
- Unterstützung und Vereinfachung der **Therapieplanung**.

Die Prozessanalyse und -steuerung der Beratungs- und Behandlungseinheiten ist ein zentraler Ansatz jedes QM-Systems.

Kopfschmerzen macht mir persönlich, ob und inwieweit die Daten aus dem KTL-Programm mit den Doku-Daten so „zusammengebracht“ werden können, dass eine Prozessoptimierung tatsächlich möglich ist. Ansonsten bedeutete die Fütterung und Nutzung beider Systeme eine Verschwendung wertvoller Ressourcen.

In diesem Zusammenhang ist auf ein zwar schon lange bekanntes, jedoch nicht in Ansätzen gelöstes Problem hinzuweisen:

Lassen sich die auf den ersten Blick unvereinbaren Konzepte der einrichtungsbezogenen Dokumentation, der KTL und der Psych PV gemeinsam nutzen?

Ein Blick in die „bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung“, die uns Anfang des Jahres vorgelegt worden ist, zeigt, dass auch diese Datenauswertung wertvolle Impulse für alle Qualitätsebenen setzt. Kann das aber bedeuten, dass die Abteilungen Psychiatrischer Krankenhäuser, die medizinische Rehabilitation für Suchtkranke anbieten, sich an allen drei Systemen beteiligen müssen?

Einrichtungen, ja auch Verbände, sind m.E. überfordert, die Konzepte dieser drei Systeme, ihre Operationalisierung vor Ort sowie ihre Ergebnisse unter einen (ökonomisch und ökologisch sinnbringenden) Hut zu bringen. – Ein Hilferuf an Leistungsträger und Wissenschaft.

- Weiterhin wird von einem Doku-System erwartet, dass es die Verwaltung des therapeutischen Prozesses und damit der Einrichtung stützt und vereinfacht. – Hier gibt es erste gute Ansätze von Datenbank-Lösungen. Ich würde mir wünschen, dass bei aller

belebender Konkurrenz der Anbieter einheitliche Verfahren und technische Normen gefunden werden.

- Last not least soll das Doku-System auch die Basis für einrichtungsbezogene Forschung liefern. Dies ist natürlich auch eine Frage der zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen.

Damit ist etwas angesprochen, was zwar jeder weiß, aber kaum mehr sich traut zu sagen: Dokumentation kostet Geld.

Seit vielen Jahren schon versucht etwa der „buss“ bei den Leistungsträgern zu erreichen, dass im Rahmen der einrichtungsbezogenen Gesamtvergütung ein „Rechnungsposten“ für Dokumentation anerkannt wird. Der zeitliche, personelle und sachliche Aufwand für Dokumentation lässt sich recht einfach ermitteln und könnte gemäß Größe und Konzeption des jeweiligen Hauses nach allgemein verbindlichen Kriterien festgesetzt werden. – Eine solche „Anerkennung“ der Dokumentationsarbeit wäre für Träger, Leitung und Mitarbeiter jeder Einrichtung enorm motivierend und würde uns dem Ziel einer umfassenden deutschen Suchthilfestatistik sehr viel näher bringen. Da aber bei den Vergütungsverhandlungen derzeit nicht einmal die Aufwendungen für das von der RV geforderte Qualitätssicherungsprogramm als Kostenansatz berücksichtigt werden, habe ich wenig Hoffnung, dass dieser Qualitätsschritt derzeit erreicht wird.

5.10 Mitarbeiter (Team, Abteilung, Station)

Auch die Mitarbeiterschaft ist eine wichtige Nutzergruppe der Dokumentation. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass es ja die Mitarbeiter sind, die die patientenbezogenen Daten erheben und verwalten. Es ist deshalb schon eine Frage der Motivation, dass die Datenauswertung wieder auf dem Tisch der Therapeuten landet und Aussagen enthält, mit denen er vor Ort auch tatsächlich etwas anfangen kann.

Es ist selbstkritisch anzumerken: Diese unabdingbare Form der Rückmeldung ist uns bislang nur sehr unzulänglich gelungen. Und dies, obwohl uns inzwischen die elektronische Datenverarbeitung und -übermittlung hervorragende Möglichkeiten hierzu eröffnet.

5.11 Klienten, Patienten sowie ihre Ärzte und Berater

Sollen bzw. können Klienten und Patienten einen Nutzen von den Dokumentationssystemen haben?

Allzu schnell erfolgt hier die Antwort, dass jede infolge der effektiven Nutzung der Dokumentationssysteme herbeigeführte Qualitätsverbesserung natürlich zum Nutzen und Frommen der Patienten sei. Da hierunter allerdings sehr oft in erster Linie die Effizienz der an den Leistungsträger verkauften Leistung gemeint ist, relativiert sich diese Aussage erheblich.

Welches Nutzerinteresse haben die Patienten, d.h. auch die sie behandelnden und beratenden Ärzte und Berater?

Je nach geistiger und körperlicher Verfassung der Betroffenen werden sie selbst oder aber ihre ärztlichen bzw. psychosozialen Berater Interesse an folgenden Fragestellungen haben:

- Wo werde ich (jeweils nach medizinischer, psychotherapeutischer und sozialer Indikation) gut behandelt?
- Gibt es für das indizierte Behandlungssetting einen allgemeinen Standard?
- Wie kann ich überprüfen, dass die mir angebotene Behandlung den Regeln der therapeutischen Kunst entspricht?
- Wo werden meine individuellen Bedürfnisse (gesundheitlicher, sozialer und ästhetischer Art) gut abgedeckt?

Die Beantwortung dieser legitimen Fragen liefe darauf hinaus, auf Grund der durch die Dokumentationssysteme und die Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger gewonnenen Daten „Hitlisten“ von vergleichbaren Einrichtungen zu erstellen, wie sie etwa von dem Nachrichtenmagazin ‚Focus‘ ja auch schon veröffentlicht worden sind. Gerade weil solche Qualitätsaussagen nicht von mehr oder weniger seriösen Medien „verkauft“ werden dürfen, ist es wichtig darüber nachzudenken, ob und inwieweit dies Aufgabe der Leitungsträger und Verbände sein kann. Ich bin mir dabei bewusst, dass wettbewerbsrechtliche Erwägungen, aber auch die Differenziertheit der Versorgungslandschaft selbst beachtenswerte Hindernisgründe darstellen.

Im Interesse der behandelten Suchtkranken müssen wir allerdings darüber diskutieren.

6. Daten-Verantwortung und Datenschutz (Datenanwaltschaft der Verbände)

Wenn wir die Frage nach dem Ob von Dokumentation eindeutig bejahen können und gute Gründe anführen können bei der Beantwortung der Frage nach dem Warum, so bleibt letztlich noch offen, ob eine so umfassende Datenerhebung und -auswertung in Anbetracht der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Menschen zu verantworten sind. Diese sind ja nicht nur Objekt, sondern auch Subjekt jeder Dokumentation ihrer Daten.

Die Ausgangsfrage ist: Wem gehören die Daten?

Natürlich dem Bürger als Rechtssubjekt. Jedoch schon mit dem ersten Arztbesuch oder der dritten wahrgenommenen Beratung in einer Psychosozialen Beratungsstelle geht ein entscheidendes Datum, nämlich das „abhängigkeitskrank“ auf Wanderschaft. Erst recht mit der Antragstellung auf medizinische Rehabilitation löst sich das informationelle Selbstbestimmungsrecht von der Person ab, und das mit allerlei Diskriminierungspotential beladene Faktum wird zum Sozialdatum. Als solches ist es in der Sozialversicherung nur beschränkt verfügbar und immerhin gegen „äußere Eingriffe“ geschützt. Allerlei Ausnahme-Tatbestände erlauben allerdings eine Weitergabe und Verwertung auch der Sozialdaten.

Dies war schon problematisch genug. Mit dem nun von der Bundesregierung eingebrachten „Gesundheitsstrukturgesetz 2000“ ist eine erhebliche Ausweitung der von den Patienten und den Leistungserbringern zu erhebenden Daten, sowie eine ebensolche Ausweitung hinsichtlich der Weiterleitung, Zusammenführung und Auswertung, vorgesehen. Begünstigte dieser Datenerhebungs- und Nutzungsrechte sind vor allem die Krankenkassen, da Ziel der Reform eine Stärkung der Stellung der Krankenkassen ist. Wohlgermerkt es handelt sich hier um die Krankheitsdaten der Bürger, die immerhin der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen (und im übrigen auch um interne Geschäftsdaten der Leistungserbringer, die dem Geschäftsgeheimnis zuzurechnen sind). Die Träger der freien Wohlfahrtspflege wie auch die Suchtverbände haben in ihrer jeweiligen Stellungnahme sehr kritisch zu dieser Entwicklung Position bezogen.

Eine ähnliche Entwicklung vollzieht sich übrigens derzeit im Heimbereich.

Auch im Rahmen und Verlauf des Qualitätssicherungsprogramms der RV gelangen höchst sensible Personen- und Einrichtungsdaten in den Verfügungsbereich der Leistungsträger. Dies alles natürlich mit der tatsächlichen oder mit der Antragstellung unterstellten Einwilligung der Betroffenen, die aber bei Ablehnung Schwierigkeiten bei der Leistungsgewährung bekommen.

Wir müssen uns jedoch auch an die eigene Nase fassen, denn auch der Datenhunger der Dokumentationssysteme ist immens. Bislang waren die Verbände, die die Dokumentationssysteme tragen, stolz darauf, dass der personenbezogenen Datenverbreitung mit den Mauern der Einrichtung Grenzen gesetzt waren. Doch scheinen wissenschaftliche und gesundheitspolitische Interessen diese Mauern ins Wanken zu bringen. Es ist dann die Rede von einem „gewissen Restrisiko der Reidentifikation des Klienten“, wenn etwa von Länderseite gefordert wird, personenbezogene Daten zusammenzuführen, um damit Patientenschicksale besser verfolgen (d.h. auch kontrollieren) zu können. Und auch im Bereich der Ergebnisqualität erscheint die Korrelation und Kreuztabulierung verschiedener personen- und strukturbezogener Daten allzu reizvoll. Der Schritt zu einem „Zentralregister“ zur Vermeidung des Missbrauchs von Sozialleistungen ist da nicht mehr weit.

Dass personenbezogene Daten auch zur verfügbaren Ware werden können, zeigen Erfahrungen in den USA, wo im Rahmen von managed-Care-Systemen „belastete Daten“ zur Risiko-Selektion, d.h. zu nichts anderem als zur Ausgrenzung medizinisch und sozial ungünstiger, heißt auch ökonomisch belastender Menschen führt.

Es ist Sache der Träger- und Fachverbände im Suchtbereich, diesen Entwicklungen entschieden entgegenzutreten. Die Träger der Freien Wohlfahrtspflege verstehen sich nicht umsonst auch als Anwalt der Betroffenen und ich hoffe, sie nehmen diese Aufgabe auch weiter wahr.

Dokumentation der Behandlung und Betreuung von Personen mit substanzbezogenen Problemen in Deutschland:

Status und Optionen für eine Weiterentwicklung

Roland Simon

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25, 80804 München

Ausgangslage

Stand der Entwicklung

1979 wurde die erste Version des Basisdokumentationssystems EBIS für ambulante Einrichtungen von den Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder in Kooperation mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege beschlossen und 1980 eingeführt. Grundlage waren die Erfahrungen und Arbeiten der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (die 1987 in das IFT übergeführt wurde) bei der wissenschaftlichen Begleitung der ersten Modellförderung des BMG für ambulante und stationäre Einrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigen („Großmodell“). Damals hatte sich gezeigt, dass kaum eine Einrichtung ihre Klientel und ihre Arbeit dokumentierte, und dass die wenigen Einrichtungen, die eine Dokumentation führten, dies in sehr unterschiedlicher Form taten. Bereits damals war das Ziel, sowohl den Einrichtungen die Daten für ihre eigenen Zwecke zur Verfügung zu stellen, als auch verbands-, länder- und bundesweite Auswertungen für Trendanalysen zu erstellen.

Seit der Einführung sind etwa 20 Jahre vergangen. Aus zunächst einem Dokumentationssystem¹ wurden vier Systemvarianten (EBIS-A, EBIS-R, EBIS-B, SEDOS), aus den knapp 200 Einrichtungen rund 850. Die ursprünglich manuelle Dokumentation wurde im Laufe der Jahre ersetzt durch eine EDV-gestützte Version mit einer zunehmend aufwändigeren Software, die es den Einrichtungen heute erlaubt, ihre Daten auch direkt in den Computer einzugeben und die Auswertungsarbeiten selbstständig zu erledigen. Ursprünglich war das System nur für die Erfassung der Klientel, der Maßnahmen und Ergebnisse gedacht, in der Zwischenzeit sind zusätzliche Themenbereiche wie die Tätigkeitsdokumentation sowie die Dokumentation präventiver Maßnahmen hinzugekommen.

EBIS und SEDOS sind jedoch in diesem Umfeld nicht allein geblieben. Verbände und in den letzten Jahren auch eine Reihe von Bundesländern haben erhebliche Anstrengungen unternommen, Lösungen mit einer breiteren Zielsetzung für unterschiedliche Nutzerkreise einzuführen. Dabei handelt es sich teilweise um eigen-

ständige Dokumentationssysteme, teilweise um EDV-Lösungen auf der Grundlage vorhandener inhaltlicher Standards. Wichtige Anstöße kamen dabei von Konzepten der Qualitätsentwicklung, der Leistungsdokumentation und der Kostenkontrolle im Rahmen der geänderten gesetzlichen Vorgaben. Zudem sind eine Reihe von gewerblichen Softwarelösungen entstanden, die ihren Schwerpunkt eher bei den Verwaltungs- und Managementaufgaben der Einrichtungen haben. Zu den Anbietern von EDV-Lösungen gehören für den ambulanten Bereich Ohltec (HORIZONT), C&S (CASE MANAGER) aber auch kleinere Anbieter wie Barten-EDV-Beratung (SOPART) sowie für den stationären Bereich Redline Date (PATFAK). Daneben bestehen eigene Dokumentationssysteme, die von Verbänden, dem Land oder Trägerverbänden getragen werden. Dies gilt zum Beispiel für DESTAS, das vom FDR im Auftrag des DPWV durchgeführt wird und die verschiedenen Systeme des Fachverbands Sucht. Hamburg hat in MOONLIGHT (Programmierung: Fa. Stone Software) ebenfalls eine Kombination aus inhaltlichem und technischem Ansatz. Die hier genannten Systeme sind vom Umfang her derzeit die wichtigsten, die Liste ist jedoch sicher nicht erschöpfend.

Die verschiedenen Aufgaben, die sich bei der Entwicklung eines Basisdokumentationssystems stellen, lassen sich dabei in zwei Bereiche zusammenfassen. Zum einen handelt es sich um fachlich-wissenschaftliche Arbeiten (wie z.B. die Anpassung der Fragen und Antwortkategorien an ICD-10) und die Auswertung und Publikation der Daten. Zum anderen geht es um die Entwicklung geeigneter EDV-Programme und zugehöriger Dienstleistungen wie Schulung und Hotline.

Ein Teil der Einrichtungen hat heute weitere Wünsche insbesondere an die Software – etwa die Einbeziehung von Abrechnungen für die Kosten- und Leistungsträger. Es stellt sich dabei zunehmend die Grundsatzfrage nach der Abgrenzung von notwendiger Software für ein System zur Dokumentation der Klientel, der Maßnahmen und der Ergebnisse von lediglich wünschenswerten Erweiterungen dieser Programme im Rahmen des Einrichtungsmanagements. Diese Frage wird verschärft dadurch, dass die Ausweitung der Aufgaben in den letzten Jahren mit einer tendenziell geringeren finanziellen Ausstattung einhergeht. Es stellt sich bei

dieser Entwicklung die Frage, in welcher Weise eine nationale Dokumentation weiterentwickelt werden soll. Dabei sind mehrere Teilfragen zu unterscheiden, von denen die ersten beiden inhaltlicher, die letzten beiden technischer Natur sind:

1. Wie werden inhaltliche Standards (Fragekatalog, Methodik der Erfassung) bei Anwendung unterschiedlicher Dokumentationssysteme und Programme gesetzt?
2. Wie erfolgt die inhaltliche Gestaltung der nationalen Gesamtstatistik ?
3. Wie erfolgt die technische Datenerfassung in den Einrichtungen (EDV-Programme) ?
4. Wie erfolgt die technische Zusammenführung der Daten in einer nationalen Gesamtstatistik?

Erste Standards (Teilfrage 1) wurden durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogen-sucht in ihrer Core Item List Treatment (Simon & Pfeiffer, 1998), sowie national darauf aufbauend durch die Statistik-Arbeitsgruppe der DHS im „Deutschen Kerndatensatz Behandlung“ (DHS, 1998) festgelegt. Beide finden allgemeine Zustimmung in Deutschland, wobei die korrekte und einheitliche Implementierung noch nicht endgültig gelöst ist.

Für die inhaltliche Gestaltung der nationalen Gesamtstatistik (Teilfrage 2) hat die DHS ein Konzept zur Einrichtung einer Arbeitsgruppe vorgelegt, die neben den Einrichtungsvertretern auch Vertreter der Leistungsträger und der Bundesländer vorsieht. Diese Gruppe soll nach diesem Vorschlag in Zukunft für die Erstellung und Publikation der Deutschen Behandlungsstatistik verantwortlich zeichnen.

Die intensivste Diskussion wird derzeit über Teilfrage 3 geführt. Eine Reihe von EDV-Programmen bieten technische Lösungen, die deutlich über den bisherigen Stand der Softwareentwicklung in den Dokumentationssystemen in EBIS, SEDOS oder DESTAS hinausgehen. Funktionen für Klientenverwaltung und Behandlungsabwicklung werden hierin angeboten, während die Dokumentationssysteme im Vergleich vor allem Basisfunktionen zur Verfügung stellen.

Technische Lösungen (Teilfrage 4) für eine aggregierte Datenzusammenführung von Daten aus verschiedensten Quellen wurden unter Nutzung der in EBIS und SEDOS entwickelten Routinen gefunden. Die Frage, ob und in welchem Umfang anonymisierte Daten klientenbezogen zusammengeführt werden sollen, wird zur Zeit intensiv diskutiert.

Im folgenden Text findet sich in Teil I eine kurze Beschreibung der wichtigsten Systeme zur Dokumentation der Behandlung von Personen mit substanzbezogenen Problemen in Deutschland und die EDV-Programme in ihrem Umfeld. In Teil II werden allgemeine Rahmenüberlegungen zur Gestaltung und Weiterentwicklung von Dokumentationssystemen dargestellt. Teil III umfasst eine Beschreibung der Optionen und ihrer möglichen Auswirkungen.

1. Gegenwärtiger Stand der Entwicklung

1.1 Themenbereiche von Dokumentationssystemen und -Programmen

Dokumentationssysteme und EDV-Programme, die in diesem Bereich eingesetzt werden, haben teilweise recht unterschiedliche Ausgangspunkte und decken die relevanten Themenbereiche in recht unterschiedlichem Maße ab. Die untenstehende Liste gibt einige Anhaltspunkte für die wichtigsten Themenbereiche in diesem Umfeld.

Themenbereiche	Inhalte
Träger	Verband, politische Institution oder Gremium
Status	Dokumentationssystem: inhaltliche Festlegungen, Analyse EDV-Programm: primär technische Lösung
Gegenstand der Datenerhebung	Angaben zu den Einrichtungen Angaben zu den Klienten Maßnahmen und Leistungen Ergebnisse
Art der Auswertungen	national/regional/pro Einrichtung
Verantwortlichkeiten	Entscheidungskompetenzen/ Konsensbildung
Fachlich-inhaltliche Aufgaben	Wissenschaftliche Analyse der fachlichen Entwicklungen Pflege und Überarbeitung der Frage- und Antwortkategorien Zusammenfassung der Daten aus den verschiedenen Softwaresystemen Auswertung und Publikation der Daten Fachliche Schulungen
Systembezogene technische Aufgaben	Benutzersoftware Handbuch Hotline Aggregierungssoftware Schulung in der Handhabung der Software

1.2 Angewandte Systeme in Deutschland

Im Folgenden werden die am weitesten verbreiteten Systeme zur Dokumentation in Deutschland und die EDV-Programme in diesem Umfeld vorgestellt. Am Ende des Kapitels finden sich noch einige Hinweise auf die Programme und Systeme, die von Umfang oder Perspektive als weniger aussichtsreich eingeschätzt werden. Da nur ein allgemeiner Überblick gegeben werden soll und aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf viele Details verzichtet.

DESTAS/HORIZONT

Destas entstand Ende der achtziger Jahre im Umfeld vor allem von Einrichtungen, die mit Abhängigen von

illegalen Drogen arbeiteten. Es wurde vom DPWV bzw. in dessen Auftrag vom FDR entwickelt und durchgeführt. Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge der Einrichtungen sowie durch eine Kostenbeteiligung des BMG.

DESTAS ist bereits seit längerer Zeit Mitglied in der Statistik-AG der DHS und hat die Entwicklung des Deutschen Kerndatensatzes wesentlich mitgetragen. Es ist vorgesehen, zum Anfang des Jahres 2000 die aktuelle Fassung des Deutschen Kerndatensatzes zu 100 % zu unterstützen.

DESTAS ist bisher in erster Linie Dienstleistung für die Einrichtungen, ein einrichtungsübergreifender Gesamtbericht wurde nicht erstellt. 1999 wurden einige Datensätze im Rahmen einer Pilotphase für eine nationale Statistik analog zu EBIS übernommen. Weitere Entwicklungsarbeiten sind notwendig, um eine fehlerfreie Datenübernahme zu gewährleisten. Ab 1.1.2000 basiert das System technisch auf Horizont.

Träger	EDV-Entwicklung: EDV-Firma inhaltlich: FDR / DPWV
Status	Dokumentationssystem
Fokus	Statistik
Finanzierung durch	FDR, BMG, Einrichtungen
Zahl teilnehmender Einrichtungen	ca. 100
inhaltliche Vorgaben	DESTAS Datensatz
Deutscher Kerndatensatz erfüllt	ca. 80 %, ab 1.1.2000 zu 100 %
Auswertungen lokal	ja
Auswertungen auf regionaler/Verbandsebene	nein
Auswertungen auf nationaler Ebene	nein
Datenlieferung für nationale Statistik	geplant, in Pilotphase
Technischer Stand	Windows-Version ab 2000 in Kooperation mit Horizont geplant
verantwortlich für inhaltlich-fachliche Aufgaben	DESTAS
verantwortlich für technische Aufgaben	Ohltec Horizont

EBIS-A

EBIS-A wurde 1980 in einer manuellen Version und mit einer Beteiligung von rund 200 Beratungsstellen gestartet. Eine Vorläuferversion war im Rahmen eines großen Bundesmodells in ambulanten Behandlungsstellen bereits 1978 eingesetzt worden und diente als Pilotversion. Die manuelle Version des Dokumentationssystems wurde 1995 eingestellt, Ende 1997 lief auch die DOS-Version des Programms aus. Zur Zeit ist die Windows-basierte Version 5.3 in den beteiligten Einrichtungen in Benutzung.

EBIS-A wurde bis 1996 zu 100 % durch Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) finanziert, heute tragen die Einrichtungen einen jährlichen Eigenanteil an den Kosten der Softwareentwicklung und technischen Betreuung. Im Mittelpunkt stehen die bundesweite Auswertung, Länder- und Verbandsauswertungen sowie die Kompatibilität dieser Auswertungen mit Anforderungen der Europäischen Drogenbeobachtungsbehörde (EBDD).

Träger	EBIS-AG (DCV, DHS, DW, IFT)
Status	Dokumentationssystem
Fokus	Statistik
Finanzierung durch	BMG, Einrichtungen
Zahl teilnehmender Einrichtungen	ca. 600, davon 529 Hauptstellen
inhaltliche Vorgaben	EBIS Datensatz
Deutscher Kerndatensatz erfüllt	85 %, ab 1.1.2000 zu 100 %
Auswertungen lokal	ja
Auswertungen auf regionaler/Verbandsebene	ja
Auswertungen auf nationaler Ebene	ja, Tabellen und Berichte
Datenlieferung für nationale Statistik	ja
Technischer Stand	Windows-Version, Überarbeitung von Fragebogen, Funktionen und Oberfläche ab 1.1. 2000
verantwortlich für inhaltlich-fachliche Aufgaben	EBIS-AG, IFT
verantwortlich für technische Aufgaben	IFT

EBIS-B

1994 beschloss der Deutsche Caritasverband, die von ihm seit 1988 finanziell geförderte und vom IFT entwickelte spezielle Version von EBIS für die Wohnungslosenhilfe einem größeren Spektrum von Einrichtungen im überwiegend niedrighschwelligem Bereich außerhalb der ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zugänglich zu machen. Unter der Bezeichnung EBIS-B (B für Basishilfen) wurde ein System entwickelt, das neben einem einheitlichen Mantelfragebogen für alle beteiligten Einrichtungstypen und Hilfearten mehrere spezifische Fragebögen aufweist (ambulante und (teil)stationäre Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe, Arbeitsprojekte/Arbeitshilfen).

Die Teilnehmerzahl beträgt derzeit etwa 90 Einrichtungen. Eine Zusammenarbeit mit dem DWA-System der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe wurde zum 1.1.99 vereinbart. Die Zahl der Einrichtungen wird dadurch auf voraussichtlich über 120 zunehmen. In EBIS-B werden alljährlich tabellarische Berichte erstellt, für einige Jahre liegen auch kommentierte Berichte vor. Ein Teil der Daten und Klienten

ist relevant für die nationale Statistik der Suchtkrankenhilfe.

Träger	DCV, IFT
Status	Dokumentationssystem
Fokus	Statistik
Finanzierung durch	DCV, Einrichtungen
Zahl teilnehmender Einrichtungen	ca. 110
inhaltliche Vorgaben	EBIS-B
Deutscher Kern-datensatz erfüllt	85 % soweit inhaltlich möglich
Auswertungen lokal	ja
Auswertungen auf regionaler/Verbandsebene	ja
Auswertungen auf nationaler Ebene	ja, Tabellen, teilweise Berichte
Datenlieferung für nationale Statistik	ja
Technischer Stand	Windows-Version, Überarbeitung von Fragebogen, Funktionen und Oberfläche zum 1.1. 2000
verantwortlich für inhaltlich-fachliche Aufgaben	IFT in Kooperation mit DCV, BAG-W und Einrichtungen
verantwortlich für technische Aufgaben	IFT

HORIZONT

Das EDV Programm Horizont entstand aus einem Eigenprojekt einer Einrichtung in Schleswig-Holstein. Nach einer 5-jährigen Pilotphase mit fünf Einrichtungen ist ein landesweiter Einsatz mit Förderung durch Landesmittel in ganz Schleswig-Holstein ab 2000 geplant. Auch in Nordrhein-Westfalen wird Horizont im Rahmen eines Landesprojekts in rund 140 Einrichtungen ab 2000 eingesetzt. Daten sollen hieraus ab 2000 zur Verfügung stehen.

Horizont ist als Programm zur administrativen Unterstützung der Arbeit vor Ort konzipiert und weist ein Maximum an Flexibilität in Inhalten auf. Es trifft selbst zunächst keinerlei Festlegungen zu Themenbereichen und Items. Da das Programm weitgehend konfigurierbar ist, kann dies individuell definiert werden. Diese Stärke birgt allerdings das Problem, dass Vergleichbarkeit und Standards zwischen verschiedenen Anwendern schwer zu gewährleisten sind.

Träger	EDV-Entwicklung: Ohltec Inhaltlich: Bundesländer/ Auftraggeber
Status	EDV-Programm
Fokus	Administration
Finanzierung durch	Bundesländer, Einrichtungen
Zahl teilnehmender Einrichtungen	derzeit ca. 20, Ende 1999/ Anfang 2000 voraussichtlich ca. 150

inhaltliche Vorgaben	keine eigenen Übernahme gewünschter Standards
Deutscher Kern-datensatz erfüllt	auf Wunsch des Auftraggebers
Auswertungen lokal	ja
Auswertungen auf regionaler/Verbandsebene	ja
Auswertungen auf nationaler Ebene	nein
Datenlieferung für nationale Statistik	ja, in Pilotphase
Technischer Stand	Windows-Version
verantwortlich für inhaltlich-fachliche Aufgaben	Auftraggeber, Land
verantwortlich für technische Aufgaben	Ohltec/Horizont

BADO – Hamburg

Die Stadt Hamburg hat vor einigen Jahren im Zusammenhang mit der regionalen Gesundheitsplanung und dem Wunsch nach besseren und aktuellen Planungs- und Steuerungsinformationen im Bereich der Suchtarbeit ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt. Durch Einsatz eines Vereins (BADO e.V.) als Clearingstelle zwischen Einrichtungen, Klienten und Land wurde dabei die Möglichkeit geschaffen, personenbezogene Datensätze aus unterschiedlichen Stellen zusammenzuführen und damit Doppelnennungen auszuschließen sowie Betreuungswege nachzuzeichnen. Die EDV-Programme basieren derzeit auf dem Einsatz von Moonlight. Andere EDV-Lösungen sind im Prinzip ebenso möglich, wenn der gemeinsame Datensatz verwendet wird. Ein erster Bericht wurde 1999 veröffentlicht. Daten für eine nationale Statistik wurden bisher nicht geliefert.

Moonlight	
Träger	EDV-Entwicklung: Stone Software Inhaltlich: BADO e.V.
Status	Dokumentationssystem
Fokus	Administration und Leistungsdokumentation
Finanzierung durch	Senat Hamburg
Zahl teilnehmender Einrichtungen	ca. 30
inhaltliche Vorgaben	Hamburg
Deutscher Kern-datensatz erfüllt	unbekannt
Auswertungen lokal	ja, ab 1999
Auswertungen auf regionaler/Verbandsebene	ja, ab 1999
Auswertungen auf nationaler Ebene	nein

Datenlieferung für nationale Statistik	nein
Technischer Stand	Apple-Version, breite Funktionalität
verantwortlich für inhaltlich-fachliche Aufgaben	BADO e.V.
verantwortlich für technische Aufgaben	Stone Software, ev. in Zukunft weitere EDV-Anbieter

SEDOS

1993 wurde im Bereich der stationären Suchtkrankenhilfe von den Trägern der beiden parallel existierenden Dokumentationssysteme EBIS-stationär und DOSY beschlossen, beide Systeme unter dem Namen SEDOS zu einem neuen System zu vereinen. Es wurde – analog zu EBIS – unter die Trägerschaft einer SEDOS-Arbeitsgemeinschaft gestellt, der neben dem DCV, dem GVS, der DHS und dem IFT der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), der Fachverband Sucht e.V. (FVS) und der DOS angehören. Seit 1995 wird dieses Programm nur noch als WINDOWS-Version weiterentwickelt. Zur Zeit liegt die Zahl der Nutzer bei etwa 130 Einrichtungen. Wie in EBIS-A werden kommentierte Jahresberichte publiziert. Die Einrichtungen tragen seit 1997 ebenfalls einen jährlichen Eigenanteil. Den größten Anteil an der finanziellen Förderung stellt das BMG.

SEDOS	
Träger	SEDOS-AG (DCV, DHS, DW, IFT, buss, FVS. DO-S)
Status	Dokumentationssystem
Fokus	Statistik
Finanzierung durch	BMG, Einrichtungen
Zahl teilnehmender Einrichtungen	ca. 130
inhaltliche Vorgaben	SEDOS Datensatz
Deutscher Kern-datensatz erfüllt	85 %, ab 1.1.2000 zu 100 %
Auswertungen lokal	ja
Auswertungen auf regionaler/Verbands-ebene	ja
Auswertungen auf nationaler Ebene	ja, Tabellen und Berichte
Datenlieferung für nationale Statistik	ja
Technischer Stand	Windows-Version, Überarbeitung von Fragebogen, Funktionen und Oberfläche zum 1.1. 2000
verantwortlich für inhaltlich-fachliche Aufgaben	SEDOS-AG, IFT
verantwortlich für technische Aufgaben	IFT

Sonstige Systeme

Weitere Systeme wurden durch verschiedene Institutionen, Verbände und Firmen entwickelt. Die Software stammt dabei in der Regel von gewerblichen EDV-Entwicklern. Die folgenden Systeme werden in einer relativ kleinen Zahl von Einrichtungen, nur von bestimmten Verbänden oder aber in Randbereichen der spezialisierten Suchthilfe eingesetzt. Es handelt sich dabei um die folgenden Dokumentationssysteme:

1. Unter dem Namen BADO (für Basisdokumentation) wenden einige Kliniken im Rahmen des Fachverbandes Sucht ein einheitliches Dokumentationssystem an. Da der FVS Mitglied der Statistik-AG der DHS ebenso wie der SEDOS-AG ist, ist der Informationsfluss bezüglich des nationalen Standards gewährleistet. Für die genannte Gruppe von Einrichtungen wurden mehrere Publikationen der Jahresergebnisse vorgelegt. Es wurden bisher keine Daten zu einer deutschen Gesamtauswertung zur Verfügung gestellt.
2. Unter dem gleichen Namen BADO (für Basisdokumentation) werden in Psychiatrischen Kliniken Informationen zur Klientel und Arbeit im Bereich Psychiatrie erfasst. Grundlage ist der psychiatrische Kern-datensatz, zu dem als Ergebnis einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von SEDOS und BADO auch eine Ergänzungsliste mit allen Items vorliegt, die für SEDOS über diese BADO hinaus erhoben werden. Da BADO und Ergänzung bisher nicht einheitlich implementiert wurden – eine gemeinsame EDV-Lösung einiger bayerischen Kliniken ist bekannt, daneben Lösungen in Berlin, Norddeutschland etc. – muss mit Abweichungen im Detail gerechnet werden. Es wurden bisher keine Daten für eine deutsche Gesamtauswertung zur Verfügung gestellt.
3. In einer Zufallsstichprobe der EBIS-A-Einrichtungen wird EBIS-R in 25 Referenz-Einrichtungen durchgeführt. Diese erheben neben den üblichen EBIS-A-Daten pro Fall jeden nicht bestimmungsgemäßen bzw. abhängigen Gebrauch (ICD10) von Medikamenten. Die Namen aller erhobenen Präparate werden dreimal jährlich, weitere Daten zum Konsum einmal jährlich in den Einrichtungen abgefragt. Die Informationen werden mit anderen Angaben zum Klienten verknüpft. Die Ergebnisse werden dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verfügung gestellt, das EBIS-R auch finanziell fördert. Einmal jährlich erscheint ein Bericht. Die Informationen dienen zur Kontrolle des Missbrauchspotentials von Arzneimitteln, die in Deutschland auf dem Markt sind.
4. Das Programm FRADOSIS wurde vor einigen Jahren mit finanzieller Unterstützung durch die Europäische Union auf der Basis eines EDV-Programms des Gesundheitsamts Amsterdam entwickelt und an Frankfurter Verhältnisse angepasst. Über einen routinemäßigen Einsatz ist nichts bekannt.

Weitere Systeme sind EDV-Programme, die sich an vorhandenen inhaltlichen Standards orientieren ohne selbst den Charakter von Dokumentationssystemen zu besitzen:

1. Die Firma C+S, Augsburg bietet das Programm KLIENT an sowie ein umfangreicheres Nachfolge-

produkt CASE MANAGER. Nach unserem Wissensstand liegt die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen im Bereich der Suchthilfe bei unter 20. EBIS-Kompatibilität wurde angekündigt, jedoch bisher keine Daten zu einer Gesamtauswertung zur Verfügung gestellt. Der Fokus liegt im Bereich Verwaltung.

- Bei PATFAK handelt es sich um ein EDV-Programm der Firma Redline Data, das zur Fakturierung und für den Finanzbereich in mehr als 70 stationären Einrichtungen eingesetzt wird. Zur Vereinfachung der Datenerhebung wurde dabei in einigen Einrichtungen der SEDOS Datensatz integriert, in anderen wurde eine Schnittstelle zum SEDOS Programm vor Ort hergestellt. Die Datenübernahme für die nationale Statistik wurde 1999 in einer Pilotphase für fünf Einrichtungen erprobt.

Rahmenbedingungen für Dokumentationssysteme in der Suchtkrankenhilfe

2. Relevante Einrichtungsformen

Hilfeangebote für Menschen mit substanzbezogenen Problemen, z.B. Abhängigen, Personen mit riskantem Konsum oder Familienmitgliedern von Abhängigen, werden durch eine Reihe unterschiedlicher Institutionen gemacht. Prinzipiell soll ein Dokumentationssystem (DS) diese alle berücksichtigen:

- Ein Teil der Einrichtungen ist auf die Klientel und suchtspezifische Betreuungsangebote spezialisiert. Dies gilt zum Beispiel für die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke oder für die Substitutionseinrichtungen.
- Andere Angebote sozialer Unterstützung sind auf eine breitere Zielgruppe ausgerichtet, nehmen Suchtklienten jedoch in mehr oder weniger großem Umfang auf. Dies gilt etwa für Anbieter von Notschlafstellen und Arbeitsprogramme.
- Als dritter Bereich ist die medizinische Primärversorgung zu nennen, die in den letzten Jahren, z.B. durch die zunehmende Methadon-Substitution, verstärkt mit Abhängigen zu tun hat.

Prinzipiell sind die Anforderungen aller genannten Einrichtungsgruppen für DS zu berücksichtigen. Allerdings gilt derzeit, bedingt durch die unterschiedliche Praxis der Finanzierung dieser Angebote sowie durch die verschiedenen Aufgaben, Rollen und Positionen in der Gesundheitsversorgung, dass sich vor allem der traditionelle Typ der Psychosozialen Beratungsstelle für den Einsatz eines DS interessiert. Daneben ist ein zunehmendes Interesse der Einrichtungen aus Gruppe 2 festzustellen. Die dritte Gruppe erbringt ihre Leistungen im Rahmen allgemeiner ärztlicher Tätigkeit und unterliegt den entsprechenden Regelungen bei der Finanzierung und Abrechnung nach GOÄ. Hier ist bisher nur minimales Interesse an der Beteiligung an einer gemeinsamen Statistik zu erkennen. Die unterschiedlichen Interessenlagen sind bei der Frage zu berücksichtigen, welche Elemente notwendig und welche Anforderungen an zukünftige Systeme vorrangig zu stellen sind. Spezielle Anforderungen auf ärztlicher

Seite sollten nur dann berücksichtigt werden, wenn eine nennenswerte Anzahl von Nutzern zu erwarten ist.

Die verschiedenen Systeme der Versorgung für Personen mit substanzbezogenen Problemen sind im folgenden idealtypisch beschrieben. Aus fachlicher Notwendigkeit, aber auch aufgrund finanzieller Einschränkungen und Anforderungen ist in den letzten Jahren die Intensität der Kooperation und Vernetzung zwischen diesen verschiedenen Angeboten stark angestiegen. Gleichzeitig haben sich die Organisationsformen verändert hin zu sehr viel flexibleren, vielschichtigeren und komplexeren Strukturen. Ein DS muss in der Lage sein, diese unterschiedlichen und immer stärker differenzierten Strukturen widerzuspiegeln. Die wichtigsten institutionellen Formen der Hilfe für Menschen mit substanzbezogenen Problemen werden im folgenden für Deutschland beschrieben.

2.1 Niedrigschwellige Einrichtungen

Niedrigschwellige Einrichtungen bieten Überlebenshilfen und lebenspraktische Unterstützung mit dem Ziel an, einerseits die körperliche und psychische Situation von Personen mit substanzinduzierten Problemen zu stabilisieren und zu verbessern, andererseits aber wird auch versucht, über diesen Weg einen Zugang für weiter reichende therapeutische Ziele zu schaffen. Entweder in der gleichen Einrichtung oder nach einer Vermittlung in entsprechende andere Stellen kann daraus die Möglichkeit zu einer intensiveren Behandlung und langfristig zu einer Besserung oder Behebung des Suchtproblems führen. Häufig werden niedrigschwellige Angebote im Rahmen ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen vorgehalten, in manchen Fällen handelt es sich jedoch auch um eigenständige Einrichtungen. Typische Angebote auf dieser Ebene sind z.B.:

- Notschlafstellen
- Spritzentausch
- Konsumräume (Fixerstuben)
- Tagesaufenthalte
- Aufsuchende Arbeit.

2.2 Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen

Ambulante Beratungsstellen – oft auch als Beratungs- und Behandlungsstellen, psychosoziale Beratungsstellen (PSB) oder psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen (PSBB) bezeichnet – stellen seit vielen Jahren die am weitesten verbreitete Form von Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Problemen (SBP) dar. Traditionell weisen sie eine „Komm“-Struktur auf und gelten als hochschwierig. Die Einrichtungen sind in der Mehrzahl offen für Probleme mit allen Substanzen, weisen in der Praxis aber meist einen Schwerpunkt auf (Alkohol bzw. illegale Drogen). Insbesondere im städtischen Bereich haben sich etwa 20 % der vorhandenen Einrichtungen auf Drogenprobleme spezialisiert. Allerdings ist aufgrund der zunehmenden „Vermischung“ der Klientengruppen – immer mehr

Drogenabhängige haben auch Alkoholprobleme, die Begrenzung der Drogenprobleme auf die Gruppe der Jugendlichen ist nicht mehr gegeben – diese Differenzierung zunehmend schwierig.

Eine ambulante Beratungsstelle weist heute durchschnittlich folgende typische Merkmale auf:

- Es gibt etwa fünf Vollzeitstellen für Mitarbeiter.
- Das Fachpersonal setzt sich vor allem aus Sozialarbeitern/-pädagogen und Diplom-Psychologen zusammen.
- Das durchschnittliche Jahresbudget beträgt in den alten Ländern etwa DM 540.000, in den neuen DM 310.000.
- Es werden pro Jahr etwa 285 KlientInnen in mehr als zwei Kontakten betreut. Hinzu kommen 180 Personen, die nur einen Kontakt mit der Stelle haben sowie 250 Personen, die im Rahmen von Kontaktzentren oder anderen allgemeinen Maßnahmen erreicht werden.

Die ambulanten Beratungsstellen unterscheiden sich individuell und nach Bundesland erheblich. Dies betrifft Organisationsform – Eigenständigkeit, Einbindung z.B. in allgemeine Sozialdienste – aber auch Größe, personelle Ausstattung und Zielgruppe. Sie bieten neben der Betreuung der Betroffenen selbst eine breite Palette von Angeboten, zu denen unter anderem die folgenden gehören:

- Primärprävention
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Betreuung von Familienmitgliedern

2.3 Ambulantes betreutes Wohnen

Angebote des ambulanten betreuten Wohnens stellen eine Form von Betreuung von Personen mit suchtmittelinduzierten Problemen dar, in der ein weitgehend selbständiger Lebens- und Wohnstil durch unterstützende Maßnahmen ergänzt wird. Anders als in stationären Hilfeangeboten bleibt dabei der Alltag und die normalen Lebenszüge über weite Strecken erhalten.

2.4 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte

Zunehmend schwieriger wurde in den letzten Jahren die Aufgabe der Suchthilfeinrichtungen, ihre Klienten wieder in die normalen Arbeitsbezüge einzugliedern. Die wirtschaftliche Lage und die große Zahl der Arbeitslosen in Deutschland hat dies inzwischen so schwierig gemacht, dass häufig der Weg über Arbeits- und Beschäftigungsprojekte eingeschlagen wird. Diese Projekte werden zum Teil von den Trägern der Suchtkrankenhilfe durchgeführt und sind bei größeren Trägern oft Teil des Gesamtangebotes für diese Klientel.

2.5 Ärztliche Praxis

Bedingt durch die starke Zunahme der Substitution, aber auch durch das allgemein zunehmende Interesse von Ärzten an der Behandlung von Personen mit sub-

stanzbezogenen Problemen hat sich eine deutliche Erweiterung des Angebotes in der niedergelassenen Ärzteschaft ergeben. Ein erheblicher Teil der Substitution findet heute in der Praxis der niedergelassenen Ärzte oder aber in Schwerpunktpraxen statt, die dann überwiegend die Klientel aus dieser Gruppe betreuen. Vom Konzept her wird die medizinische Behandlung durch soziotherapeutische Maßnahmen – z.B. von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen – ergänzt. In der Praxis findet dies nicht immer statt, wobei die Tendenz zur Einbeziehung eher abnimmt. Im Ergebnis ist ein wesentlicher Teil der substituierten Klientengruppe nur über die niedergelassenen Ärzte zu erreichen.

2.6 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Neben ambulanten Hilfen sind die stationären Angebote der Grundpfeiler der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit substanzbezogenen Problemen in Deutschland. Im Vergleich zu ambulanten Angeboten sind stationäre Einrichtungen zumindest innerhalb der verschiedenen Untertypen weniger heterogen, was zum großen Teil mit der kleineren Zahl von Kosten- und Leistungsträgern und den klaren Vorgaben von dieser Seite bezüglich sachlicher und personeller Ausstattung und therapeutischem Angebot zu tun hat. Die Zielsetzung der Einrichtungen variiert zwischen Abstinenz und völliger Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und einer graduellen Wiederherstellung der Fähigkeit zum eigenständigen Leben.

Stationäre Einrichtungen finden sich vor allem in den folgenden Varianten:

- Stationäre Entwöhnungseinrichtung (Fachklinik, Rehaeinrichtung) für Suchtkranke

Diese Einrichtungen sind eigenständig organisiert. Die Mitarbeiter sind Mediziner, Diplom-Psychologen und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, wobei die therapeutische Leitung in der Regel bei einem Arzt oder Psychologen liegt.

- Akutmedizinisches Angebot, das z.B. der Entgiftungsbehandlung dient

Die Behandlung ist hier vorrangig somatisch orientiert, jedoch wurde in den letzten Jahren die „qualifizierte Entgiftung“ stark ausgebaut, die den Übergang aus der Entgiftungssituation in eine langfristige Entwöhnungsbehandlung erleichtern soll. Hier findet häufig die Entwöhnung im gleichen Setting, etwa im Bereich der gleichen psychiatrischen Einrichtung oder zumindest beim gleichen Träger statt.

- Abteilung einer größeren medizinischen Klinik, z.B. als Suchtabteilung einer Psychiatrischen Klinik

Die Einrichtungen sind in der Regel relativ groß und stehen unter der Leitung eines Mediziners, zumeist aus dem Fachbereich Psychiatrie. Soweit die Einrichtungen einen Versorgungsauftrag für die Region zu erfüllen haben, unterscheidet sich die Klientel, die ohne Vorselektion und Vorbedingungen aufgenommen wird, deutlich etwa von den Einrichtungen von Typ 1. Die Rahmenbedingungen sind schwieriger, die Prognosen häufig weniger positiv und damit

auch die therapeutischen Ziele weniger weitreichend definiert als in Typ 1.

Die Zielrichtungen der Einrichtungen und die Behandlungsziele variieren erheblich, z.B.:

- Körperliche Entgiftung mit Einleitung der Entwöhnungsphase
- Entwöhnung als psychotherapeutischer Langzeitprozess nach Abschluss der körperlichen Entgiftung
- Betreuung von Langzeitabhängigen mit erheblichen, teilweise nichtreversiblen Folgeschäden zur teilweisen Wiederherstellung der Fähigkeit zum selbständigen Leben bzw. zur Langzeitbetreuung in beschützender Umgebung
- Reintegration oder erstmalige Integration von Klienten in normale Lebens- und Arbeitsbezüge.

2.7 Heime und Übergangseinrichtungen

Stationäre Einrichtungen können – nach Abschluss einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung – dabei helfen, dem Klienten einen nahtlosen und unproblematischen Übergang in die Normalität zu ermöglichen. Für andere Personengruppen, insbesondere für chronisch mehrfach geschädigte Abhängige (CMA) mit reduzierten therapeutischen Zielvorstellungen und sehr langfristigen Behandlungsansätzen sind ebenfalls in den letzten Jahren Heime entstanden, die ein adäquates Maß an Fürsorge und Unterstützung für diese Personengruppe leisten. An erster Stelle stehen in diesem Typ von Einrichtungen das Wiedererlernen der alltäglichen Lebensvollzüge. Behandlung im medizinischen oder psychotherapeutischen Sinne ist hier eher nachgeordnet bzw. man geht davon aus, dass diese bereits in einer früheren Phase der Betreuung stattgefunden hat und abgeschlossen wurde.

2.8 Aufsuchende Hilfen

Streetwork stellt den Kontakt zu Personen mit Problemen oder riskantem Verhalten im Umfeld von psychotropen Substanzen her, die andere Hilfeangebote nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang aufsuchen. In erster Linie betrifft dies Drogenkonsumenten. Die Streetworker sind häufig Mitarbeiter von Beratungs- und Behandlungsstellen oder an andere Institutionen angebunden. Dennoch unterscheidet sich Arbeitsstil und Zielgruppe erheblich von der Arbeit in ambulanten oder stationären Einrichtungen. Sie zeichnet sich durch ein hohes Maß an informellen Kontakten zwischen Helfer und Klient aus (Zeiten, Häufigkeit, Ziel der Kontakte variiert). Die Rahmenbedingungen machen eine andere Art der Informationssammlung notwendig, als dies etwa in PSBs möglich ist.

2.9 Fachstellen für Prävention

Zunehmend wird Primärprävention nicht im Rahmen etwa psychosozialer Beratungs- und Behandlungsstellen geleistet, sondern durch spezielle Fachkräfte bzw. Fachstellen. Diese Arbeit ist oft an Gruppen orientiert

und damit nicht in der gleichen Weise zu dokumentieren wie therapeutische Ansätze, die auf das Individuum ausgerichtet sind. Wichtige Angebote dieser Fachstellen sind z.B. schulische Präventionsveranstaltungen oder die Unterstützung von Mediatoren in Gemeinden und Städten.

2.10 Sonderfall: Anbieter ambulante Rehabilitation

Einen Sonderfall ambulanten Beratungs- und Behandlungsarbeit stellt die Behandlung im Rahmen der Vereinbarungen der Leistungsträger zur „Ambulanten Rehabilitation“ dar. Die Kosten einer gewissen Zahl von Einzel- bzw. Gruppensitzungen werden dabei durch die Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung getragen, soweit bestimmte Voraussetzungen durch die Stelle und die beteiligten Mitarbeiter gegeben sind. Da in diesem Fall Therapiesitzungen als Einzel- oder Gruppentherapie einschließlich einiger Rahmendaten zu dokumentieren sind, sind hier besondere Anforderungen zu beachten. Eine relativ große Zahl von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen im Westen, deutlich weniger im Osten Deutschlands haben inzwischen Verträge mit der BfA und/oder der LVAs zur Durchführung dieser Behandlungsmaßnahmen geschlossen. Die Konsequenzen des Psychotherapeutengesetzes für die Durchführung dieser Maßnahmen sind noch nicht völlig klar.

Neben diesen Einrichtungen in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege oder in kommunaler Hoheit finden sich einzelne private Anbieter für die ambulante Rehabilitation, etwa niedergelassene psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten.

2.11 Sonderfall: Beratung und Behandlung im Strafvollzug

Eine spezielle Klientengruppe sind die Häftlinge in Strafvollzug und Untersuchungshaft. Der Anteil der Personen mit Drogenproblemen an den Gefängnisinsassen wird in der Bundesrepublik auf mehr als 30 % geschätzt. Auch Alkohol spielt eine erhebliche Rolle in den deutschen Gefängnissen. Beratung und Behandlung wird häufig durch externe ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen angeboten, die diesem Zweck Sprechstunden oder eigene Außenstellen in den Justizvollzugsanstalten haben. Die besonderen Gegebenheiten des Settings bedeuten für die Berater eine andere Position gegenüber ihren Klienten als dies außerhalb der Justizvollzugsanstalten der Fall ist.

3. Nutzergruppen

Unterschiedliche Gruppen von Personen, die in der Beratung und Behandlung von Personen mit substanzbezogenen Problemen tätig sind, sind potentielle Nutzer eines Dokumentationssystems. Diese Gruppen unterscheiden sich teilweise erheblich in ihrem Auftrag, ihrem Selbstverständnis und in den spezifischen Qualifikationen, die sie einbringen. Insbesondere ist ih-

re Affinität zu einem DS sehr unterschiedlich ebenso wie ihre Anforderung an Benutzung und Nutzbarkeit solcher Systeme. Eine kurze Beschreibung der wichtigsten Benutzergruppen soll dies aufzeigen.

3.1 Mitarbeiter

Sozialarbeiter, Ärzte und Diplom-Psychologen sind die überwiegenden Berufsgruppen, die in der Beratung und Behandlung von Personen mit Suchtproblemen tätig sind. Sie haben in ihrer alltäglichen Arbeit den intensivsten Kontakt mit einer Dokumentation. Zunehmend ist dies auch die Gruppe, die Dokumentation von sich aus fordert und als wesentlich für die Ausführung ihrer Tätigkeit ansieht. Die erfassten und dokumentierten Daten werden dabei häufig als quantitativ und qualitativ nicht zureichend oder geeignet zur Beschreibung der eigenen Arbeit eingeschätzt. Gewünscht wird von einem DS, dass es

- Anamnese und begleitende Dokumentation der Betreuung gemäß des jeweils benutzten therapeutischen Konzepts unterstützt
- Therapieplanung und -evaluation vereinfacht und unterstützt
- vom Gesamtaufwand möglichst wenig Arbeitszeit erfordert.

In jeder Einrichtung, die an einem DS teilnimmt, besteht die Notwendigkeit, auf die erfassten Daten einzeln und in Form von Übersichten zurückzugreifen. Vorhandene Daten müssen für administrative Zwecke, etwa für die Therapieplanung, einfach zugänglich sein. Nur eine optimale Nutzung der Daten führt zu einer hohen Motivation, die Informationen vollständig, zeitnah und verlässlich zu erfassen. Dabei sind jedoch die Anforderungen an die analytischen Funktionen der Programme in diesem Zusammenhang sehr begrenzt. Nur eine sehr kleine Anzahl von Einrichtungen ist in der Lage und interessiert, selbst kleine Forschungsprojekte durchzuführen. In der Regel fehlt Zeit, Personal und spezielles Know-how, um mehr als einfache deskriptive Auswertungen vorzunehmen. Die komplexen Angebote, die zum Beispiel in EBIS integriert wurden, sind deshalb nur wenig genutzt worden. Dafür werden auf der anderen Seite standardisierte Auswertungen gefordert, die einfach erzeugt werden können.

3.2 Einrichtungsträger

Für Einrichtungsträger dient eine Dokumentation verschiedenen Zwecken nach innen und außen. Nach innen ist sie ein Instrument der Qualitäts-, Kosten- und Effizienzüberprüfung und -entwicklung. Sie dient als Grundlage für ein persönliches Feedback für den einzelnen Mitarbeiter aber auch im Team und im Rahmen von Personalplanung und Koordination. Nach außen – etwa gegenüber Kommunen oder anderen Geldgebern – erlaubt sie eine aktive und offensive Darstellung der Leistungen, die von dem Träger oder seiner Gesamtorganisation erbracht wurden.

3.3 Verbände

Verbände (z.B. buss, DCV, GVS) und deren Datenorganisation DHS stellen jeweils gemeinsame Organisationen von Einrichtungsträgern dar, die sich aufgrund religiöser oder weltanschaulicher, aber auch aufgrund fachlich-inhaltlicher Gemeinsamkeiten verbunden fühlen. Gemeinsam ist diesen Verbänden, dass sie einerseits die Interessen ihrer Mitglieder, also der Träger von Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen, andererseits auch Interessen der Klienten nach außen vertreten. In der Diskussion mit Politikern und anderen gesellschaftlichen Gruppen geht es darum, die Situation der Klientel ebenso wie die geleistete Arbeit, deren Effizienz und Effektivität sichtbar zu machen. Während der einzelne Einrichtungsträger häufig an einer vergleichenden Bewertung verschiedener strukturähnlicher Einrichtungen interessiert ist, um innerhalb seines Verantwortungsbereiches die Kosten besser in den Griff zu bekommen und mehr Effizienz erreichen zu können, ist für die Verbände die politische Diskussion und die Qualitätssicherung des Gesamtsystems von vorrangigem Interesse. In Deutschland haben insbesondere die kirchlichen Spitzenverbände DCV und GVS in den letzten 20 Jahre Dokumentation vor allem im ambulanten Bereich in besonderer Weise gefördert. Ihre Einrichtungen stellen den größten Teil der aktuellen Informationsbasis.

3.4 Leistungsträger der Renten- und Krankenversicherung

In der Rehabilitation haben die Rehaträger ein Interesse an Dokumentation als einem wesentlichen Teil und einer Grundvoraussetzung von Qualitätssicherung und -entwicklung. Sie haben aktiv eine standardisierte Dokumentation eingeführt und durchgesetzt. Diese erfasst verschiedene Aspekte von Qualität der therapeutischen Arbeit auf der Grundlage der Konzepte der Einrichtungen und der Rückmeldungen der Klientel. Die Träger der Rentenversicherung streben eine Gesamtlösung für alle Bereiche der Rehabilitation an. Neben Sucht und psychosomatischen Behandlungen umfasst dies die zahlenmäßig deutlich gewichtigeren Bereiche der Erkrankungen des Skeletts, der Muskulatur sowie Herz-Kreislaufkrankungen. Derzeit ist diese Form der Dokumentation nicht spezifisch für die Rehabilitation substanzbezogener Störungen konzipiert.

3.5 Politische Entscheidungsträger (Kommune, Land, Bund, EU)

Politische Instanzen auf der Ebene der Länder, des Bundes und der Europäischen Union haben Interessen an Informationen, die in einem DS erhoben und analysiert werden. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangspunkte ist der Aspekt der Kontrolle auf der regionalen und Landesebene besonders wichtig, während die anderen angesprochenen Ebenen insbesondere Trendbeobachtungen zum Ziel haben. Die Gesundheitsplanung auf Bundes- wie auf Landesebene setzt – soll sie auf Fakten basieren – eine ständige Beobachtung der Entwicklung der Probleme und der vorhandenen

Lösungs- und Hilfeangebote voraus. Wichtige epidemiologische Daten, die Deutschland im Rahmen seiner europäischen Verpflichtung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zu liefern hat, entstehen auf der Grundlage der Angaben von DS. Parlamentarische Anfragen über Risikogruppen, Trends in verschiedenen Bereichen substanzbezogener Störungen aber auch über erkennbare Wirkungen von Maßnahmen werden auf der Grundlage dieser Daten durch die zuständigen Ministerien beantwortet.

Auf der Landesebene ist der Bezug noch deutlicher herzustellen, da die Länder und in noch stärkeren Maße die Kommunen einen erheblichen Teil der Mittel für die Finanzierung der Einrichtungen erbringen. Insbesondere in Hinblick auf immer knapper werdende finanzielle Mittel und eine Neukonzeption des gesamten Gesundheitssektors fragen politische Entscheidungsträger zunehmend nach aktuellen Informationen. Da es sich bei substanzbezogenen Problemen – anders als bei etwa Herz- Kreislaufkrankungen oder Diabetis – um Problembereiche handelt, die in sehr starkem Ausmaß sozial mitbedingt sind, sind sowohl die negativen Entwicklungen als auch die Möglichkeiten zur präventiven Vermeidung dieser Probleme grundsätzlich größer.

3.6 Informationsvermittler und Wissenschaftler

Neben den Personengruppen, die direkt (als Mitarbeiter) oder indirekt (etwa als politische Entscheidungsträger) involviert sind, spielt die Forschung eine vermittelnde und unterstützende Rolle bei der Nutzung der erhobenen Informationen. Zum einen ist ihre Aufgabe die Entwicklung von Fragekatalogen und Methoden zur Erfassung der relevanten Informationen. Zum anderen soll sie die Informationen analysieren, in Beziehung zu anderen Studien setzen und interpretieren, um Hinweise auf die Weiterentwicklung der eingesetzten Behandlungsmethoden und Organisationsformen von Behandlung für Entscheidungsträger und Praxis geben zu können. Da die Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte und Maßnahmen eine differenzierte und detaillierte Erfassung und Analyse von Daten notwendig macht, sind die Wünsche dieser Gruppe in Bezug auf Umfang und Qualität der erhobenen Informationen besonders groß.

Eine Personengruppe, die sich am ehesten als Informationsvermittler („information broker“) bezeichnen lässt, hat sich in den letzten Jahren an vielen Stellen etabliert. Die zunehmende Fülle an Daten, die einen gezielten Zugriff, Selektion und Analyse notwendig macht, wird zunehmend durch eine relativ kleine Zahl von Spezialisten gekannt. Anders als traditionell im wissenschaftlichen Bereich ist dabei weniger die sehr spezialisierte komplexe Informationsabfrage gefragt. Vielmehr geht es um entscheidungsleitende Fakten und Bewertungen im Sinne eines „was ist besser, was ist schlechter“ oder „wo sind die Risiken, wo sind die Chancen“. In der Regel müssen diese Informationen sehr schnell zugänglich sein, Anfragen erfolgen kurzfri-

stig und sind innerhalb von Stunden oder Tagen zu beantworten. Die genannten Aufgaben werden dabei z.B. durch Dokumentationsassistenten und andere Mitarbeiter in Ministerien, Parteien oder Verbänden abgedeckt. Ein wesentlicher Teil wird auch durch Clearingstellen wie die DHS, die deutsche Referenzstelle der EBDD oder wissenschaftliche Institute geleistet. Dabei ist in der Regel eine fachliche und inhaltliche Bewertung dieser Informationen notwendig.

4. Einsatzfelder von Dokumentation

4.1 Aktenführung und Berichtswesen

Dokumentation im Umfeld von Behandlung und Betreuung dient zunächst dazu, langfristige Prozesse zwischen Mitarbeiter und Klient zu begleiten und zu unterstützen. Wichtige Ausgangsbedingungen, wie Ziele, Maßnahmen und Ergebnisse werden damit erfasst und festgehalten. Die Erfassung des Anfangszustands und der Vorgeschichte des Klienten (Anamnese) dient als Grundlage der Betreuungsplanung. Die Dokumentation des Verlaufs macht das Geschehen transparent und unterstützt die Wahl geeigneter Vorgehensweisen. Retrospektiv erlaubt eine Dokumentation die Nachverfolgung und Überprüfung des Vorgehens. Alles das, was bis vor ein paar Jahren in den Aktenordner kam – von dem Arztbrief über die Karteikarte bis zum Sozialbericht – soll von der Perspektive her heute in ein DS einfließen. Ein getrenntes Vorgehen für Administration, Berichtswesen und Statistik ist zeitlich und ökonomisch nicht mehr denkbar. In der Realität ist der Papiereinsatz aber immer noch eher die Regel. In 1998 wurden insgesamt 90.000 EBIS-Karteikarten von teilnehmenden Einrichtungen zur Erfassung ihrer Klienten erstellt. Das bedeutet, dass für mindestens 70 % aller Klienten eine Karteikarte in Papierform angelegt wurde.

Die zunehmende Zahl von Anträgen, die im Rahmen der Behandlung von Abhängigen bei Leistungsträgern zu stellen sind, sollen durch das DS möglichst einfach in der Handhabung und möglichst schnell in der Erstellung werden. Hierunter fällt die Mehrfachnutzung vorhandener Daten ebenso wie die einheitliche Benutzeroberfläche der Programme.

4.2 Verwaltung

Eng verbunden und zeitlich der Dokumentation im Sinne von Aktenführung und Berichtswesen vorgelagert ist die Terminorganisation und die Einsatzplanung von Sachmitteln und Personal. Das DS, das die einzelne Therapiesitzung, die Teilnahme an einer besonderen Indikationsgruppe etc., erfassen soll, sollte möglichst auch die Organisation dieser Maßnahme unterstützen. Dies bedeutet, es soll helfen, die notwendigen sachlichen (z.B. Behandlungsraum) und personellen (z.B. Therapeut) Voraussetzungen für die Maßnahme bereitzustellen. Da in der Regel im Team gearbeitet wird, soll das DS möglichst einfach die Verteilung von Maßnahmen und Terminen zwischen einzelnen Mitarbeitern unterstützen. Sobald diese dann stattgefunden haben, soll die bereits erfasste Information („Therapiesitzung

Typ X mit Therapeut A, Dauer 45“) in die Dokumentation im Sinne von Aktenführung eingehen.

4.3 Interne Kontrolle

Die so erfassten Maßnahmen und Tätigkeiten können auch als Grundlage für die Führung einer Einrichtung dienen. Einerseits kann eine faire Verteilung der Klienten und Arbeiten über die vorhandenen Mitarbeiter unterstützt werden, andererseits eine Kontrolle der Tätigkeit durch den Einrichtungsleiter bzw. den Träger der Einrichtung erfolgen. Da das DS nicht nur Elemente der Tätigkeits- und Leistungsbeschreibung enthält, sondern zudem auch differenzierte Informationen über die betreuten Personen anbietet, können dabei auch unterschiedliche Klientenprofile pro Einrichtung oder Mitarbeiter berücksichtigt werden. Die hohe Variabilität in den Voraussetzungen verschiedener Einrichtungen (z.B. ländlicher vs. großstädtischer Raum, Schwerpunkt Drogen vs. Alkohol) macht die vergleichende Bewertung der dokumentierten Fakten zwischen verschiedenen Einrichtungen – und damit die Kontrolle – dennoch schwierig. Die Möglichkeiten zur Leistungskontrolle, die sich daraus ergibt, ist mit Mitarbeitern und Betriebsrat zu klären.

4.4 Externe Kontrolle

Noch deutlicher als innerhalb der Einrichtung hat der Wunsch nach Transparenz und Kontrolle sozialer und therapeutischer Arbeit bei den Kosten- und Leistungsträgern dieser Arbeiten zugenommen. Kommunen wie Hamburg und Länder wie Nordrhein-Westfalen investieren erhebliche Mittel, um die Tätigkeit in diesem Bereich transparenter erfassen zu können. Der effiziente und sparsame Einsatz öffentlicher Mittel durch eine geeignete Auswahl von Stellen und Maßnahmen ist das Ziel einer Reihe von Projekten zur Entwicklung von DS in den Bundesländern. Die Rentenversicherungen haben im Bereich der Rehabilitation zum gleichen Zweck unter der Überschrift Qualitätsmanagement ein komplexes System aus gegenseitiger und externer Beobachtung, Rückmeldung und Kontrolle eingeführt.

Die Abrechnung der Behandlungskosten entsprechend der EVARS ist ein Sonderfall administrativer Anforderungen und externer Kontrolle in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen. Es ist darzustellen, zu welchen Zeitpunkten welche Art von Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie) durch welchen dazu qualifizierten Therapeuten geleistet wurde. Die Abrechnung dieser Sitzung mit dem jeweiligen Leistungsträger auf der Grundlage von Bewilligungsbescheiden muss durch das DS administrativ unterstützt werden.

4.5 Forschung

Dokumentation dient zunächst Routinezwecken und der Qualitätssicherung der durchgeführten Maßnahmen. Eine wichtige Funktion kommt ihr aber auch in den Fällen zu, in denen die vorhandenen Daten als Grundlage epidemiologischer Untersuchungen bzw. als Ausgangsmaterial für die Evaluation bestimmter Maßnahmen

genutzt werden. Während die Forschung zumeist nur kleine, in unterschiedlicher Weise ausgewählte Stichproben untersucht, sind DS eher in der Lage, Basisinformationen über eine sehr große Zahl behandelter Personen auszuwerten. So basieren Daten aus EBIS im Jahr 1998 auf Angaben zu fast 140.000 Personen.

Während die Exaktheit vieler hier gesammelter Angaben nicht alle Anforderungen „klassischer“ Forschung erfüllen kann – das Ausmaß an Kontrolle und Einflussnahme auf die Vielzahl der erhebenden Personen und Institutionen ist hierzu viel zu gering – erlaubt dieser Datenpool dennoch einen relativ unverfälschten Einblick in die Situation der Personen mit substanzbezogenen Problemen in Behandlung. Dass die so gewonnenen Daten auch viele Entwicklungen abbilden, die für die Gesamtgruppe der Konsumenten gültig sind, zeigt sich darin, dass die EBDD Daten aus diesem Bereich als ersten epidemiologischen Indikator standardisieren und weiterentwickeln möchte.

4.6 Datenzusammenführung

Während zunächst eine Datenerfassung in der einzelnen Einrichtung zur Durchführung der Arbeiten ausreicht, können verschiedene Gründe für eine Zusammenführung von Daten aus verschiedenen Einrichtungen und damit für eine Datenweitergabe aus der Stelle sprechen. Einige sollen beispielhaft genannt werden:

- Die unkontrollierte Mehrfachvergabe von Methadon durch verschiedene Ausgabestellen kann erhebliche gesundheitliche Risiken verursachen. In manchen Ländern – z.B. in Holland – versucht man dem durch die Einrichtung eines Zentralregisters für Methadonpatienten entgegenzutreten. Jede Ausgabestelle kann damit zunächst die letzte Vergabe aller anderen Stellen im Land an eine bestimmte Person überprüfen, bevor das Substitutionsmittel ausgegeben wird.
- Behandlungsverläufe sind gerade im Bereich illegaler Drogen nicht immer regelhaft. Die Betreuung wechselt zwischen Einrichtungen und Orten. Sowohl für die Koordination von Hilfen als auch für die Erforschung – positiver und negativer – Behandlungsverläufe ist eine Zuordnung von Behandlungsinformationen aus verschiedenen Stellen hilfreich bzw. notwendig. Dies setzt die Zusammenführung der Daten zu verschiedenen Betreuungen einer Person voraus.

Auswertungen, die mehr als eine Einrichtung umfassen und damit eine größere Region oder Zahl von Behandlungseinrichtungen einbeziehen, setzen eine Zusammenführung von Daten an einer Stelle und damit eine mehr oder weniger zentralisierte Auswertung voraus. Das kann für eine Region, ein Bundesland, aber auch für die gesamte Bundesrepublik gelten. Erst die zentralisierte Auswertung ermöglicht einen Vergleich zwischen Einrichtungen. Dies kann bei Institutionen stattfinden, die direkt mit der Finanzierung oder Kontrolle von Behandlungseinrichtungen betraut sind, wie etwa der BfA. Es kann allerdings auch durch Dritte geleistet werden, die im Auftrag der kontrollierenden Instanz aktiv werden.

Die Zusammenführung von Daten zu einer Person (record linkage) setzt immer die Verwendung von Identifikatoren voraus. Verschiedene Methoden können dabei helfen, den Bedenken des Datenschutzes Sorge zu tragen. Allen ist jedoch zu eigen, dass sie ein gewisses Restrisiko der Re-Identifikation des Klienten aufweisen. Je geringer dieses Risiko gestaltet wird, desto größer ist – etwa beim HIV Code – andererseits die Zahl der Datensätze, die fälschlicherweise einer einzigen Person zugeordnet werden, während sie von unterschiedlichen Individuen stammen.

Ein Teil der bisher vorhandenen Systemen hat nur für Teile der beteiligten Einrichtungen eine zentralisierte Auswertung vorgenommen. Grund dafür war in vielen Fällen die mangelnde Bereitschaft der beteiligten Einrichtungen, ihre Daten für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen. Neben den oft genannten Argumenten des Schutzes der Klienten dürfte dabei auch in vielen Stellen die Befürchtung der Einrichtung stehen, ein direkter Vergleich von Daten einer Einrichtung mit anderen könnte zu negativen – unter Umständen auch unfairen – Bewertungen führen.

4.7 Evaluation und Qualitätsentwicklung

Qualitätssicherung und -entwicklung geht deutlich über Dokumentation hinaus. Sie ist eher qualitativ als quantitativ zu sehen. Dennoch ist Qualitätsentwicklung ohne ein funktionierendes DS nicht denkbar, das Basisinformationen liefert und als Instrument zur Messung von Entwicklungen in der Klientel und im Ablauf und Ergebnis von Behandlung dienen kann. Grundsätzlich stellt sich für jede Einrichtung die Notwendigkeit, die Ergebnisse ihrer Behandlung zu evaluieren. Soll dies routinemäßig und mit einem möglichst geringen finanziellen Aufwand geschehen, so ist ein DS sinnvoll. Es stellt Basisdaten über Klienten, Verlauf der Betreuung und Ergebnisse am Betreuungsende zur Verfügung. Wird das DS ergänzt durch ein Katamnesemodul, das in geeigneten Zeitpunkten sechs, zwölf Monate oder ein, zwei oder fünf Jahre nach Behandlungsende eingesetzt wird, so liegt sogar eine langfristige und hochwertige Datengrundlage für die Evaluation der geleisteten Arbeit vor. Insbesondere die Erfassung der Situation des Klienten vor und nach der Behandlung ist dabei über das DS zu lösen. Dies setzt allerdings einen klaren zeitlichen Bezug einzelner erfasster Daten voraus.

5. Methodische Anforderungen

Im folgenden werden Anforderungen, die von unterschiedlicher Seite an ein DS gestellt werden, beschrieben. Diese werden zunächst nur aufgelistet, ohne sie vergleichend zu bewerten. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Anforderungen zum Teil diametral entgegengesetzt sind. So steht etwa die gewünschte einfache Bedienung des Systems im Gegensatz zu der Anforderung, möglichst viele administrative Aufgaben zu erfüllen.

5.1 Verlässlichkeit

Trotz niedriger Kosten und einfacher Bedienung sollen in einem DS Daten mit hoher Qualität entstehen. Dies bedeutet, u. a.:

- Die Vollständigkeit der Daten soll möglichst hoch sein. Ein Anteil von fehlenden Werten von mehr als 5 % ist ungünstig, ein Anteil von mehr als 20 % macht die Nutzung der Zahlen in vielen Fällen unmöglich.
- Die Reliabilität, insbesondere die Übereinstimmung der Beurteilung zwischen unterschiedlichen Mitarbeitern (Interraterreliabilität) soll möglichst hoch sein. Dies ist Voraussetzung dafür, dass Daten zwischen Einrichtungen, aber auch zwischen einzelnen Mitarbeitern verglichen werden können.
- Nur in der Theorie selbstverständlich ist die Forderung nach Fehlerfreiheit der Programme.

Die schnellen technischen Wechsel von Hardware und Betriebssystem (Windows 3.11, Windows95, Windows NT, Linux) sowie der Standardprogramme haben eine Vielzahl von Kompatibilitätsproblemen geschaffen, die jeder Anwender kennt. Die Spezialprogramme zur Dokumentation haben einerseits mit den Folgen dieser Fehler zurechtzukommen, andererseits muss bei der Softwareentwicklung das Qualitätsmanagement eine hohe Priorität erhalten. Dabei stehen die Ziele, preisgünstig, schnell und flexibel Programme mit einer hohen Verlässlichkeit zu erhalten, im Widerspruch. Ein Kompromiss muss in Abhängigkeit von den aktuellen Bedingungen die genannten Ziele unterschiedlich gewichten.

5.2 Ökonomie

Dokumentation begleitet Beratung und Therapie. Sie soll diese unterstützen und fördern ohne dabei mehr Zeit und zusätzliche Kosten zu verursachen, als unbedingt notwendig ist. Damit dies bei der – zumindest im ambulanten Setting – relativ kurzen Kontaktdauer nicht die Kernaufgabe der Behandlung einschränkt, aber dennoch ein Mindestmaß adäquater Information liefert, ist Ökonomie eine zentrale Voraussetzung. Auf der anderen Seite fordern die Leistungsträger und Zuwendungsgeber in zunehmendem Maße Dokumentation der Arbeit zum Nachweis der durchgeführten Aufgaben. Die tendenziell weiter zunehmende Knappheit öffentlicher Mittel macht zudem die Entwicklung der nächsten Jahre klar. Die Verdichtung der Arbeit wird eher noch weiter zunehmen. Alle Möglichkeiten, Effizienz zu steigern, müssen deshalb genutzt werden, um mit den gegebenen Mitteln ein Optimum für die Betreuung von Suchtkranken anbieten zu können. Dies bedeutet für ein DS folgende Anforderungen:

- Die Nutzung von EDV ist unumgänglich, um bei niedrigen Verwaltungs- und Personalkosten alle geforderten Informationen zu erfassen, zu speichern und zu verarbeiten. Je nach Organisation der Einrichtung kann es sich dabei um Einzelarbeitsplätze, lokale Netzwerke oder – etwa bei großen Einrichtungsverbänden – per Internet oder Intranet verbundene, räumliche getrennte Teileinrichtungen handeln.

- Einfache Erhebungsinstrumente mit kurzen Einarbeitungszeiten sind einzusetzen, die gute Datenqualität auch bei relativ geringem Einarbeitungs-, Schulungs- und Beratungsaufwand ermöglichen.
- Kurze Zeiten für die technischen Abläufe (Ausfüllen von Fragebogen, Erfassen in Computerprogrammen, Abfrage von Daten, Weitergabe von Daten) sind die Voraussetzung dafür, dass Dokumentation die eigentliche Arbeit nicht mehr als notwendig belastet.

5.3 Einfache Bedienung

Dokumentation ist nicht Teil spezieller Forschungsprojekte, sondern muss in die alltägliche beratende oder therapeutische Arbeit der jeweiligen Institution eingegliedert werden. Dies dient ebenfalls der Reduktion des zeitlichen Aufwandes. Grundlage der Benutzerführung der EDV-Programme muss deshalb der Arbeitsablauf des Beraters und die Organisation der Stelle, nicht aber die Logik der Ergebnisdarstellung oder Datenerfassung sein.

Die Struktur der eingesetzten EDV-Programme sowie Aufbau und Gestaltung der verwendeten schriftlichen Materialien müssen klar gegliedert und inhaltlich gut aufbereitet sein. Wo Inhalte aus fachlichen Gründen nicht weiter zu vereinfachen sind – etwa bei der Diagnoseerstellung nach ICD-10 –, müssen Hilfen zum Verständnis und zum Gebrauch angeboten werden. Für die Gestaltung der EDV-Programme gilt insbesondere:

- Durch die Anlehnung an vorhandenen Standards und Vorerfahrungen (Windows, MS Office, bisherige Versionen von Dokumentationsprogrammen) soll der Lernaufwand niedrig gehalten werden.
- Eine möglichst übersichtliche Programmstruktur (wenig Ebenen und Verschachtelungen) soll einen leichten Zugang zu einzelnen Funktionen erlauben.
- Hilfsfunktionen sollen die Bedienung unterstützen.
- Eine Hotline muss zu den üblichen Bürozeiten telefonisch zur Verfügung stehen, um technische Probleme lösen zu können.

Trotz all dieser Forderungen darf jedoch nicht übersehen werden, dass die Forderung nach einem hohen Leistungs- und Funktionsumfang und gleichzeitig nach möglichst einfacher Bedienung im Widerspruch zueinander stehen. Je größer die Wahlmöglichkeiten des Programmbenutzers, desto höher sind die Anforderungen an ihn, was die Art der Benutzung angeht. Komplexe Datenbankabfragen, Filtersetzungen etc. überfordern wahrscheinlich in jeder Form von programmtechnischer Realisierung den größten Teil der Benutzer. Eine große Zahl von Funktionen führt zu einer höheren Komplexität des Programms, die wiederum die Übersicht erschwert.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass neben der Hardware und dem Programm der Benutzer eine wichtige Rolle spielt. Weder die spezifischen fachlichen Interessen noch der berufliche Hintergrund weisen den Therapeuten oder Sozialarbeiter als EDV-Spezialisten aus. Obwohl in den letzten Jahren der allgemeine

Kenntnisstand deutlich gestiegen ist und eine Reihe von „EDV-Spezialisten“ in den betroffenen Stellen zu finden sind, sollte die EDV-Lösung auch die weniger kompetenten Mitarbeiter nicht überfordern.

5.4 Flexibilität

Die Arbeit im Umfeld substanzbezogener Probleme hat sich in den letzten Jahren schnell verändert. So wurden zum Beispiel die Substitutionsbehandlung erheblich ausgebaut, was u.a. zu einem veränderten Gewicht der medizinischen Versorgung und des ärztlichen Bereichs geführt hat. Neue Entwicklungen – z.B. die starke Zunahme von Ecstasykonsum oder der inzwischen sehr hohe Infektionsgrad in Bezug auf Hepatitis B und C unter i.v. Drogenkonsumenten – können innerhalb relativ kurzer Zeit neue Anforderungen stellen. Das DS muss dem mit Flexibilität begegnen und möglichst schnell in der Lage sein, diese veränderte Wirklichkeit korrekt und vollständig abzubilden. Da gleichzeitig aber die Vergleichbarkeit mit der Vergangenheit und damit die Kontinuität der Datenerfassung nicht verloren gehen soll, liegen hier wiederum zwei konfligierende Ziele vor. Besonders kritisch in diesem Zusammenhang ist die Frage der technischen Gestaltung der eingesetzten EDV-Programme. So erlaubt eine klare Trennung zwischen Itemdefinition und eigentlichem Programm dem Programmentwickler eine relativ einfache Veränderung des Fragebogens. Im anderen Falle entspricht diese Änderung eher einer echten Neuprogrammierung und ist mit entsprechendem zeitlichen und personellen Aufwand verbunden.

5.5 Kontinuität

Dokumentation kann nicht – wie etwa ein Modellprojekt oder ein spezielles Forschungsvorhaben – nur auf einen zeitlich recht beschränkten Zeitraum von maximal zwei bis drei Jahren betrachtet werden. Wichtig ist – um Trends innerhalb und außerhalb von Einrichtungen verfolgen zu können und um den hohen Basisaufwand für die Einführung eines DS zu rechtfertigen – eine langfristige Lösung. Kontinuität muss in dieser Hinsicht auch bedeuten

- ein klares Modell für die langfristige Stabilität dieser Systeme (Organisation, Technik, Finanzierung) zu verfolgen,
- die Beteiligung von Partnern auf der Seite der Einrichtungen, der Entwicklung und der Durchführung, die langfristige Stabilität garantieren oder zumindest erwarten lassen,
- Verträge in diesem Umfeld zur Datenlieferung, Programmentwicklung und Auswertung und Berichterstattung zu schließen, die diesen Anforderungen entsprechen.

5.6 Zeitnahe Erfassung und Auswertung

Informationen sind leicht verderbliche Ware. Nur zeitnahe Erfassung, Analyse und Auswertung von Daten in einem DS erlauben es, möglichst großen Nutzen aus

diesem System zu ziehen. Soll die Politik einer Einrichtung aufgrund von Fakten geändert werden, so müssen diese rechtzeitig vorliegen. Sollen politische Maßnahmen getroffen werden, um eine neue Problemgruppe besser in den Griff zu bekommen, so müssen rechtzeitig Daten über diese Problemgruppe, ihre Charakteristika und ihren Hintergrund vorliegen. Dies setzt voraus, dass Informationen sowohl vor Ort so zeitnah wie möglich erfasst werden, als auch auf der Seite der Auswertung Möglichkeiten zur schnellen und ungehinderten Abfrage dieser Daten gegeben sind.

Gleiches gilt natürlich auch auf der Ebene der einzelnen Einrichtung oder eines größeren Trägers. Die Rückmeldung rückläufiger Klientenzahlen kann Reaktionen erfordern, die Zunahme von Klienten im Rahmen von „ambulanter Reha“ die Neueinstellung von Mitarbeitern notwendig machen. Insbesondere im stationären Setting spielen Katamneseuntersuchungen eine wichtige Rolle. Es ist bekannt, dass Behandlungsergebnisse und Abbruchquoten zwischen Einrichtungen, aber auch innerhalb von Einrichtungen über die Zeit stark variieren können. Sind diese Entwicklungen rechtzeitig sichtbar, so kann durch personelle Umstrukturierung u.ä. reagiert werden.

5.7 Repräsentativität

Ein DS soll, soweit es sich um einrichtungsübergreifende Ergebnisse handelt, für die relevanten regionalen Untergliederungen aussagekräftige Daten zur Verfügung stellen. Je nach Thema kann dabei das Bundesgebiet – etwa bei der Frage der Gesetzgebung – oder aber eine relativ überschaubare Region – etwa bei kommunalen Gesundheitsplanungen – die richtige Zieleinheit sein. Während für größere Einheiten, etwa die Bundesrepublik oder ein großes Bundesland, repräsentative Stichproben denkbar wären, ist bei kleineren Bundesländern in der Praxis eine Vollerhebung notwendig. Da sich die vorhandenen Einrichtungen in vieler Hinsicht unterscheiden – Klientel, Angebot, Substanzschwerpunkt – wäre bei kleinen Gesamtzahlen von Einrichtungen anderenfalls eine Repräsentativität nicht zu erwarten. Zudem machen wechselnde teilnehmende Einrichtungen die Trendbeobachtungen über die Jahre sehr schwierig, da immer die Möglichkeit besteht, dass Änderungen allein durch einen Wechsel in der Zusammensetzung der Stichprobe verursacht wurden.

5.8 Vergleichbarkeit

Ein DS im Bereich der Suchtkrankenhilfe wäre grundsätzlich innerhalb einer einzelnen Einrichtung oder einer Gruppe von Einrichtungen zu entwickeln, ohne auf eine weitergehende Abstimmung mit anderen Systemen und Organisationen zu achten. Es gibt bereits eine recht große Zahl solcher Versuche aus den letzten 10 Jahren. Ein wesentliches Element von DS ist jedoch der Vergleich der einzelnen Einrichtung mit anderen Stellen, die in Struktur, Klientel und/oder Arbeitsform ähnlich sind. Diese Idee – im Benchmarking-Ansatz systematisch weiterentwickelt – setzt einen relativ großen Pool von Einrichtungen voraus, die Daten in vergleichbarer Form erheben. Je größer der

Pool, desto eher kann eine geeignete Stichprobe von Vergleichseinrichtungen aus der Routineerhebung gewonnen werden. Die Information, daßs nur 10 % der Alkoholklienten in einer Einrichtung weiblich sind, mag von Interesse sein. Erst der Vergleich mit ähnlichen Einrichtungen kann aber darauf hinweisen, dass Frauen unzureichend durch die Therapeuten oder das Angebot dieser Einrichtung erreicht werden. Ähnliches gilt für die Abbruchquote im stationären Setting; sie ist ein wichtiges Kriterium therapeutischer Arbeit, aber extrem variabel sowohl zwischen Einrichtungen als auch über die Zeit.

All dies setzt eine Standardisierung voraus, die teilweise fachlich geleistet werden kann – im Sinne von „was ist die beste Frage?“ – teilweise aber auch das Ergebnis von Konsensdiskussionen und -gruppen ist. In welchen Alterskategorien die Klientel beschrieben wird, ist zum Beispiel weniger das Ergebnis wissenschaftlicher Überlegungen als Folge eines Konsens. Bereits kleine Abweichungen bei der Erhebung der Informationen, ihrer Aufarbeitung oder Weitergabe führen zu erheblichen Problemen beim Vergleich der Ergebnisse. Man gelangt in solchen Fällen immer wieder in das Dilemma, nicht entscheiden zu können, ob Unterschiede zwischen Einrichtungen aufgrund der unterschiedlichen Methodik oder aufgrund tatsächlicher Differenzen in ihrer Klientel oder therapeutischen Arbeit zustande kommen.

5.9 Breite der Datenerfassung

Bei der Diskussion, welche Daten in einem DS zu erfassen sind, finden sich zwei konträre Positionen. Die „Minimalisten“ wollen nur die Daten erheben, die unbedingt notwendig sind. Dieser Kern kann zum Beispiel der EBDD Kerndatensatz sein oder irgendeine andere, oft formal geforderte Mindestmenge an Informationen. Auch der deutsche Kerndatensatz ist als kleinster gemeinsamer Nenner zwischen den vorhandenen DS eher ein Minimalsatz. Alles andere kann – so das Argument dieser Position – in speziellen Studien erhoben werden, wenn man es denn benötigt. Die „Maximalisten“ versuchen hingegen unter dem Motto „Das ist doch auch interessant“ möglichst alle eventuell interessierenden Fragen in ihr DS mit einzubauen.

In der Praxis setzt sich zumeist ein Kompromiss zwischen den beiden Positionen durch. Bei der Entscheidung über die Breite der zu erfassenden Daten sollte insbesondere bedacht werden:

- Welche Standards sind zu erfüllen (z.B. der EBDD Kerndatensatz oder der deutsche Kerndatensatz)?
- Wo sind Basisdaten gefordert, die in Spezialstudien nicht repräsentativ zu gewinnen sind (Beispiel: Zahl von Kindern im Umfeld von Suchtkranken in Deutschland)?
- Soweit spezielle Problembereiche angesprochen sind, müssen in der Regel für eine sinnvolle Interpretation mehr Daten erhoben werden, als dies in einem DS möglich ist. Detailinformationen über die Lage der Kinder von Abhängigen setzen deshalb eine eigene Studie voraus. Die Hinzunahme von einigen Items zum DS allein reicht nicht aus.

- Eine gute Abstimmung zwischen DS und Einzelstudie stellt insgesamt den ökonomischsten Lösungsweg dar. Allerdings soll an dieser Stelle nicht gelehnet werden, dass dies bisher nur selten in die Praxis umgesetzt wurde. Die Ergebnisse des DS werden noch zu wenig als Grundlage und komplementäre Datenquelle zu dieser Art von Detailstudien genutzt.

5.10 Auswertungstiefe

Während einfache Aussagen (z.B: Männer sind länger in Betreuung als Frauen) mit einfachen Mitteln deskriptiver Statistik aus aggregierten Daten abgeleitet werden können, sind viele relevante Fragestellungen nur auf der Grundlage personenbezogener Datensätze zu beantworten. Das übliche Vorgehen in der Forschung, Arbeitshypothesen schrittweise zu verfeinern und anhand der vorliegenden Daten zu überprüfen, setzt den direkten Zugang zu diesem Datensatz voraus. Diese Form der Auswertung ist deshalb ausgeschlossen, wenn Aggregatdaten die Grundlage sind (siehe auch Kapitel 7.5). Auch die Verbindung von DS und Einzelstudie spielt an dieser Stelle eine Rolle. Um Basisdaten möglichst vollständig und repräsentativ zu dem jeweils untersuchten Merkmal zu erhalten, können DS sehr gut genutzt werden: Wenn es etwa darum geht, wie viele Kinder von Heroinabhängigen oder Alkoholabhängigen heute in Deutschland leben, kann ein DS Auskunft geben. Allerdings reichen die Standardinformationen dann nicht mehr dazu aus, um die Lage dieser Kinder gut zu beschreiben oder die psychologische Situation in diesen Familien. An dieser Stelle sollten einzelne Studien eingesetzt werden, die dann mit höherem Aufwand speziell diesem Thema nachgehen können. Die Einbindung der Ergebnisse in den Gesamtrahmen aus dem DS stellt dabei sicher, dass das Gesamtbild nicht aus den Augen verloren geht.

6. Kosten- und Sicherheitsanforderungen

6.1 Kosten des Systems

Die Kosten für das Qualitätsmanagement und damit auch für die Dokumentation haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Bei rückläufigen Gesamtbudgets ist es besonders schwierig, dies in der Gesamtplanung zu berücksichtigen. Allerdings sind die Kosten des reinen DS zunächst noch relativ bescheiden, zumal teilweise Angebote der öffentlichen Hand auf Ebene der Kommunen und der Länder genutzt werden können. Die Ergänzung dieser Systeme um Funktionen der Leistungserfassung, Verwaltung und lokalen Planung steigert den notwendigen Finanzbedarf erheblich. Dies bezieht sich zunächst auf die Anschaffung der geeigneten Hardware. Wie immer stehen die am weitesten fortgeschrittenen Programme oft nur für die neuesten Generationen der Betriebssysteme und Computer zur Verfügung. Die Verknüpfung von mehreren PCs innerhalb eines Hauses oder über mehrere Standorte erhöht den notwendigen Aufwand beträchtlich. Allerdings ist zu bedenken, dass solche umfassenden Lösungen in der Regel nicht speziell für ein DS, sondern als Grundlage für die gesamte

Arbeit und Verwaltung einer Einrichtung entwickelt werden. Die Kosten sind damit nicht in ihrer vollen Höhe der Einführung von DS zuzurechnen.

Die Kosten der Programme sind ebenfalls nicht unerheblich. Sie variieren zwischen wenigen Hundert Mark pro Jahr und mehreren Tausend Mark – je nach Anbieter und Leistungsumfang. Es darf dabei nicht nur der aktuelle Finanzbedarf berücksichtigt werden, da sowohl die kontinuierliche Weiterentwicklung des PC-Bereichs als auch die Veränderungen in der Praxis der Suchtarbeit kontinuierliche Aktualisierungen der Programme notwendig macht. Diese Wartungskosten können theoretisch auch für einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren – bis die nächste PC- und Programmgeneration ansteht – zurückgestellt werden. Dann wird jedoch nach den Erfahrungen der letzten zehn Jahre eine erhebliche Umstellung notwendig, so dass wenig durch diese Lösung gewonnen ist.

Der dritte Kostenaspekt in diesem Zusammenhang sind Schulungskosten für Mitarbeiter sowie die Zeit zur Einarbeitung und der zeitliche Aufwand, der im Zusammenhang mit der Programmbedienung und auftretenden Fehlfunktionen oder Problemen notwendig wird. In der Regel stößt die Einführung neuer Programme auf Widerstand der Mitarbeiter, wenn die vorhandenen Programme nach ihrer Einschätzung den aktuellen Bedarf abdecken.

6.2 Datensicherheit

Je mehr abrechnungsrelevante Informationen im DS stecken und je stärker diese EDV-Systeme in die Administration der Arbeiten in den Einrichtungen eingebunden wird, um so kritischer wird die Frage der Datensicherheit. Datenverluste oder Inkonsistenzen können zu Behandlungsfehlern oder zu finanziellen Einbußen bei der Leistungsabrechnung führen. Aus diesem Grunde sind ausgereifte und unter Umständen mehrfach gesicherte Systeme (redundante Systeme) bei den Datenbanken und Programmen notwendig. Sollen Informationen über Personen in Behandlung für die anstehenden administrativen Aufgaben aus dem DS genutzt werden, so setzt dies ihre aktuelle und vollständige Verfügbarkeit voraus. Das DS muss also ohne größere zeitliche Verzögerung in der Lage sein, diese Daten zu erfassen und sie auszuwerten. Personenübergreifend gilt diese Anforderung generell auch wenn es darum geht, Trends in der Klientel und neue Anforderungen, aber auch problematische Entwicklungen in den Betreuungsangeboten einer Einrichtung rechtzeitig wahrzunehmen. Zeigt sich so etwas in einem DS, so besteht die Chance, Folgen zu mildern bzw. rechtzeitig Gegenmaßnahmen treffen zu können. Auch dies setzt jedoch voraus, dass Informationen zeitnah erfasst und analytisch aufbereitet vorliegen.

6.3 Datenschutz

In der Einrichtung dürfen Daten nur dann erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, wenn sie im Rahmen der Beratung und Behandlung notwendig und sinnvoll sind. In der Regel muss eine Bereitschaftserklärung

des Klienten vorliegen, dass er oder sie der Erfassung und Speicherung der Daten zustimmt. Nur wenn davon ausgegangen wird, dass durch die Aufnahme der Behandlung in der Einrichtung ein impliziter Vertrag zwischen Klient und Hilfeeinrichtung zustande gekommen ist, können die Informationen, die zur Erfüllung desselben nötig sind, auch ohne ausdrückliche Zustimmung verarbeitet werden.

Die hohen gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und der teilweise erhebliche Widerstand von Einrichtungen, Informationen über ihre Klientel in anonymisierter Form weiterzugeben, steht in einem wachsenden Gegensatz zu Anforderungen der Leistungsträger. Zur Kontrolle der effektiven Verwendungen öffentlicher Mittel und zur Evaluation der Qualität von Maßnahmen werden zunehmend personenbezogene Daten von Kommunen, Ländern und den Leistungsträgern der GKV/RV gefordert und häufig auch geliefert. Da die Ausgestaltung des über weite Strecken schwierig zu interpretierenden BDSG zu einem großen Teil durch die aktuelle Rechtsprechung erfolgt, sind auch hier Veränderungen über die Zeit zu beobachten. Die Vielzahl verschiedener Datenschutz-beauftragter, die je nach Trägerschaft und Region über die rechtliche Bewertung verschiedener DS zuständig sind, führt zu einer uneinheitlichen und unklaren rechtlichen Situation. So nutzen einzelne Bundesländer DS zur Zusammenführung nicht-aggregierter Behandlungsdaten auf der Basis des HIV-Codes. Andere Länder haben Bedenken bzw. zögern, diese zu tun.

6.4 Kommunikation

Während zu Beginn der Entwicklung EDV-gestützter DS die Einzelplatzlösungen Standard waren, nimmt die Zahl der vernetzten Systeme schnell zu. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen und auf Dauer den Austausch gewisser Informationen zwischen Abteilungen oder Teileinrichtungen, Behandlern und Leistungsträgern, Behandlern und Evaluationsstellen über elektronische Medien ermöglichen. Die Kommunikation via E-Mail etc. wird sich auch in diesem Tätigkeitsfeld in den nächsten Jahren zum Standard entwickeln. Die Frage des Datenschutzes stellt sich an dieser Stelle insbesondere, wenn es darum geht, den unberechtigten Zugriff auf ein vernetztes System zu unterbinden. Die Weitergabe von Daten ist rechtlich unabhängig von der technischen Form der Datenübermittlung zu betrachten.

6.5 Datenweitergabe

EBIS und SEDOS verwenden seit Anfang an das Verfahren der Aggregation, um ein Maximum an Datenschutz für die betreuten Klienten zu gewährleisten. DESTAS führt in der Regel keine Daten über mehrere Einrichtungen hinweg zusammen. Dies wurde bei Einrichtung der Systeme insbesondere für die Konsumenten illegaler Drogen gefordert, doch auch bei Problemen mit legalen Substanzen hat der Klient das Recht auf „informationelle Selbstbestimmung“. Aggregierte Datensätze sind gemäß der Gesetzesdefinition keine personenbezogenen Daten. Ein Klient

kann nicht mehr identifiziert werden, weshalb seine Zustimmung zur Datenweitergabe nicht erforderlich ist (hohe Ausschöpfungsquote).

Seit einiger Zeit werden zunehmend Forderungen laut, personenbezogene Daten zusammenzuführen und auszuwerten. Eine tiefergehende Diskussion dieser Forderungen findet sich in Kapitel 8.3.

Optionen und Konsequenzen

7. Spezifische Fragen und Probleme

7.1 Verwaltungsfunktionen der Programme

Die Unterstützung der Verwaltungsarbeiten vor Ort steht in der Regel für die einzelne Einrichtung sehr viel mehr im Vordergrund als Fragen der Statistik auf regionaler oder gar nationaler Ebene. Die Qualität der Verwaltungsfunktionen ist deshalb von besonderer Bedeutung, wenn es um die Wahl eines Programms durch die Einrichtungen geht. Allerdings ist das Interesse der Kostenträger – insbesondere der Länder – an mehr Transparenz von Leistung und Kosten mindestens ebenso stark. In der Summe bedeutet das, dass heute die Integration eines leistungsfähigen Verwaltungsteils ein k.o.-Kriterium bei der Auswahl eines DS bzw. eines entsprechenden EDV-Programms ist. Dies gilt allerdings vermutlich besonders stark für relativ große Einrichtungen.

7.2 Lokale vs. zentrale Auswertungen

In jeder Einrichtung, die an einem DS teilnimmt, besteht die Notwendigkeit, auf die erfassten Daten einzeln und in Form von Übersichten zurückzugreifen. Vorhandene Daten müssen für administrative Zwecke, etwa für die Therapieplanung, einfach zugänglich sein. Nur eine optimale Nutzung der Daten führt zu einer hohen Motivation zur vollständigen, zeitnahen und reliablen Erfassung dieser Informationen.

Dabei sind jedoch die Anforderungen an analytische Funktionen der Programme in diesem Zusammenhang sehr begrenzt. Nur eine kleine Anzahl von Einrichtungen ist in der Lage und interessiert, selbst kleine Forschungsprojekte durchzuführen. In der Regel fehlt Zeit, Personal und spezielles Know-how, um mehr als einfache Auswertungen vorzunehmen. Die komplexen Angebote, die zum Beispiel in EBIS integriert wurden, sind deshalb nur wenig genutzt worden. Dafür sind auf der anderen Seite standardisierte Auswertungen gefordert, die einfach erzeugt werden können.

Auswertungen, die mehr als eine Einrichtung umfassen und damit eine größere Gruppe von Behandlungseinrichtungen darstellen, setzen eine Zusammenführung von Daten an einer Stelle voraus. Das kann für eine Region, ein Bundesland, aber auch für die gesamte Bundesrepublik gelten. Erst die zentralisierte Auswertung ermöglicht einen Vergleich zwischen Einrichtungen. Dies kann in Institutionen stattfinden, die direkt mit der Finanzierung oder Kontrolle von Behandlungen

einrichtungen betraut sind, wie etwa der BfA. Es kann aber auch durch Dritte geleistet werden.

Diese Auswertung kann auf der Basis von Klientendaten erfolgen. Alternativ dazu sind die Daten vor Ort in den Einrichtungen zu aggregieren und die Ergebnistabellen zur zentralen Auswertung zu übertragen. Letzteres bietet ein höheres Maß an Datenschutz, ist jedoch relativ aufwendig und bei der Auswertung wenig flexibel.

Nur ein Teil der bisherigen Systeme und EDV-Programme hat für die beteiligten Einrichtungen eine zentralisierte Auswertung vorgenommen. Grund dafür war offensichtlich in vielen Fällen die mangelnde Bereitschaft bzw. das fehlende Interesse der beteiligten Einrichtungen, ihre Daten zu diesem Zweck zur Verfügung zu stellen. Neben den oft genannten Argumenten des Schutzes der Klienten dürfte dabei auch oft die Befürchtung der Einrichtung stehen, ein direkter Vergleich der eigenen Daten könnte zu negativen – unter Umständen auch unfairen – Bewertungen der eigenen Einrichtung führen.

7.3 Regionale vs. nationale Anforderungen

National werden an ein DS durch die Politik und die Trägerverbände eine Reihe von Anforderungen gestellt:

- Die epidemiologischen Basisdaten für die nationalen Berichte an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht müssen geliefert werden.
- Der deutsche „Kerndatensatz Sucht“, der von einer Arbeitsgruppe der DHS entwickelt wurde, definiert über die europäischen Basisdaten hinaus spezielle deutsche Daten zur behandelten Klientel, die ebenfalls zur Verfügung gestellt werden sollen. Eine nationale Behandlungsstatistik wird derzeit von fast allen Trägern laufender Systeme angestrebt.
- Die Möglichkeit soll gegeben sein, Entwicklungen auch über Ländergrenzen und nationale Grenzen hinaus zu betrachten – manche Länder legen dies schon wegen ihrer Größe nahe.
- Ausreichend große Vergleichsgruppen für bestimmte Typen von Einrichtungen sind zu schaffen, um die Situation und Entwicklungen einzelner Einrichtungen vergleichend bewerten zu können.

In den letzten Jahren haben die Bundesländer große Anstrengungen unternommen, um die Transparenz der Leistungen und die Qualitätsentwicklung in diesem Bereich psychosozialer und medizinischer Hilfe zu vergrößern. Erhebliche Mittel sind in die Entwicklung verschiedener DS und EDV-Programme geflossen, wobei oft eine Verbesserung der administrativen Aspekte im Zentrum stand. So wurden für Hamburg (MOONLIGHT), Schleswig-Holstein (HORIZONT), Rheinland-Pfalz (RELIS), Frankfurt (FRADOSIS) und Berlin (SUNSHINE) Softwarelösungen entwickelt. Während dabei teilweise auf nationale Standards geachtet wurde, sind landesweite oder regionale Anforderungen und Standards – etwa die Art der Leistungsbeschreibung – aufgrund der Verantwortungsbereiche und der Kostenträgerschaft oft vorrangig. In Zusammenhang mit der

Tatsache, dass es oft keine Verpflichtung der Einrichtungen zur Lieferung bestimmter Standarddaten gibt, wirkt diese Entwicklung in der Tendenz einheitlichen nationalen Standards entgegen.

Während sich in der Theorie nationale und regionale Anforderungen modular ergänzen könnten, steigt in der Praxis bei der Entwicklung solcher konsensbasierter Systeme die Heterogenität der Gesamtlösung mit der Zahl der Beteiligten.

7.4 Aggregatdaten vs. nicht-aggregierte Datenweitergabe

Verwendung nicht-aggregierter Datenweitergabe in regionalen Registern

In Hamburg werden seit einiger Zeit Daten aus rund 30 Einrichtungen in einem Fallregister zusammengeführt. Eine entsprechende Vorgehensweise hält dabei persönliche Angaben wie Name und Anschrift geheim. Ein einheitlicher Code erlaubt dennoch die Zuordnung von Betreuungsdaten aus verschiedenen Einrichtungen zu einer Person. Dies ermöglicht es, Doppelzählungen der gleichen Person bei Mehrfachbehandlungen in verschiedenen Einrichtungen zu vermeiden.

Einer der praktischen Grundlagen für dieses Vorgehen ist die Tatsache, dass Stadt und Land Hamburg einerseits Hilfeangebote organisieren, andererseits aber auch Leistungsträger sind. Damit ist die Rechtssituation, was die Weitergabe der Klientendaten angeht, einfacher als im Fall anderer Bundesländer.

Die Vorteile des Systems der Weitergabe personenbezogener Daten sind deutlich:

- Eine Reihe von Auswertungen, die bei Aggregatdaten nicht möglich sind, können durchgeführt werden, wodurch die Ergebnisse besser nutzbar werden.
- Doppelerfassungen werden berücksichtigt.
- Daten aus unterschiedlichen Quellen zur Beschreibung des individuellen Behandlungsverlaufs können zusammengeführt werden.

Folgende Nachteile birgt dieses Verfahren

- Durch den Aufbau eines anonymen Fallregisters wird der Datenschutz in der Tendenz reduziert. Allerdings wird davon ausgegangen, dass eine Re-Identifizierung der Personen nicht möglich ist.
- Es ist ein hoher administrativer Aufwand nötig (Zentralregister, spezielle Regelungen bei der Datenweitergabe).
- Das Verfahren ist aufgrund des hohen Aufwandes kaum auf Flächenstaaten und größere Verwaltungseinheiten im Sinne einer Routineauswertung zu übertragen.

Vor- und Nachteile der Aggregation

Die Datenweitergabe aus der Einrichtung zur Gesamtauswertung erfolgt derzeit in EBIS und SEDOS in Form von Tabellen, die in jeder beteiligten Einrichtung mit

Hilfe eines Aggregierungsprogramms in standardisierter Weise erzeugt werden. Statt eines Satzes von Informationen für eine Person wird zum Beispiel die Gesamtzahl der 18–20-Jährigen mit einer Heroinabhängigkeit ausgezählt. Diese und andere in ähnlicher Weise erzeugten Häufigkeitszahlen werden in Form von mehrdimensionalen Kreuztabellen zur Gesamtauswertung weitergegeben. Dieses Verfahren macht einen vergleichsweise hohen technischen und administrativen Aufwand notwendig, um die relativ große Zahl von Tabellen, die inhaltlich gefordert sind, „ferngesteuert“ in der Stelle per Aggregierungsdiskette zu erstellen. Allein für EBIS-A fallen jährlich etwa 30.000 Felddefinitionen bei etwa 80 verschiedenen Items an, die in den Einrichtungen zusammengefasst werden müssen. Dieser hohe Aufwand erlaubt in der Regel nur eine Datenabfrage pro Jahr. Die schnelle Beobachtung von Entwicklungen und die im wissenschaftlichen Bereich sonst übliche schrittweise Überprüfung von Hypothesen ist faktisch nicht möglich. Eine Zusammenführung von Daten aus unterschiedlichen Quellen – etwa aus ambulanten und stationären Einrichtungen – zur Beschreibung des individuellen Verlaufs der Problematik und zur einfachen Einbeziehung von Erfolgsmaßen wie Legalbewährung und Arbeitssituation ist ebenfalls nicht möglich. Aus diesen Gründen ist diese Vorgehensweise heute im wissenschaftlich-epidemiologischen Bereich nicht mehr üblich.

Allerdings stellt diese Lösung auch ein Maximum an Datenschutz zur Verfügung. Da die Klienten der Datenweitergabe nicht zustimmen müssen, entfällt die Problematik hoher Ausfallquoten, welche die Interpretation von Ergebnissen kennzeichnet. Zu Beginn von EBIS wäre jede andere Lösung in den Einrichtungen insbesondere für Drogenabhängige undenkbar gewesen. Auch die Datenschutzdiskussion im Zusammenhang mit der letzten Volkszählung hat keine Beanstandungen an dem Vorgehen erbracht, und auch die Anforderungen der Datenschutzbeauftragten, z.B. aus Hessen und Sachsen, konnten in den letzten 15 Jahren jeweils mit geringfügigem Aufwand erfüllt werden. Darüber hinaus erlaubt die Lösung eine schnelle zentrale Auswertung, was insbesondere für Dokumentationssysteme zur Trendanalyse notwendig ist.

Auf der anderen Seite würde eine Zusammenführung der Datensätze an einer zentralen Stelle die gleichen Auswertungsmöglichkeiten auf nationaler Ebene eröffnen wie sie bereits für das regionale Register in Hamburg beschrieben wurden. Der Vorteil der Nutzung und Zusammenführung von personenbezogenen Daten wird bei einer nationalen Auswertung durch einen hohen Aufwand für die Datenauswertung in der zentralen Stelle erkaufte, wenn die Qualität der Analyse über die bisherigen Jahresberichte hinausgehen soll. Allein für EBIS-A müssten in der zentralen Stelle pro Jahr 150.000 Datensätze mit je 80 Angaben ausgewertet werden. Die Arbeitskapazität müsste dazu erheblich ausgeweitet werden, oder es entstünde ein jährlich zunehmender „Datenfriedhof“. Die Analyse solcher komplexen Datensätze braucht sehr viel Zeit und steht im Widerspruch zur Forderung nach schneller Auswertung. Das erste US-amerikanische Dokumentationssystem CODAP wurde aus diesen Gründen in den

achtziger Jahren wieder eingestellt: es war zu teuer und technisch kaum noch handhabbar.

Kompromissüberlegungen

Als Kompromiss zwischen den Ansprüchen an mehr Auswertungsmöglichkeiten einerseits und den Anforderungen an Datenschutz, Ökonomie und rasche Auswertung andererseits ist es denkbar, die Technologie für die Sammlung und Auswertung personenbezogener Daten zwar vorzusehen, sie aber nur für speziell definierte Studien zu nutzen. Die Dokumentationssysteme könnten alle notwendigen technischen Voraussetzungen bereitstellen, um auf Bedarf personenbezogene Datensätze für Sonderauswertungen sammeln und auswerten bzw. Dritten (z.B. Wissenschaftlern, Behörden oder Verbänden) zur Verfügung stellen zu können. Hierfür wäre insbesondere eine Funktion notwendig, die den HIV-Code oder einen anderen allgemein gültigen anonymisierten Identifikator erzeugt. Je nach Fragestellung ließen sich damit in einzelnen Einrichtungen, Bundesländern, bestimmten Personengruppen oder über einen gewissen Zeitraum hinweg personenbezogene Datensätze nutzen und für spezielle Studien zusammenführen. Die zentrale Routineauswertung würde dennoch nach wie vor mit aggregierten Daten durchgeführt werden.

Dem Risiko eines immer größer und vollständiger werdenden nationalen Registers aller Personen mit substanzbezogenen Problemen könnte dadurch entgegengetreten werden, dass nur jeweils begrenzte, punktuelle Auswertungen mit personenbezogenen Daten zugelassen werden. Die Genehmigung für solche Studien könnte durch eine spezielle „Ethik-Kommission“ erfolgen, analog der Regelungen für wissenschaftliche Untersuchungen in anderen Bereichen. Dem berechtigten wissenschaftlichen und administrativen Bedürfnis nach mehr Möglichkeiten zur Auswertung der umfangreichen und detaillierten Daten könnte damit ebenfalls besser als bisher Rechnung getragen werden.

7.5 Einheitliches Erfassungsprogramm vs. einheitliche Schnittstellen

Zu Beginn waren EBIS und später SEDOS praktisch die einzigen EDV-Angebote in diesem Bereich. In einer nächsten Entwicklungsphase kamen trägerspezifische Dokumentationssysteme und Programme hinzu und in jüngster Zeit – mit dem Einstieg der Bundesländer und der sich abzeichnenden Änderung der Finanzierung in Richtung konkreter Leistungsabrechnungen – haben sich auch gewerbliche Anbieter in diesem Bereich engagiert.

Eine nationale Dokumentation und Berichterstattung, wie sie bisher in den Jahresberichten von EBIS und SEDOS angestrebt wurde und die Ziel einer nationalen Behandlungsstatistik für den Bereich Sucht ist, hat zwei Voraussetzungen: die Anwendungen einheitlicher inhaltlicher Standards und die technische Zusammenführung der Daten.

Die inhaltlichen Standards haben sich faktisch zunächst über viele Jahre durch die breite Anwendung und

zunehmende gegenseitige Anpassung der Dokumentationssysteme EBIS, SEDOS und DESTAS entwickelt. Formalisiert wurden die Anforderungen in den letzten Jahren durch die Veröffentlichung des Deutschen Kerndatensatzes Klienten, in dem auch der Europäische Kerndatensatz der EBDD integriert ist. Die Entwicklung eines Kerndatensatzes zur Beschreibung der Einrichtung und von Kerntabellen auf der Basis der Klientendaten ist derzeit Gegenstand der Arbeiten der Statistik-Arbeitsgruppe der DHS.

Die Zusammenführung der Daten ist einfach, wenn nur ein einheitliches Dokumentationssystem oder EDV-Programm eingesetzt wird. Die EDV-Programme von EBIS und SEDOS waren über viele Jahre in dieser Situation, deckten allerdings nur einen Teil der vorhandenen Einrichtungen ab. Die Beschränkungen in der Funktionalität dieser EDV-Programme für administrative Zwecke wurden bereits erörtert. Durch die zunehmende Zahl von Dokumentationssystemen, vor allem aber von EDV-Programmen, ist solch eine Einheitlichkeit heute nicht mehr gegeben. Die Zusammenführung der Daten muss deshalb in jedem Fall aus verschiedenen Programmen mit Hilfe einheitlicher Schnittstellen erfolgen. Die Lösung, die Aggregierungsmodule von EBIS und SEDOS zu nutzen, ist weit entwickelt und mit HORIZONT und DESTAS bereits in Pilotversuchen erfolgreich getestet worden. Derzeit befindet sich das Vorgehen in der praktischen Erprobung. Die gleiche technische Lösung steht grundsätzlich auch für andere Systeme offen. Grundlage der Lösung ist die Übernahme der Daten aus den jeweiligen Systemen in eine EBIS- bzw. SEDOS-kompatible Datenbank vor Ort. Diese wird dann mit den Standardroutinen von EBIS und SEDOS zur Aggregierung bearbeitet, so dass die Ergebnisdatei in die normalen Auswertungsroutinen der beiden Systeme einmünden kann. Während die grundlegenden technischen Probleme gelöst sind, sind bisher aber noch immer technische Detailprobleme, Termenschwierigkeiten etc. einer tatsächlichen Übernahme größerer Datenbestände für eine nationale Gesamtstatistik im Wege gewesen.

8. Bewertung der Ziele und mögliche Optionen

8.1 Stärken und Schwächen bisheriger Lösungsansätze

Im Vergleich zu anderen Bereichen sozialer Arbeit und psychosozialer Hilfen ist die Dokumentation im Bereich der Suchthilfe relativ weit entwickelt und verbreitet. Dies gilt für die inhaltlichen wie für die technischen Aspekte dieser DS. Während die inhaltlichen Aspekte des DS offensichtlich relativ gut gelöst sind und in Form von Standards insgesamt weit akzeptiert sind, findet eine intensive Diskussion über die Weiterentwicklung der EDV-technischen Umsetzung dieser Inhalte statt. Es sind in zunehmendem Umfang spezifische EDV- und Verwaltungsanforderungen einzelner Anwender zu berücksichtigen. Dies erfordert eine hohe EDV-technische Kompetenz und Ausstattung der Entwickler, was die Einbindung und Nutzung mancher der bisherigen Lösungen kaum noch zulassen dürfte.

Der Wechsel zur nächsten Generation von Software ist derzeit im Gange, und es ist noch nicht ganz klar, welches der bisherigen DS und Programme diesen schaffen wird. Zur Zeit werden integrierte und komplexe EDV-Programme von den Entscheidern sehr stark favorisiert, was diese Anforderungen noch unterstreicht. Zur EDV-Entwicklung im nicht kommerziellen Bereich ist kritisch anzumerken, dass notwendige Entwicklungsschritte bisher oft verzögert und teilweise ohne ausreichende zeitnahe Qualitätssicherung erfolgt sind. Andererseits basierte diese Entwicklung auch oft auf finanziellen Ansätzen, die deutlich unter den Kostenkalkulationen der gewerblichen Anbieter heute liegen.

8.2 Optionen für die Zukunft

Anstelle theoretisch denkbarer Ansätze zur Umsetzung der im ersten Teil beschriebenen Anforderungen werden im folgenden die real gegebenen Optionen untersucht und bewertet. Die derzeit vorhandenen EDV-Lösungen werden daraufhin untersucht, wie ihre Zukunftschancen sind, in welche Richtung sie sich entwickeln könnten und welche Risiken und Chancen damit verbunden sind.

Option 1: Trägereigene Dokumentation

Der FDR (DESTAS), der Fachverband Sucht (BADO) und andere haben DS entwickelt, die jeweils vorrangig in den Einrichtungen eines Trägerverbandes eingesetzt werden. Der nationale Kerndatensatz wird in Kürze weitgehend darin enthalten sein, die Frage der Datenweitergabe ist aus nationaler Sicht im Prinzip gelöst.

Inwieweit diese Systeme unter den gegebenen Umständen (Finanzierung, EDV-technisches Knowhow) eine Integration der geforderten weitreichenden Verwaltungsfunktionen, Umstellung auf neue Benutzeroberflächen, Internetanbindung etc. aus eigener Kraft realisieren können werden, bleibt abzuwarten. Einen Einsatz dieser Systeme außerhalb der Träger selbst findet bisher kaum statt, als technische Basis für die nationale Datenerfassung stehen sie daher in absehbarer Zeit wohl nur begrenzt zur Verfügung.

Option 2: Fortsetzung der EDV-Programme EBIS und SEDOS in der bisherigen Form

EBIS und SEDOS haben 1998 soviel Einrichtungen und Klienten in einer nationalen Gesamtstatistik vereint wie nie zuvor. Mit Ausnahme von etwa zehn Einrichtungen, die andere EDV-Programme vor Ort einsetzen, hat damit auch die Zahl der Anwender der EDV-Programme einen sehr hohen Wert erreicht. Dennoch ist eine Fortsetzung der bisherigen Strategie mit erheblichen Problemen und Risiken behaftet.

Insbesondere ist festzustellen:

- Die zunehmenden administrativen Anforderungen an die verwendeten Programme von Seiten der Leistungsträger (Leistungsdokumentation, Leistungsabrechnung) und Einrichtungsträger sind mit der bisherigen personellen Infrastruktur auf Seiten der EDV-Entwicklung kaum noch zu lösen.

- Der knappe finanzielle Rahmen bei der EDV-Entwicklung führt zu einem strukturellen Problem. Je höher die Anforderungen an zusätzliche Funktionen bei gleichbleibender oder reduzierter finanzieller Ausstattung des Projekts sind, um so höher sind die Risiken in Bezug auf die Qualitätskontrolle und Datensicherheit des Programms.
- Zunehmend werden regionale Entwicklungen durch Auftragsvergabe der Länder an gewerbliche Firmen vorangetrieben. Eine direkte Abstimmung zwischen den Ländern bzw. zwischen den Ländern und der nationalen Standardstatistik findet nicht statt. Der Abstimmungsaufwand für technische und inhaltliche Gewährleistung einer nationalen Gesamtstatistik steigt deshalb stark an.

Möglich wäre eine Weiterführung mit etwa dem bisherigen Leistungsstand auf der Grundlage einer aktualisierten Benutzeroberfläche. Dabei würden einerseits weitergehende Leistungsanforderungen der Einrichtungen an gewerbliche Anbieter verwiesen. Es ist allerdings damit zu rechnen, dass die finanzielle Schere sich in Zukunft noch weiter öffnet. Schnittstellen zu anderen Programmen für Aggregierungszwecke müssen im Interesse einer nationalen Statistik weiter entwickelt werden.

Bei aller Unterstützung für „große“ integrierte EDV-Lösungen ist allerdings noch nicht ganz klar, wie die EDV-Lösung eines DS in fünf Jahren aussehen mag. Derzeit wird der Umfang der notwendigen Erhebungsarbeiten für ein DS mit integrierter Leistungserfassung unterschätzt, die Qualifikation und Bereitschaft der Mitarbeiter, sich auf diese veränderte Arbeitsform einzulassen, eher überschätzt. Auch die erheblichen Kosten dieser Systeme, die nach der Anschubfinanzierung durch die Länder auf die Einrichtungen selbst zurückfallen werden, werden derzeit wenig berücksichtigt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird das zukünftige System weit weniger komplex sein als derzeit vermutet und geplant. Auch die grundsätzliche Entscheidung, inwieweit die Tätigkeiten der heutigen Einrichtungen in Form nachzuweisender Einzelleistungen abzurechnen ist, wird erst die Zukunft bringen. Da Leistungserfassung und -abrechnung in vielen Fällen Auslöser des massiven Ausbaus der Dokumentation und des EDV-Einsatzes zu sein scheint, wird die weitere Entwicklung auch die EDV-Lösungen massiv beeinflussen.

**Option 3:
Massive Weiterentwicklung der EDV-Programme in EBIS und SEDOS**

Trotz klarer Mängel ist die vorhandene Basis der nationalen Standardprogramme EBIS und SEDOS nicht schlecht: die Systeme sind technisch und fachlich stabil, die Mitarbeiter eingearbeitet und viele gewünschte Funktionen zumindest schon im Ansatz vorhanden. Unter der Voraussetzung, dass durch eine gemeinsame Anstrengung der Träger des Systems – also der Verbände und des IFT – adäquate Investitionsmittel zur Verfügung stehen, kann der Ausbau der vorhandenen Programme zu einem modernen und leistungsfähigen Instrument der Planung und des Managements von Klienten und Personal realisiert werden. Gemessen an

der Summe der Investitionen auf allen Ebenen – EDV-Entwicklung, Beschaffung von EDV-Geräten, Schulung der Mitarbeiter, Abstimmungskosten zwischen diversen EDV-Systemen und der nationalen Statistik – erscheint dies in der Summe der preisgünstigste Ansatz zu sein. Die verstärkte Einbeziehung gewerblicher EDV-Entwickler in die Programmierarbeiten könnten dabei dazu beitragen, Qualitätsprobleme und Terminverzögerungen zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

**Option 4:
Aufgabe der EDV-Entwicklung in EBIS und SEDOS**

Das erste „moderne“ DS, das in Hamburg unter dem Namen „Moonlight“ entwickelt wurde, hat seine Anfangsphase wohl inzwischen überstanden und erste Auswertungen vorgelegt. Da jedoch weder die Einhaltung nationaler Standards geklärt ist noch nach bisherigem Kenntnisstand Daten in eine nationale Gesamtstatistik einfließen werden, erscheint diese Lösung aus nationaler Sicht nicht sehr erfolgversprechend. Das EDV-Programm auf der Basis des Apple-Betriebssystems hat sich außerhalb Hamburgs bisher wohl auch kaum verbreitet.

Die Firma Ohltec aus Kiel bietet mit HORIZONT zur Zeit ein technisch recht weit entwickeltes EDV-Programm in diesem Bereich an. Zunächst durch ein Landesprojekt entwickelt, wurde die EDV-Lösung in einer späteren Phase auch in anderen Ländern angeboten. Es wird derzeit stark auf allen Ebenen beworben. Durch den katalogbasierten Aufbau verspricht es Flexibilität, die Benutzerführung kommt den Benutzern wegen seiner Ähnlichkeiten mit Standardprogrammen entgegen.

Ein derartiges Programm könnte in Zukunft als technische Basis für die Datenerhebung in EBIS und SEDOS dienen. Die Itemdefinitionen wären dabei entsprechend der inhaltlichen Standards der DS zu übernehmen, Funktionalität und technische Abläufe der Datenerhebung würden durch HORIZONT gelöst. Die Zusammenführung der Daten könnte wieder mit Hilfe der Aggregierungsmodule aus EBIS und SEDOS geschehen.

Kritisch zu bemerken ist, dass zwar technische – damit aber nicht automatisch inhaltliche – Lösungen vorliegen. Die Zusammenführung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse auf nationaler Ebene ist nur dann gegeben, wenn die Kompatibilität mit den EBIS und SEDOS Datendefinitionen und der Art der Datenerfassung zu 100 % gewährleistet ist. Technisch gelöst, in der Praxis aber noch nicht endgültig umgesetzt, ist die Frage des Datentransfers aus solchen System in die Bundesstatistik. Eine intensive Kooperation zwischen der nationalen Auswertungsstelle und den Entwicklern der regionalen Anwendungen ist nötig, um Detailprobleme zu identifizieren und zu lösen.

8.3 Risiken

Folgende Risiken sind mit den verschiedenen dargestellten Optionen und mit den aktuell zu beobachtenden Entwicklungen verbunden.

Erhöhung der Fehlermöglichkeiten

Das Aggregierungsverfahren birgt dadurch eine Reihe von Fehlermöglichkeiten, dass es an der Schnittstelle zwischen zwei Programmen (beliebiges EDV-Programm bzw. DS und nationale Aggregierungsroutine bzw. Statistik) bzw. zwei Organisationen steht. An zwei Stellen kann es in der Zusammenarbeit zwischen den neuen DS und einer gemeinsamen nationalen Statistik zu Problemen kommen:

- Wenn Fragen aus einem Standardkatalog nicht exakt in das Programm aufgenommen werden. Dabei ist nicht nur die Formulierung, sondern auch Falldefinitionen, Erläuterungen, Prüfroutinen etc. von Bedeutung.
- Wenn Fehler bei den Übernahmen der Inhalte in Standardaggregatdaten auftreten.
- Die Möglichkeiten, die Ergebnisdateien zentral auf Korrektheit zu überprüfen, sind dabei sehr begrenzt (interne Konsistenz, Wertebereich).

Verlust der Kontinuität in der Datenerhebung

Die aktuellen Standards für Dokumentation in Deutschland finden zur Zeit relativ viel Unterstützung auch auf Seiten der Länder. Die Erfahrung der letzten 20 Jahre und die Diskussion mit der EBDD in Hinblick auf die europaweite Harmonisierung des Behandlungsindikators spricht dafür, dass der Fragenkatalog und die Abfragen sich auch in Zukunft alle zwei bis drei Jahre ändern werden. Diese Änderungen müssen dann in allen kooperierenden Systemen in gleicher Weise und termingerecht vollzogen werden, wenn die Daten am Jahresende wiederum in eine gemeinsame Statistik einfließen sollen. Verzögerungen bei der Übernahme solcher Änderungen, die in der Vergangenheit bereits zu Ausfällen bei großen kooperierenden Trägern geführt haben, sind auch in Zukunft nicht auszuschließen. Je größer die Zahl der Partner ist, desto größer das Risiko solcher Ausfälle.

Verschmälerung des Datenbestandes

Derzeit sind in EBIS rund 60 % der Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen enthalten, SEDOS deckt rund 40 % der Patienten in spezialisierten Kliniken ab. Insbesondere in Nordrhein-Westfalen, das in 1999 den Einsatz von Horizont für 140 Einrichtungen im Land verpflichtend gemacht hat, werden ab 1999 voraussichtlich nur noch ein Teil der bisher beteiligten Stellen das EBIS-Programm einsetzen. Bisher hatte es das IFT als durchführendes Institut weitgehend in der eigenen Hand, Daten aus den beteiligten Einrichtungen anzufordern, in Zukunft sind mehrere Beteiligte hierzu notwendig. Während die technischen Fragen kein Problem darstellen dürften, ist die Frage der Kooperation schwerer zu beantworten. In Zukunft wird die Datenübernahme davon abhängen, dass

- das Bundesland dies fordert bzw. die Einrichtung dies aus Eigenmotivation heraus tut,
- die EDV-Entwickler/Firmen die entsprechenden Programmteile zur Übersetzung der Daten in EBIS/SEDOS-kompatible Datenbanken vorsehen,

- die Aggregierungsroutinen des IFT die Einrichtungen rechtzeitig erreichen,
- die Einrichtungen die Aggregierungsroutinen termingerecht durchführen (lassen) und
- die Ergebnisdateien zur zentralen Auswertung schicken.

8.4 Chancen

Bei aller Schwierigkeit der aktuellen Entwicklungen soll nicht übersehen werden, dass eine Reihe von Chancen damit verbunden sind.

Verbesserung der Nutzbarkeit vor Ort

In den EDV-Programmen des DS EBIS/SEDOS und DESTAS bestand bisher nur in begrenztem Umfang die Möglichkeit, die konkreten administrativen und organisatorischen Anforderungen der Einrichtungen vor Ort zu erfüllen. Knappe finanzielle Mittel und die Notwendigkeit, nationale Lösungen anzubieten, haben diese Spezialisierung der Programme verhindert. Bei gewerblichen Lösungen stellt sich die Frage anders dar. Die Lösung muss jeweils für den Kunden passen – die Einrichtung, das Land oder den Trägerverbund. Weitere nationale Anforderungen sind nur zu berücksichtigen, wenn dies der Kunde will. Insbesondere bei der Nutzung von Systemhäusern sind damit auch EDV-Dienstleistungen, die ein hohes Maß an Kompetenz auch in anderen verwandten technischen Bereichen voraussetzen, etwa technische Kommunikation, Vernetzung etc., denkbar.

Verbreiterung der Datenbasis

Unter der Voraussetzung, dass gemeinsame Auswertungsverfahren angewandt werden, kann die Verbreiterung des Programmangebots dazu führen, dass auch Einrichtungen an der Gesamttaggregation teilnehmen, die an den bisherigen Programmen nicht interessiert waren. Die steigende Flexibilität und Qualität des EDV-Angebots kann damit helfen, die Datenbasis zu vergrößern.

Ökonomie

Als die ersten PC-Lösungen für ein DS eingeführt wurden, geschah dies für EBIS/SEDOS ebenso wie für DESTAS weniger aus dem Wunsch heraus, jetzt auch im EDV-Bereich aktiv zu werden, sondern aus Notwendigkeit. Standardprogramme, die sofort einsetzbar waren, fehlten, und die Entwicklung von Programmen über die gewerblichen EDV-Anbieter war unter den gegebenen Umständen nicht finanzierbar. Besteht heute bei gleicher oder besserer Qualität des Gesamtergebnisses unter den gegebenen finanziellen Bedingungen die Möglichkeit, die EDV-Entwicklung in hierfür spezialisierte Firmen zu verlagern, sollte dies getan werden.

8.5 Ausblick

Die dargestellten Optionen machen deutlich, dass eine Entscheidung mit erheblichen Auswirkungen erforder-

lich ist. Sie betrifft einen Zeitraum von etwa vier bis fünf Jahren, noch längerfristige Zukunftsprognosen erscheinen aufgrund der EDV-Entwicklung und der raschen Weiterentwicklung des Versorgungsbereichs zu spekulativ. Um die beginnende Verunsicherung auf Seiten der Anwender zu vermeiden, die Planung in der Weiterentwicklung der verschiedenen DS und Programme zu verbessern und die knappen finanziellen Mittel möglichst effizient einsetzen zu können, ist eine baldige Entscheidung über das weitere Vorgehen notwendig.

9. Glossar

BAG-W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe
DCV	Deutscher Caritasverband
DESTAS	Dezentrales Dokumentationssystem
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
DO-S	Deutscher Orden KdöR – Suchthilfe
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EBIS-A	Einrichtungsbezogenes Informationssystem für ambulante Einrichtungen
EBIS-R	Einrichtungsbezogenes Informationssystem – Referenzstichprobe
EBIS-B	Einrichtungsbezogenes Dokumentations- und Informationssystem für Basishilfen
FDR	Fachverband Drogen und Rauschmittel
FVS	Fachverband Sucht
GVS	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk
IFT	Institut für Therapieforschung
SEDOS	Stationäre einrichtungsbezogene Dokumentationssystem in der Suchtkrankenhilfe

10. Literatur

DHS (1998). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich Suchtkrankenhilfe (Klientenbezogene Daten), Sucht 44 (2) 1998.

Simon, R. & Pfeiffer, T. (1998). Feasibility study on the implementation of the proposals given in the final reports of REITOX subtasks on improving the quality and comparability of treatment reporting systems. Development of a core Item List for Monitoring the treatment of Drug Misusers. Final Report. EMCDDA project CT.97.EP.07

Simon, R., Strobl, M., Palazzetti, M. (1999). Status und Optionen für die Weiterentwicklung der EBIS-Systemfamilie. Internes Papier der EBIS-AG.

¹ Dokumentationssystem (DS) wird dabei verstanden als ein Komplex aus

- inhaltlichen Standards und Definitionen
- technischen Lösungen (Fragebogen und/oder Software zur Datenerfassung, -haltung, -transfer, -analyse)
- regelmäßiger Auswertung und Berichterstattung

Vereinbarungen zwischen verschiedenen Instanzen über Datenaustausch und Unterstützung bei der Datenerhebung.

EBIS

Ein richtungsbezogenes Informationssystem

EBIS ist ein PC-gestütztes System zur Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen für psychosoziale, psychotherapeutische und medizinische Hilfen (z.B. Suchtkrankenhilfe, Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe).

In allen Systemvarianten werden zur Beschreibung der Klientel, der Maßnahmen, der Ergebnisse sowie der Charakteristika der Einrichtungen jeweils einheitliche Fragenkataloge verwendet. Die in den Einrichtungen erhobenen Daten werden jährlich einer standardisierten Jahresauswertung zugänglich gemacht und auf Bundesebene in Form eines kommentierten Berichts publiziert. Darüber hinaus gibt es Jahresberichte auf Einrichtung-, Träger-, Diözesan- und Länderebene. Die Einrichtung selbst kann das Dokumentationssystem für vielfältige Zwecke nutzen, z.B. Hilfeplanung, Qualitätssicherung, Verwaltung von Daten und Dokumenten, elektronische Klientenakte, Terminkalender und Leistungsabrechnung.

Hintergrund

Das Dokumentationssystem EBIS wurde 1980 mit finanzieller Förderung des BMG in einer manuellen Version und mit einer Beteiligung von ca. 200 Beratungsstellen im Suchtbereich gestartet (EBIS-ambulant). 1986 wurde im Rahmen eines vom Bundesgesundheitsamt (BGA) als Frühwarnsystem zum Medikamentenmißbrauch geförderten Projekts eine erste computergestützte Version entwickelt (EBIS-R), die 1989 allen interessierten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zur Verfügung gestellt werden konnte (EBIS-A). Die manuelle Version des Dokumentationssystems wurde 1995 eingestellt. 1994 wurde analog zu EBIS-A für Einrichtungen der stationären Suchtkrankenhilfe mit SEDOS eine zweite Systemvariante eingeführt eingeführt und seit 1980 stimmt nicht, frag noch mal Mike bzw. Roland Simon wann das war, aber eher in den 90ern 1994 ist im Bereich der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe das System EBIS-B(asishilfen) im Einsatz.

Anfang 2000 wurden alle bisherigen Dokumentationssysteme unter dem Dach einer Systemfamilie und dem gemeinsamen Namen EBIS (EinrichtungsBezogene Informationssystem) zusammengefasst. Die verschiedenen Varianten werden mit einem Appendix gekennzeichnet. Gemeinsamer Träger ist die EBIS-Arbeitsgemeinschaft (EBIS-AG), das IFT ist weiterhin für die fachlichen Entwicklungen, den Betrieb und die fachliche Auswertung zuständig. Das System steht allen interessierten Einrichtungen aus den genannten Hilfebereichen offen. Die Beteiligung liegt derzeit bei etwa 600 ambulanten und 120 stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und 100 Einrichtungen der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe.

Weiter- bzw. Neuentwicklungen

Ende 1998 wurde auf der Basis der europäischen Core Item List der deutsche Kerndatensatz für die Suchthilfe veröffentlicht. Auf der Basis dieses Datensatzes wurde 1999 in Kooperation mit der EBIS-Anwender-Arbeitsgruppe und der EBIS-AG für den Suchthilfebereich des Dokumentationssystems EBIS ein neuer Fragebogen entwickelt. Die Menge der dadurch zustande gekommenen Fragen hat jedoch eine weitergehende Modularisierung notwendig gemacht. So entstanden neben dem Kerndatenbogen (Sucht) sieben weitere optionale Fragebogenmodule zu verschiedenen Problembereichen, die zentrale inhaltliche Fragen des Kerndatenbogens weiter vertiefen.

Ende 1999 haben auch die Bundesarbeitsgemeinschaften der Wohnungslosenhilfe (BAGW) und Straffälligenhilfe (BAGS) jeweils einen – sich in großen Teilen überschneidenden – Fachdatensatz verabschiedet, der in zentralen (soziodemographischen) Fragen mit dem Kerndatensatz der Suchtkrankenhilfe kompatibel ist. Aufgrund der späten Fertigstellung dieser Datensätze war es im Rahmen des EBIS-Systems zwar noch möglich, bis Januar 2000 alle neuen Standards in den Fragebogen zu integrieren, die Menge der dadurch zustande gekommenen Fragen hat jedoch eine weitergehende Modularisierung notwendig gemacht. So entstanden neben dem Kerndatenbogen (Sucht) sieben weitere optionale Fragebogenmodule, die zentrale inhaltliche Fragen des Kerndatenbogens weiter vertiefen. So entstanden neben der EBIS-Version für die Suchtkrankenhilfe zwei getrennte Dokumentationssysteme für die Die Fragebogen für den Bereich der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe mit einem jeweils eigenen Fachdatensatz der sowohl als Fragebogen- als auch als Software-Version im Frühjahr konnte im Mai dieses Jahres zur Verfügung gestellt werden konnte.

Bereits Anfang 2000 war ein Wechsel auf eine neue Entwicklungsplattform erforderlich. Seit der Version 6.0 werden nur noch die Betriebssysteme WINDOWS 95/98/2000 und NT unterstützt. Mindestvoraussetzung für den Prozessor ist ein 133er Pentium, als Arbeitsspeicher werden mindestens 32 MB benötigt und für den Office-Bereich WORD 97 und EXCEL 97. Weiters werden ein CD-Rom-Laufwerk und eine Grafikkarte benötigt.

Aktuelle EBIS-Version 2000

Der Das seit Anfang 2000 gültige EBIS-Fragebogen Dokumentationssystem (Fragebogen + Software) für die Suchtkrankenhilfe deckt nunmehr den deutschen Kerndatensatz der Suchthilfe komplett ab und gilt sowohl für ambulante wie auch für stationäre Ein-

richtungen. Er besteht aus einem Kerndatenbogen (Stammdaten und Basisinformationen zur Betreuung) und sieben optionalen Fragebogen Modulen zur Differenzierung einzelner Problembereiche (z.B. Arbeit, Wohnung, Finanzen etc.). Weiterhin stehen ein spezielles Modul Fragebogen zur Erfassung von Daten zum nicht bestimmungsgemäßen bzw. schädlichen Konsum von Medikamenten und ein Fragebogen Modul zur Erfassung von Informationen über Präventionsmaßnahmen der Einrichtungen zur Verfügung. Die Beantwortung der Fragen des Kerndatenbogens ist verpflichtend, alle weiteren Fragebogen Module können von den Einrichtungen bedarfsorientiert eingesetzt werden.

Die Fragebogen Dokumentationssysteme für die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe bilden den von den Bundesarbeitsgemeinschaften BAGW und BAGS verabschiedeten jeweiligen Fachdatensatz ab, gehen aber an einigen Stellen über diesen hinaus. So wurden insbesondere in den Bereichen Betreuungsart und Maßnahmen zusätzliche Fragen aufgenommen, um wesentliche Merkmale zur Tätigkeitsdokumentation der Einrichtung abbilden zu können.

EBIS Version 2001 - Eine Vorschau

Die EBIS-Version 2001 wird aus einer Grundversion und vier optionalen Zusatzmodulen bestehen, wobei der Kerndatenbogen unverändert in der Grundversion enthalten sein wird. Bei den bisherigen sieben optionalen Modulen wird es aufgrund der Rückmeldungen der Einrichtungen Optimierungen geben.

Die Grundversion 2001 wird des weiteren einen Terminkalender enthalten, der mit der bisher bereits vorhandenen Kontaktverwaltung verknüpft wird. Ebenfalls in der Grundversion enthalten ist eine erweiterte Leistungsdokumentation, die bisher rein klientbezogenen war und nur frei definierbaren Einzelleistungen vorsah. Hier werden einerseits standardisierte Leistungskataloge (z.B. KTL und Leistungsbeschreibung der DHS) ergänzt eingebunden und andererseits

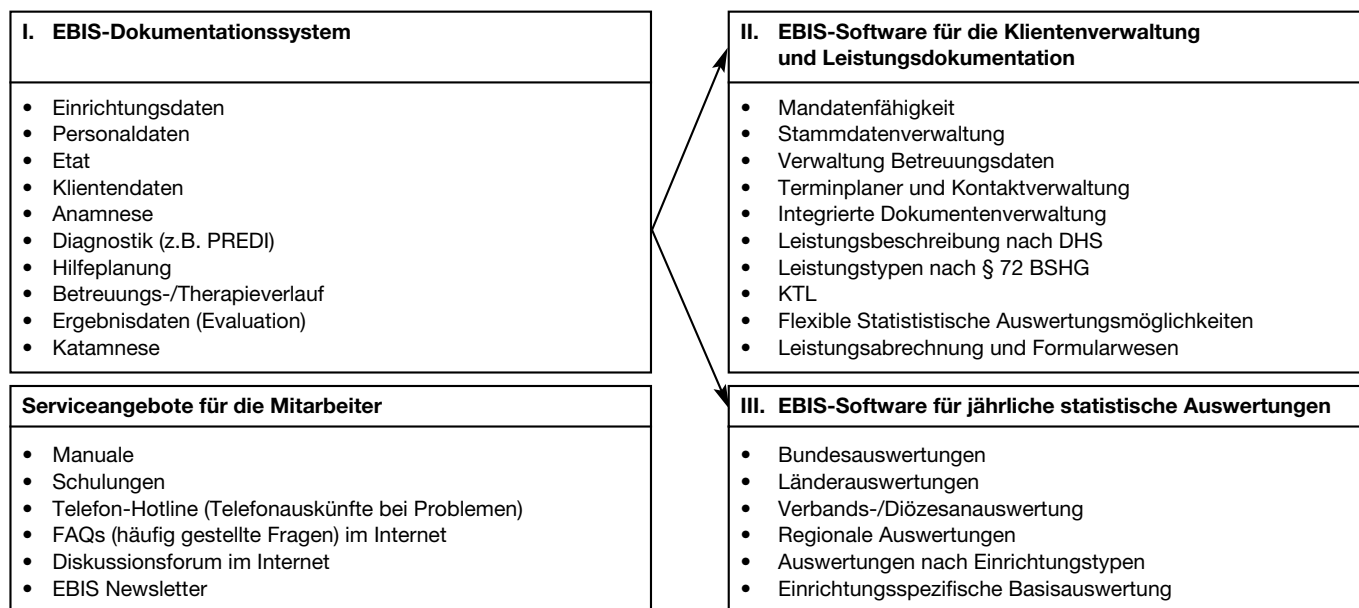
nicht-klientbezogene Leistungsbereiche (z.B. Präventionsmaßnahmen) einbezogenbezogen. Sowohl für die ambulanten als auch die stationären Suchteinrichtungen gibt es einen neu entwickelten bzw. überarbeiteten Katamnesebogen.

Folgende vier optionale Zusatzmodule werden ab 2001 zur Verfügung stehen, die von den Einrichtungen bei Bedarf und freiwillig gegen eine Lizenzgebühr pro Einrichtung bezogen werden können:

- eine (erweiterte) **Leistungsabrechnung**, in der jede dokumentierte Leistung mit einer Rechnungsstellung belegt werden kann
- **Hilfeplanung und Verlaufsdokumentation**. Dieses Modul umfaßt die Definition von Zielvorgaben und Maßnahmen (Leistungen) sowie Prüfungen des Fortschritts bei der Umsetzung der Maßnahmen
- **eine integrierte Dokumentenverwaltung**, in der alle Dokumente (Briefe, Berichte, Rechnungen etc.) aus EBIS heraus verwaltet werden können (zur Verwendung dieses Moduls sind WORD und gegebenenfalls EXCEL erforderlich).
- das **Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostiksystem (PREDI)** zur Ergänzung der diagnostischen Möglichkeiten. Mit diesem System lassen sich über die EBIS-Items hinaus die verschiedensten psychosozialen Lebensbereiche beschreiben, es kann die jeweilige Problemperspektive erarbeitet und über eine Ressourcenbeurteilung die jeweilige Veränderungsmotivation der Klienten erfaßt werden.

Die Gebühren betragen inklusive der Serviceleistungen für eine einzelne ambulante Einrichtung 700 bis 980 DM und für eine einzelne stationäre Einrichtung 900 bis 1260 DM. Für Ambulante Einrichtungen mit Außenstellen sind 1100 bis 2100 DM zu entrichten und für Stationäre Einrichtungen mit Außenstellen 1000 bis 2100 DM, abhängig von der Anzahl der Außenstellen und Zusatzmodule.

Struktur von EBIS 2001



Curatio.PSZ

Ein EDV-Programm für die Gemeindepsychiatrie

Die Sicherheit

Es sind genug Daten über Menschen mit psychischen oder Suchterkrankungen in den Akten von Ämtern, Behörden und Kliniken gesammelt und dort nicht so geschützt und geheim, wie es die Betroffenen erwarten dürften.

Jeder Benutzer, ob in der Verwaltung, der Betreuung, Beratung oder Pflege erhält sein eigenes Kennwort, welches individuell die Benutzerrechte im Programm steuert:

Klientenverwaltung

Auf einen Blick sehen Sie alle betreuungs- oder beratungsrelevanten Angaben. Per Mausklick bewegen Sie sich zu logisch angeordneten Datenbereichen oder treffen eine Auswahl. Sie wissen ohne zu suchen, von welchem Fach- oder Amtsarzt das Aufnahmegutachten erstellt wurde, sehen alle persönlichen Daten, die Eingangsdiagnose, erkennen ob eine Betreuung gerichtlich angeordnet ist und wer sie ausübt, haben Übersicht über Hausarzt, Therapeuten oder Fachärzte, können Ihre Betreuungsleistungen per Auswahl durch Mausklick aus einem Leistungskatalog dokumentieren oder Notizen eintragen. Und das ist nur eine kleine Auswahl:

Und das BSHG?

Sie müssen planen und dokumentieren, um eine Vergütungsvereinbarung zu erhalten (abgesehen davon, dass planen und dokumentieren die Arbeit erleichtern kann – wenigstens mit **CURATIO®**. Es gibt bisher nur ein System für die komplementäre Psychiatrie, welches den Anforderungen des BSHG standhält und das hat eine Expertenkommission der Bundesregierung entwickelt. Der Psychiatrieverlag gibt es als sog. Arbeitshilfe 11 heraus. Dokumentation in **CURATIO®.PSZ** setzt diesen Standard um.

Vergessen gibt's nicht!

Wenn etwas wichtig ist, dann lassen Sie sich einfach per Computer erinnern.

Mitarbeiterverwaltung

CURATIO®.PSZ verwaltet alle Daten Ihrer Mitarbeiter und erfasst, was Sie unabhängig von der Betreuung an administrativen Dingen zu erledigen haben.

Für jeden Bereich das R(W)ichtige

Weil es verschiedene Arbeitsbereiche in der psychosozialen Arbeit gibt, hat **CURATIO®.PSZ** auch verschiedene Module. Nämlich für **Beratungsstellen**, für **Betreutes Wohnen** oder **Wohneinrichtungen** und für **Tagesstätten**. Für Werkstätten und reine Pflegeeinrichtungen (ambulant oder stationär) gibt es gesonderte Programme. Alle Module greifen auf die selbe Datenbank zu, aber in den Übersichtsmasken erscheint nur das, was für den jeweiligen Arbeitsbereich von Belang ist.

Sie brauchen deshalb auch nur das zu kaufen, was für Ihre Einrichtung wesentlich ist und können jederzeit ergänzen.

In einer Beratungsstelle oder einer Tagesstätte...

...führen Sie vielleicht Gruppen-, Freizeit- oder Kontaktangebote durch:

Legen Sie einfach los und planen oder dokumentieren Sie am PC Ihre Angebote. Die Projektplanung hilft Ihnen, nichts mehr zu übersehen oder zu vergessen! Teilnehmerlisten, die man nicht mehr wiederfindet, gehören übrigens auch der Vergangenheit an und wer seine Beiträge schon entrichtet hat, sehen Sie auch auf einen Blick.

Im Betreuten Wohnen oder in Wohneinrichtungen...

...müssen Sie vielleicht verschiedene Betreuungsschlüssel oder Personalschlüssel verwalten. Kein Problem. Geben Sie die zugeordneten Schlüssel Ihrer Klienten ein, natürlich auch die Stellenanteile der Mitarbeiter und den Rest erledigt **CURATIO®.PSZ** für Sie und hält Sie ständig in Ihrer Personalplanung auf dem Laufenden. Z.B. durch einen tagesaktuellen Personal-Soll-Ist-Vergleich. Der Personalbedarf ist immer offensichtlich

Sie wollen noch mehr?

Z.B. Leistungen notieren, die keinem Klienten zuzuordnen sind, Ihnen aber trotzdem gehörig Arbeit machen? Kein Problem, nur schreiben brauchen Sie nicht, denn einen Leistungskatalog können Sie auch hier hinterlegen und rufen lediglich per Maus aus ihrer Liste ab. Schreiben brauchen Sie nur für Erläuterungen. Und damit Sie alle Adressen, die für Ihre Arbeit wichtig sind, nicht im Notizbuch auf dem Küchentisch liegen lassen können, haben wir auch daran gedacht:

Adressverwaltung

Hier hinterlegen Sie alle für Ihre Arbeit wichtigen Adressen.

Sie wollen abrechnen?

Dann tun Sie's doch! Legen Sie die Kostenträger an, geben Sie Leistungen ein und ordnen diese den Klienten zu, direkt, automatisch oder über Anwesenheitskalender und lassen **CURATIO®.PSZ** die Rechnung schreiben. Das geht natürlich als Einzel- oder als Sammelrechnung, als Abschlagsrechnung, monatlich, quartalsweise, im voraus oder nachträglich, was immer Sie brauchen.

Ihre Partner...

...können Sie natürlich auch verwalten. Eine Datenbank für alle anderen Einrichtungen, die Personen Ihres Klientels betreuen steht zur Verfügung und Sie können sogar angeben, welche Einrichtung Ihre Klienten zusätzlich betreut und das auf einen Blick nachvollziehen:

Und was fangen Sie mit den ganzen Daten an?

Ganz einfach: Sie werten aus! Neben den Datenblättern können Sie eine Vielzahl von Auswertungen erhalten:

- Durchgeführte Betreuungsmaßnahmen (Leistungen pro Klient),
- Klientenlisten,
- Kostenträgerlisten
- Adresslisten,
- Geburtstagslisten,
- Leistungskatalog,
- Personalbedarfslisten,
- u.v.m.

und statistische Auswertungen nach Leistungen, Zeit, Tätigkeit, und, und, und. Selbst Ihre Reisekostenabrechnung erstellt **CURATIO®.PSZ**, denn Ihre Hausbesuche haben Sie ja bereits notiert. Grundsätzlich können Sie alles auch auswerten, was Sie eingetragen haben. Dabei möchten wir Ihrem Bedarf und Ihrer Phantasie gar keine Grenzen setzen.

Systemvoraussetzungen

Minimum: Rechner 486/66 MHZ, 16 MB RAM, 100 MB freier Festplattenspeicher, Betriebssystem WINDOWS 95 oder NT.

Empfohlen: Pentium > P133, 16–32 MB RAM, 15" Monitor und einen Drucker.

Auf Wunsch liefern wir das Ganze fertig installiert auf einem Markenrechner von Compaq.

Netzwerkfähigkeit

CURATIO®.PSZ ist übrigens uneingeschränkt netzwerkfähig, kann also von mehreren Arbeitsplätzen gleichzeitig bedient werden.

Ergänzende Programme

Für die übrigen Bereiche Ihrer Arbeit stehen weitere Lösungen zur Verfügung, die **CURATIO®.PSZ** ergänzen bzw. mit Schnittstellen versehen sind:

Bereich	Programm
Wohnheime	Curatio
Ambulante Pflege	Curatio
WfB	Curatio, WINPflege
Finanzbuchhaltung (auch PBV)	EuroFibu
Anlagenbuchhaltung	WIN Afa
Lohn- und Gehalt (auch BAT/AVR)	S+P Lohn
Auftragsverwaltung	Arthur
Controlling/Kostenrechnung	Sys.Control
Vereinsverwaltung/ Spendenmarketing	Der Vereinsmeier
Betreuungsverein	VEDA

Softwareservice

Natürlich lassen wir Sie nach dem Erwerb eines Programmes nicht allein. Die Hotline steht 2 Monate nach Kauf kostenlos zur Verfügung. Bei Abschluss eines Softwareservice-Vertrages steht die Hotline unbegrenzt für die Laufzeit des Vertrages zur Verfügung, außerdem werden dann alle Updates (Programmerweiterungen, Änderungen der Abrechnungsmodi, Berücksichtigung gesetzlicher Änderungen) kostenlos zugeschickt, einschließlich Versionsänderungen. Die Preise sind in der Preistabelle enthalten.

Im übrigen „lebt“ ein solches Programm...

...Es wird ständig verbessert und dabei hören wir gerne auf Ihre Anregungen!

Und das erhalten Sie zusammengefasst für Ihr Geld:

Basismodul (für alle Komponenten)

- Zentrale Datenverwaltung
- Klientenverwaltung

- Kostenträgerverwaltung
- Adressverwaltung
- Einrichtungsverwaltung
- Mitarbeiterverwaltung
- Benutzerverwaltung mit Zugriffsteuerung und Benutzerrechten
- Automatisierte Wiedervorlagenverwaltung
- Befreiungen (GEZ, Medikamente etc.)

Modul Betreutes Wohnen

- Betreuungsschlüsselverwaltung
- Zuordnung Mitarbeiter/Klienten
- Tagesaktuelle Übersicht über die Belegung
- Tagesaktuelle Übersicht über den tatsächlichen durchschnittlichen Betreuungsschlüssel mit Soll-Ist-Vergleich.
- Tagesaktuelle Übersicht über den jeweiligen Stellen-schlüssel mit Soll-Ist-Vergleich
- Terminverwaltung für auslaufende Betreuungsschlüssel, Beantragungstermine, Sozialberichte
- Eingangs- bzw. Rückstandskontrolle für ärztliche Gutachten, Berichte, Bewilligungen und Genehmigungen.
- Jahresvorausplanung der Belegung, Betreuungsschlüssel zur Stellenplanung
- Fehlzeitenverwaltung
- Belegungsstatistik(en)
- Warteliste
- Quartalsanforderungen und Abrechnung (je nach Erfordernis Rechnungslegung vorab, nachträglich, Quartal und Abschläge)
- Rückrechnung
- Betreuungstagebuch/Betreuungsnotizen
- Betreuungsplanung/Hilfeplan und Dokumentation
- Qualitätssicherung
- Klientenstatistiken
- Leistungsverzeichnis
- Leistungs- und Zeiterfassung zur Dokumentation des Betreuungsaufwandes (z.B. gegenüber Kostenträgern)
- Leistungsstatistiken
- Unterstützung des Verwendungsnachweis (ggf. Datenexport in MS-EXCEL)
- Statistiken und Drucklisten

Modul Beratungsstelle

- Mitarbeiterstatistiken
- Klientenstatistiken
- Terminverwaltung, Eingangs- und Rückstandskontrolle
- Statistik nach Qualitätsüberprüfungsmodellen (frei definierbar)
- Verwaltung der Gruppen- und Freizeitangebote
- Beratungsplanung
- Beratungsauswertung
- Jahresstatistik frei definierbar (Zeit, Leistung, Kontakte, Angebote)
- Unterstützung des Verwendungsnachweises
- Qualitätssicherung
- Klienteninformationen

Modul Tagesstätte

- Leistungs- bzw. Tagssatzabrechnung
- Anwesenheitskalender

- Leistungsstatistik
- Betreuungsdokumentation
- Wiedervorlagefunktion
- Diverse Statistiken
- Verwaltung der Gruppen- und Freizeitangebote

Modul Tagesstätte

- Behandlungs- und Rehabilitationsplan
- Anamnese
- Diagnosen nach ICD-Schlüsseln
- Tages- und Wochengestaltung
- Wohnformen
- Verlaufsdocumentation

Und so geht's

Natürlich kann **CURATIO®.PSZ** weit mehr, als sich auf diesen Seiten beschreiben lässt. Gerne führen wir Ihnen **CURATIO®.PSZ** oder die anderen Produkte vor. Auf Wunsch erhalten Sie auch eine Demoversion incl. Handbuch zum Preis von DM 35,-, den wir vollständig auf den Kaufpreis anrechnen, wenn Sie **CURATIO®.PSZ** erwerben oder zurückerstatten, wenn Sie das wider Erwarten nicht tun und die Demoversion innerhalb von sechs Wochen zurückgeben.

Die Hersteller

CURATIO®.PSZ ist eine Gemeinschaftsproduktion von Psychiatrieverlag (Fachverlag in Bonn), sys.tem Wirtschafts- und EDV-Beratung (Beratung sozialer Unternehmen, Schwalmstadt), HB-Software (Entwickler von Software für soziale Dienste, Schwalmstadt) und der Oikos gGmbH (PSZ in Schwalmstadt).

Und so erreichen Sie uns:

sys.tem Wirtschafts- und EDV-Beratung
Wierastraße 13
34613 Schwalmstadt-Treysa

Telefon: 0 66 91/96 23-0
Telefax: 0 66 91/96 23-11

oder

Psychiatrieverlag
Thomas-Mann-Straße 49a
53111 Bonn

Telefon: 02 28/7 25 34-0
Telefax: 02 28/7 25 34-20

Die Hamburgische Dokumentationssystematik

Mit der Erarbeitung der **Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung*** zwischen den Trägern der Hamburger Drogenhilfe und dem Referat Drogen und Sucht wurde die Voraussetzung für die Erarbeitung der **Hamburger Dokumentationssystematik** geschaffen

Diese Systematik enthält

- eine **Basisdatendokumentation** (BaDo) klientenbezogene, soziodemografische Items, die u.a. den europäischen Kerndatensatz enthalten,
- eine **Verlaufsdokumentation** (VerLauDo) klientenbezogene Dokumentation des Anliegens des Klienten, der Selbst- und Fremdeinschätzung bei Beginn und Ende, sowie die Ergebnisse der Interventionen des ambulanten Hilfesystems
- eine **Leistungsdokumentation** (LeiDo) einrichtungsbezogene quantitative Darstellung der zwischen der BAGS und den Leistungserbringern vereinbarten Leistungssegmente und Zielzahlen

Die Aufgliederung der Dokumentation in die drei oben genannten Bereiche hat viel dazu beigetragen, dass ein den Empfindlichkeiten des Bereiches Rechnung tragendes System entwickelt wurde. Dieses ist die Grundlage für eine zukunftsweisende, weil auf Entwicklung und Beteiligung basierende Dokumentation für das Suchthilfesystem.

Die Trennung der Leistungsdokumentation (als Ausweis der geleisteten und vereinbarten Dienstleistungen gegenüber dem Auftraggeber) von den inhaltlichen und qualitativ ausgerichteten Segmenten Basisdaten und Verlaufsdokumentation (Auswertung durch ein wissenschaftliches Institut) ist ein wesentlicher Garant dafür, dass Steuerung nicht mit Kontrolle verwechselt werden kann.

Das **Datenschutzkonzept** des BADO e.V. ist entwickelt worden, damit klientenbezogene Datensätze im Verlauf ausgewertet werden können. Die Splittung des Datenstamms von der personenbezogenen Codierung nach dem Hiv-Code und der doppelten Codierung nach numerischem Verfahren (durch eine Referenzstelle) ermöglicht eine Auswertung der Datenstämme ohne Personenbezug.

Zur hamburgischen Dokumentationssystematik gehört auch der von der BAGS und den Trägern gemeinsam gegründete Verein BADO e.V., dessen Auftrag es ist, die im Zusammenhang mit der Erhebung der Daten, der Weiterentwicklung der Systematik und der Auswertung der Module der Erhebungssystematik (BaDo, VerLauDo, LeiDo) anfallenden Aufgaben (Entwicklung der Fragestellungen, Bestellung des auswertenden Instituts, Herausgabe des jährlichen Statusberichts, u.a.) zu koordinieren und zu gestalten.

Die in statistischen Untersuchungen üblichen fünf Phasen:

- Erhebung
- Aufbereitung
- Auswertung
- Analyse und
- Darstellung

ist im Hamburgischen Dokumentationssystem durchschaubar geregelt:

Die Items wurden mit Einrichtungsvertretern/Trägervertretern und der BAGS zusammen erstellt. Die Überarbeitung, die ab 1999 gültig ist, wurde zwischen dem BADO e.V., Einrichtungsvertretern, zur Schlusskonferenz auch mit dem derzeit beauftragten Institut dem ISS auf der Grundlage einer Vorlage des Gremiums Hamburger Drogen und Suchtberatungsstellen GHDS erarbeitet.

Die Erhebung und Aufbereitung der Daten liegt in der Hand der Einrichtungen, d.h. es kommt nur rein (in die Dokumentation) und geht nur raus (aus der Dokumentation), was von der jeweiligen Einrichtung autorisiert und verantwortet wird.

In Verbindung mit dem Grundsatz dass nur das erhoben wird, was für den Arbeitsprozess erforderlich ist, wurde ein Instrument geschaffen, welches höchste Anforderungen an die kompetente Ausübung des Arbeitsfeldes stellt und abfordert. Das Hamburgische Dokumentationssystem hat sich zur Aufgabe gemacht, den Dialog mit einer sich verändernden Situation zu erheben, entsprechend der Anforderungen, die an uns durch Klientel und Situation gestellt werden, d.h. nicht nur die Klienten und die Situation stellen hohe Anforderungen an die Kollegen und Kolleginnen, sondern auch das Dokumentationssystem.

Der Lohn bei solchem Bemühen wird eine qualitativ hochwertige Arbeit und eine qualitativ hochstehende Darstellung unserer Arbeit sein.

Dieser hohe Anspruch bedeutet auch den Vorrang der Qualität vor der Quantität

Bei der Gestaltung eines solchen Instrumentes sind zwei Dinge besonders hervorzuheben. Einmal muss der erhebliche Aufwand betrachtet werden, der erforderlich ist, sich mit der unbekannteren Systematik auseinanderzusetzen und diese für sich handhabbar zu machen. Zum anderen findet eine gezielte Auseinandersetzung über die bisher geleistete Arbeit statt, vor dem Hintergrund der gewachsenen Arbeitsformen und -inhalte und im Abgleich mit den neu entstehenden Fragestellungen.

Dieses wiederum bedeutet, dass sowohl eine inhaltliche, als auch eine technische Weiterbildung der Kolle-

gen und Kolleginnen im notwendigen Maße angeboten und genutzt werden muss. Es wird Zeit brauchen bis von einem gut funktionierenden System gesprochen werden kann, welches durch die Einsicht in die Sinnhaftigkeit der Dokumentation unserer Arbeit geprägt ist und nicht als eine lästige Pflichterfüllung empfunden wird.

Wir sind zuversichtlich: Schritt für Schritt wird es uns gelingen.

Bei Nachfragen:

Werner Pietsch
Hohenesch 13–17
22765 Hamburg
fon 0 40/39 90 37 26
fax 0 40/39 90 37 28
isdn 0 40/39 90 37 29
e-mail: pietsch@jugend–hilft–jugend.de

* Die überarbeitete Version der Rahmenvereinbarung 1999 ist derzeit unterschriftsreif.

Datenbanksystem für Suchthilfeinrichtungen

Moonlight® ist eine äußerst komplexe Anwendung für Drogen- und Suchtberatungsstellen, Therapieeinrichtungen, Krankenhäuser und ähnlicher Einrichtungen auf Grundlage des Datenbankentwicklungssystems 4th Dimension (4D) von ACI. Moonlight® ist mehrplatz- und mandantenfähig. Mittels Stonenet® kann via ISDN mit jedem anderen Moonlight®-Anwender auf vielfältige Art kommuniziert werden.

Neben normalen Office-Funktionen, werden mit Moonlight® vor allem die Betreuung und Begleitung Suchtkranker wie Hilfesuchender (folgend Klienten genannt) organisiert.

Moonlight® bietet umfangreiche Möglichkeiten der statistischen Auswertung, vor allem der Verläufe von „Suchtkarrieren“ und weiterer Aspekte in diesem Zusammenhang.

Ein Schwerpunkt in Moonlight® sind die Termine verschiedenster Art mit und für die Klienten. Termine können abgerechnet und statistisch ausgewertet werden.

Für das Abfassen von Sozialberichten ist Moonlight® eine große Hilfe, der Aufwand ist denkbar gering.

Einrichtungsdaten (insbesondere die der Therapieeinrichtungen) werden in Moonlight® bereit gehalten und gepflegt, um einen möglichst optimalen Therapieplatz für den Klienten zu finden.

Die Bedienung ist weitgehend intuitiv, der Schulungsaufwand gering. Die Oberfläche ist grafisch ansprechend gestaltet und bietet sehr viele Eingabehilfen in Form von Popup-Menüs und diversen Auswahlen. Anreden werden korrekt nach Geschlecht, Titel und Adelstitel generiert.

Jegliche Daten brauchen nur einmal eingegeben werden und stehen überall zur Verfügung, wo sie gebraucht werden.

Meist können Textbausteine verwendet werden.

Moonlight® ist als Version für MS Windows 95/98 und NT und für Apple Macintosh verfügbar.

Funktionen in Stichpunkten:

Adressenverwaltung

mit Ansprechpartnern, korrekter Anrede, Deutschlandkarte mit Anschriftposition

Klienten

- Aufenthaltsadressen
- Termine
- Konsumverlauf und Stichtagserhebung
- Beschäftigungszeiten

- ZdA-Zeiten
- Therapien/Behandlungen
- Kostenträger
- Sozialberichte
- Statistik
- Bewilligungsbescheide der Behörden
- medizinische Vorfälle
- strafrechtliche Vorkommnisse
- Einkommenssituation
- soziales Umfeld Leistungsabrechnung
- Termine
- Reisekosten

Behandlungsübersicht

unterschiedlich sortiert

Einrichtungen/Therapieeinrichtungen

- beliebige Anzahl von Ansprechpartnern
- Angebotsverwaltung
- Kostensätze
- geografische Position auf Deutschlandkarte

Statistik

- Verlaufsdocumentation der „Suchtkarriere“
- Datenexport für Dokumentation (BADO e.V.) in Hamburg
- statistische Auswertung aller Termine
- geografische Auswertung (Stadtteile)

Stonetnet®

neuartige Netzverbindung über ISDN mit allen Moonlight-Anwendern möglich, überörtliche Suche freier Therapieplätze, Informations- oder Datenaustausch sind mit einfachster Bedienung in Sekunden möglich. Über Umfang und Inhalt der Stonenet-Nutzung entscheiden die Anwender selbst.

Dokumenten-System

Briefe, Serienbriefe, Verträge, Rechnungen, Mahnungen, Texte und mehr komfortabel erstellen und verwalten, einfachste Suche aller in Moonlight erstellten Dokumente nach unterschiedlichsten Kriterien

Mailingsystem

Nachrichten und Wiedervorlagen an andere Mitarbeiter oder sich selbst auch überörtlich via Stonenet

Veranstaltungen, Vorträge

Veranstaltungserfassung, Veranstaltungspläne, auch überörtlich, Terminverwaltung, Kostenabrechnung, Statistik

Belegverwaltung

Kontenrahmen, Bankdiskette, Überweisungsträgerdruck

Zahlungsanordnung

Überweisungsträgerdruck, Bankdiskette

Datenimport und -export

Import und Export von Daten gängiger Datenbankformate, sowie Textformat mit Tabulator oder Semikolon

Kalender

Termin- und Geburtstagskalender

Datenübertragung

Fax, Stonenet®, Datenbankschnittstellen

Faxen

Briefe, Texte, Serienbriefe, Listen und vieles mehr können einfach, wie Drucken, gefaxt werden

Fakturierung

Rechnung, Einkauf, Artikel, Lagerbestand, Offene Posten, Kundenumsatz, Mahnungen

Grafikeditor

gestalten von skalierbaren Vektorgrafiken, Einfügen z.B. in Briefe, editieren interaktiver Seiten für Infosysteme per Touchscreen, grafisches Darstellen jeglicher Daten aus Moonlight selbst

Landkartenarchiv

Ortspläne (für Stadtteilauswertungen), Karten zur allgemeinen Information

Posteingang und -ausgang

Eingangsrechnungserfassung, automatische Ausgangsrechnungserfassung, Verbindlichkeitsüberwachung, Posteingangzuordnung nach Typen

PLZ-System

Orte- und Straßenliste Deutschlands, Kreis- und Bundeslandzuordnung, Telefonvorwahlen, automatisches Einfügen in Adresseingabemasken

Passwortschutz

mit detaillierter Zuweisung von Rechten innerhalb von Moonlight für jeden Mitarbeiter, für jede interne Moonlight-Datei (z.B. Briefe, Sozialberichte, Rechnungen usw.) kann dem Anwender Lese- oder Schreibzugriff, sowie kein Zugriff gewährt werden, hoher Schutz der Daten vor Missbrauch ist in sehr hohem Maß gegeben

Auswahlen/Mengen

Für alle Arten von Daten in Moonlight können Auswahlen (Adressverteiler/Mengen) zusammengestellt und später immer wieder aufgerufen werden, z.B. die Mitglieder eines Vereines u.v.m.

Drucken

Eine Besonderheit in Moonlight® ist das Drucken auf „weißem“ Papier. Dieses bedeutet, dass alle Dokumente, wie Briefe, Formulare, Rechnungen, Sozialberichte, Listen u.v.m. erst vor dem Drucken generiert werden. Briefköpfe, Fußzeilen, Adressfelder, Rechnungsformulare usw. werden einmalig editiert, in den Grundeinstellungen von Moonlight® gespeichert und können vor dem Druck ausgewählt werden.

Effektive Suchhilfe mit Moonlight®

Moonlight® wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Drogenhilfeverein Eimsbüttel e.V. in Hamburg entwickelt. Moonlight® ist für Einrichtungen ein mächtiges Werkzeug, welches umfangreiche Schreibarbeit minimiert und mehr Zeit für die Arbeit mit den Klienten lässt. Der Mitarbeiter hat jederzeit einen vollen Überblick über die derzeitige Situation des betreuten Klienten.

Durch mehrjährige Arbeit mit Moonlight® werden große Mengen Daten produziert. Diese können per Mausklick nach unterschiedlichsten Kriterien statistisch ausgewertet werden.

Moonlight® entspricht den hohen Anforderungen für Datenschutz im sensiblen Bereich der Suchhilfe. Ohne Passwort ist absolut kein Zugang möglich und mit ihm wird jedem Mitarbeiter nur der Zugriff und Arbeitsmöglichkeiten gewährt, die nötig sind.

Mit Stonenet® und damit die mögliche Vernetzung der mit Moonlight® arbeitenden Einrichtungen via ISDN, bieten sich völlig neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Wie und ob die Vernetzung genutzt wird, entscheiden die Einrichtungen selbst. Keine Verbindungsaufnahme ist möglich, wenn nicht beide Seiten dieses wollen und gestatten!

Daten, wie Adressen, Briefe, Texte u.v.m. können mit Stonenet® direkt einem bestimmten Mitarbeiter einer anderen Einrichtung in die Struktur seiner Moonlight®-Datenbank übermittelt werden, natürlich für ihn sichtbar und gekennzeichnet.

Benötigen Sie in Ihrer Einrichtung andere Funktionen, sprechen Sie mit uns. Vieles in Moonlight® machbar, vieles schon in der Entwicklung, wie ein Einsatzplan für die Mitarbeiter mit Leistungsabrechnung u.v.m.

STONE Datensysteme GmbH
Hanshäger Straße 1a, Gebäude 18
D-18374 Ostseebad Zingst
Telefon 03 82 32/8 94 25
Telefax 03 82 32/8 94 26
Internet: <http://www.stonedata.de>
E-Mail: stone@stonedata.de

DESTAS

Das dezentrale Statistik-System für die Suchtkrankenhilfe

Vorbemerkung

Form follows function – entsprechend ist diese kurze Darstellung von Destas, dem Statistiksystem von DPWV und FDR, aufgebaut: Anders als die anderen Systeme, in deren Zuge es vorgestellt wird, versteht sich Destas weniger als Software-Produkt, sondern eher als Standardisierungsangebot der Datenerhebung. Destas macht den Vorschlag eines einheitlichen Erhebungs- und Auswertungssystems, das die Vergleichbarkeit der Datenbasis über Einrichtungs- und Trägergrenzen hinweg ermöglichen soll.

Sie werden hier also keine Programmbeschreibung finden. Hierzu verweisen wir auf die Darstellung des Programms HORIZONT der Firma ohltechHORIZONT in derselben Publikation. Hier finden Sie einen kurzen Abriss über Geschichte und Konzept, sowie einen tabellarischen Überblick.

Geschichte

Mit der Entwicklung von Destas wurde 1985 auf eine Initiative des FDR hin begonnen. Auslösendes Moment war das Fehlen geeigneter und vergleichbarer statistischer Behandlungs- und Verlaufsdaten aus den verschiedenen Mitgliedsorganisationen, bzw. deren Suchthilfeeinrichtungen. An die Stelle der Mannigfaltigkeit unterschiedlichster und unvereinbarer Fragebögen und Auswertungsmethoden sollte ein zentral koordiniertes und nach Einrichtungstyp differenziertes System zur Erfassung und Auswertung aller relevanter Klienten- und Einrichtungsdaten treten.

Allen Beteiligten war klar, dass es, um dieses Ziel zu erreichen, eines stetigen und intensiven Kontaktes mit den Mitarbeitern in der Suchthilfeeinrichtungen vor Ort und einer steten Anpassung an sich wandelnde Umweltverhältnisse bedurfte. So wurden innerhalb der letzten 15 Jahre innerhalb eines kontinuierlichen Prozesses unter Mitwirkung von DPWV, FDR und von Praktikern der Drogenarbeit Standards erarbeitet und weiterentwickelt, die einerseits den Ansprüchen der Praxis gerecht werden und andererseits der Forderung verlässlicher wissenschaftlicher Aussagefähigkeit genügen.

Primat der Entwicklung war dabei stets die Autonomie der Einrichtungen – deshalb das Adjektiv „dezentral“ im Titel. Konkret bedeutet dies:

Auswertungen erfolgen durch Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung vor Ort, personalisierte Klientendaten bleiben so unter Verschluss, lediglich anonymisierte und kumulierte Auswertungsergebnisse verlassen das Haus.

Ziel

Destas dient der Dokumentation von Tätigkeiten der behandelnden oder beratenden Einrichtung, der Erfassung

und Beschreibung der Klientel mit Hilfe standardisierter Fragebögen sowie der Erfassung von Einrichtungsdaten. Angestrebtes Projektziel ist die Entwicklung und Verbreitung eines praxisnahen Dokumentationssystems zur Gewährleistung einer umfassenden Qualitätssicherung und eines einrichtungsübergreifenden Datenstandards. Destas geht dabei weit über den nationalen Datenstandard hinaus, inkorporiert diesen jedoch: entsprechend der verschiedenen Dokumentationsbedürfnisse bietet das System je nach Einrichtungstyp differenzierte Fragebögen an:

Destas bietet heute differenzierte Fragenkataloge für die

- ambulante Beratung,
- qualifizierten Entzug,
- stationäre Therapie,
- Betreutes Wohnen, sowie für den
- niedrigschwelligen Bereich

weitere sind in Vorbereitung.

Von Destas zu DestasHorizont

Im obigen Sinne definiert sich Destas als Standard der Datenerhebung. Um einen solchen Standard zum Leben zu erwecken, bedarf es eines Hilfsmittels, gemeinhin eines EDV-Programms.

Bislang kam Destas zusammen mit InfoMaster 3, einem DOS-Programm, im Paket zum Anwender. Die Verantwortlichen haben sehr lange an dieser Lösung festgehalten – nicht Treueschwüren oder einer antimodernistischen Verweigerungsmentalität zuliebe, sondern weil dieses Programm

1. der Destas-Datenbank auf den Leib geschneidert war
2. kinderleicht zu bedienen war
3. stabil lief
4. sich mit den ältesten Computern vertrug und
5. sehr preisgünstig angeboten werden konnte.



Kurz und gut: Destas zusammen mit InfoMaster wurde den gestellten Anforderungen bisher mehr als gerecht.

Aus zwei Gründen ist das nun nicht mehr der Fall:

1. im InfoMaster befindet sich ein Y2K-Fehler, der zu Problemen führt, will man einen Klienten, den man vor dem 1.1.2000 aufgenommen hat, nach dem 1.1.2000 entlassen. (Der Destas-Anwenderservice hält für solche Fälle Lösungsvorschläge bereit.)

2. der Informations- und Dokumentationsbedarf von Kostenträgern und der öffentlichen Hand kann durch die Möglichkeiten des InfoMasters nicht mehr abgedeckt werden.

Es ergab sich also die Notwendigkeit, nach einem neuen flexiblen Unterbau für die Destas-Datenbank zu suchen. Man wurde fündig bei der Firma ohltechHORIZONT: ab Ende 1999 wird nunmehr die Dokumentations- und Verwaltungssoftware HORIZONT als Destas-Benutzerschnittstelle eingesetzt.

Destas verbindet somit seinen einrichtungsübergreifenden Datenstandard mit der anerkannten Praxistauglichkeit, dem hohen Nutzwert und der Zuverlässigkeit von HORIZONT.

Die Aufgabenverteilung zwischen den beiden Partnern wird sich folgendermaßen gestalten:

FDR/Destas betreut den inhaltlichen Teil des Dokumentationssystems und sorgt für die Weiterentwicklung bestehender Fragebögen sowie die Entwicklung

neuer Einsatzbereiche, z.B. dem der Wohnsitzlosenhilfe. Außerdem obliegt es dem FDR, die Horizont- und Destas-Datenbankstrukturen aufeinander abzustimmen.

Die Firma ohltechHORIZONT betreut die Bereiche Support und Schulung und übernimmt den Vertrieb des Pakets.

Die Einrichtungen erhalten beim Erwerb von DestasHorizont also ein Paket, bestehend aus dem Programm Horizont, sowie einer vorkonfigurierten Destas-Datenbank im Horizont-Format.

Wir glauben, auf Basis dieser Zusammenarbeit einen gelungenen Kompromiss zwischen der wünschenswerten Kontinuität des Datenstandards einerseits und des Anpassungsbedarfs an eine rasch sich wandelnde Umwelt andererseits gefunden zu haben und bestens gerüstet zu sein, für alles, was da nach 1999 an Anforderungen an Dokumentationssysteme im Suchthilfereich formuliert werden könnte.

Horst Baumann
FDR/Destas

Zur Themenliste der Veranstalter

Thema	für Eilige	Zusatzinfos
Träger	inhaltlich: FDR EDV: ohltechHORIZONT GmbH, Kiel	Träger des Projekts DESTAS ist der FDR. Als Programmoberfläche kommt bei DESTAS die Dokumentations- und Verwaltungssoftware HORIZONT der Firma ohltechHORIZONT GmbH zum Zuge. DESTAS verbindet somit einen einrichtungsübergreifenden Datenstandard mit der anerkannten Praxistauglichkeit und der hohen Zuverlässigkeit von HORIZONT.
Status (Programmbeschreibung)	Klientenverwaltung, Verlaufsdocumentation und Leistungserfassung	DESTAS dient der Beschreibung <ul style="list-style-type: none"> - der Einrichtung, - des Verlaufs der behandelnden, bzw. beratenden Tätigkeit sowie - der Beschreibung und der Verwaltung des Klientels mittels standardisierter Fragenkataloge.
Fokus (Funktionsumfang)	Eingabe, Verwaltung und Auswertung von Klienten- und Einrichtungsdaten Adressenverwaltung Mitarbeiterverwaltung Terminkalender	Zum Funktionsumfang des Systems gehören somit <ul style="list-style-type: none"> - die statistische Auswertung der Daten über eine grafische sowie eine tabellenorientierte Schnittstelle - die Aufbereitung der Dokumentation des Behandlungsverlaufes sowie der erbrachten Leistungen während definierbarer Zeitfenster - eine datenbankgestützte Dokumentenverwaltung zur Archivierung und Verwaltung des Schriftverkehrs - eine komfortable Adressdatenbank - eine integrierte Terminverwaltung
Finanzierung	- Verkaufserlöse	Das Projekt finanziert sich über die Erlöse durch den Verkauf bzw. der Vermietung.
Zahl teilnehmender Einrichtungen	- 139 (DESTAS für DOS)	Zur Zeit arbeiten 139 Einrichtungen bundesweit mit dem System, darunter 92 mit der ambulanten, 43 mit der stationären und 4 mit der Version für den qualifizierten Entzug.
inhaltliche Vorgaben	FDR Basisfragenkatalog mit integriertem DHS-Kerndatensatz	
Dt. Kerndatensatz erfüllt?	ja	
Auswertung lokal	ja, Datensatz verbleibt in der Einrichtung und kann mit den Statistikfunktionen von HORIZONT ausgewertet werden	
Auswertung auf reg./nat. Ebene	prinzipiell ja durch anonymisierte DS, Infrastruktur befindet sich im Aufbau (reg. DESTAS-AG's)	
Datenlieferung für nat. Statistik	ja, Exportfunktion	

Dokumentation in Patfak/PFWin – Redline Data

Patfak/PFWin ist in der Hauptsache ein Programm zur Patientendatenverwaltung und Abrechnung in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – und ab Dezember 1999 auch für die Klientendatenverwaltung in ambulanten Stellen. Aus den für diesen Zweck erfassten Daten lassen sich bereits viele Kennzahlen ermitteln – z.B. Auslastungszahlen, Leistungsträgerverteilungen, Abbruchquoten und vieles mehr.

Auch für den Bereich Dokumentation und Qualitätssicherung sind in Patfak/PFWin verschiedene Programmteile realisiert:

Schnittstellen zu etablierten Dokumentationssystemen

Die in Patfak/PFWin erfassten Patientendaten können über Schnittstellen in folgende Dokumentationssysteme übergeben werden:

Sedos – Destas – Ebis

Für jeden in Patfak/PFWin aufgenommenen Patienten werden in diesen Programmen automatisch die Stammsätze angelegt und aktualisiert, so dass Doppeleingaben entfallen.

Erfassungsmasken für fremde Dokumentationssysteme

Für Sedos (IFT München) existiert ein eigenes Programmmodul in Patfak/PFWin, das die komplette Erfassung und Auswertung der Fragebögen des Systems Sedos in Patfak/PFWin-konformen Masken erlaubt. Die erfassten Daten werden über eine Aggregation wie im Originalprogramm Sedos zur Abgabe an das IFT München aufbereitet, so dass eine Teilnahme an der Bundesstatistik möglich ist.

Eigene Dokumentationsprogramme/ Erfassung beliebiger eigener Befragungen

In Patfak/PFWin sind bereits seit langem spezielle Programmteile realisiert, die eine Erfassung von einrichtungsspezifischen Dokumentationsbögen erlauben. Die Verrechnung und aggregierte Auswertung erfolgt durch Redline Data im Auftrag der teilnehmenden Einrichtungen.

Als neuestes Programm ist nun auch ein Tool für die Erfassung beliebiger Patientenbefragungen verfügbar. In diesem Programm können durch den Anwender auf einfachste Weise Fragebögen definiert werden und deren Erfassung und Auswertung erfolgen. Als Muster wird unter anderem der europäische Kerndatensatz komplett mitgeliefert.

Die Leistungsmerkmale dieses Programms im Überblick:

- Definition von bis zu 99 verschiedenen Fragebögen
- je Fragebogen Definition von bis zu 150 Items und deren Antwortmöglichkeiten
- Festlegung eines Zeitschemas für die Überwachung der Erhebung
- Möglichkeit der Definition von Mehrfachfragebögen, z.B. für Verlaufsdokumentationen (es können je Patient einer bis beliebig viele Bögen einer Befragung erfasst werden, die dann eine Verlaufsauswertung zu beliebigen Items ermöglicht, z.B. die Entwicklung der Zufriedenheit mit der Therapie u.ä.)
- Auswertungsmöglichkeiten in Tabellenform, als Diagramm oder in Exportdateien
- Datenexport in Standardformate zur Weiterverwendung der Daten in externen Programmen (z.B. Excel, Access, SPSS)
- Einfache Erfassung der Antworten mit Plausibilitätskontrollen aufgrund der Item-Definitionen
- Systemvoraussetzungen: Arbeitsstationen mit Windows 95/98 oder NT und mindestens 64 MB RAM, aktuelle Patfak/PFWin-Version

Informationen bei:
Redline Data GmbH
Telefon 0 45 25/4 97 00
Email: Info@redline-data.de

Informationen zum Projekt HORIZONT

Ohltec HORIZONT GmbH
Werftstraße 193, 24143 Kiel

Der Trend zur Nutzung elektronischer Datenverarbeitung hat in den letzten Jahren im Bereich der Sozialen Arbeit stark zugenommen. Hierfür gibt es vier Gründe:

1. Die grundsätzliche Verbreitung von Informatik
2. Das erhöhte Interesse der Wissenschaft an auswertbaren Daten für die Sozialforschung.
3. Der zunehmende Kostendruck und die damit verbundene Notwendigkeit, Leistungen und die Qualität der Ergebnisse transparent zu machen.
4. Die gesetzlichen Anforderungen zur Darstellung von Leistungsprofilen (z.B. § 93BSHG, § 78 KJHG) sind mit den herkömmlichen Methoden kaum zu bewältigen.

Im Zuge der Diskussionen um Leistungsvereinbarungen, Transparenz und Budgetierungen wird über den Einsatz von elektronischen Verwaltungs- und Dokumentationssystemen immer häufiger nachgedacht und überlegt, wie ein solches Arbeitsinstrument aussehen könnte.

Zu den Mindestanforderungen eines Dokumentationssystems gehört heutzutage ein differenziertes, in den Arbeitsprozess integriertes System der Leistungsdokumentation.

Darüber hinaus muss sich eine arbeitsbegleitende Dokumentation auch den wissenschaftlichen Anforderungen stellen können. Mit der Einführung des EDV gestützten Dokumentationssystems können gesicherte und einheitliche Daten gewonnen werden, welche die Möglichkeit bieten, präzise Aussagen zur Gesamtsituation zu erhalten und dies nicht nur klientInnen/patientInnen- und einrichtungsbezogen, sondern je nach Bedarf auch für die nationale und internationale Ebene.

Mit HORIZONT wurde ein Dokumentationssystem verwirklicht, das gerade im soziomedizinischen Arbeitsbereich durch eine standardisierte Leistungserfassung und eine kontinuierliche Ergebnis- und Verlaufsdocumentation eine Grundlage für analytische Aspekte liefert. Neben der reinen statistischen Erfassung von KlientInnen und PatientInnen bietet HORIZONT die Möglichkeit, die Daten auszuwerten und neue Massnahmen und Zielsetzungen zu planen.

1. Beschreibung des Dokumentationssystems „HORIZONT“

Idee und Entstehungsgeschichte

Die Idee zu HORIZONT entstand 1995 in einer Kieler Drogenhilfeeinrichtung. Die Software wurde zunächst im Rahmen einer kleinen Arbeitsgemeinschaft entwickelt und getestet.

1996 übernahm das DV-Systemhaus Ohltec GmbH & Co. KG in Kiel die Rechte und die Weiterentwicklung der Software. Seitdem wird das System zusammen mit Wissenschaftlern unterschiedlicher deutscher Fakultäten und Institute überarbeitet und validiert.

Die erste Auslieferung startete 1997 mit der Modellphase „Modernisierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein“. Der Feldversuch ist Bestandteil des Regierungsprogrammes der Landesregierung.

Seit Mitte des Jahres 1997 wird HORIZONT in unterschiedlichen Projekten verschiedenster Arbeitsfelder eingesetzt und aufgrund der Anforderungen aus der Praxis weiterentwickelt.

Mit Beginn des Jahres 1999 wurde die Projektgruppe „HORIZONT“ ausgegründet in die ohltec HORIZONT GmbH. Gesellschafter der neuen Firma sind zu 50 % die ohltec GmbH & Co. KG, zu je 25 % Helmut Sommer und Dr. Martin Völckers. Die ohltec HORIZONT GmbH beschäftigt zur Zeit ca. 25 Mitarbeiter.

Seit August 1999 wird die neueste Version HORIZONT 2.1 ausgeliefert, in der diverse Ideen und Vorschläge unserer Projektpartner bereits Umsetzung finden.

Das Datenerhebungssystem „HORIZONT“

HORIZONT ist eine EDV-Lösung für der Einsatz in Einrichtungen des soziomedizinischen Arbeitsbereiches. Es erlaubt die Dokumentation und Verwaltung von PatientInnen/KlientInnenstammdaten, Leistungen aller Art, biographischer Daten, Diagnosen (ICD) und KlientInnen-/PatientInnenentwicklungen auf dem Boden von Katalogen. Dem Verwender stehen wahlweise eine integrierte Textverarbeitung mit Dokumentenverwaltung oder Integration von MS Word, ein Terminplaner sowie umfangreiche Auswertungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Erstmals wird mit diesem System eine standardisierte Leistungserfassung in der sozialen Arbeit – parallel zur Dokumentation biographischer und epidemiologischer Klientendaten im Verlauf – möglich. HORIZONT trägt dem Umstand der bundesweit zu erwartenden Veränderungen in der Finanzierung der sozialen Arbeit Rechnung. Schnittstellen zu Abrechnungs-, Lohn- und Finanzbuchhaltungssystemen werden nach Bedarf realisiert.

Die Kataloge

Biographieziffernkatalog ("BZK")

Biographieziffern sind klientInnen/patientInnenbezogene Daten oder Ereignisse, die in Form einer sog. „Baumstruktur“ katalogisiert vorliegen. „HORIZONT“ kann jede Katalogstruktur integrieren und ist damit kompatibel für alle bestehenden Datensätze (z.B.

DESTAS, EBIS-A etc.) oder noch zu erstellende nationale und internationale Kataloge. Das Lebenslaufmenü wird im „Konfigurationsmodul – HORIZONT“ definiert: Erstellung des „BZK“ und Zuordnung von Anzeigetypen und Zusatzparametern zu den einzelnen Verzeichnissen und Bereichen.

Diese hochgradige Flexibilität erlaubt – als besonderes Merkmal von Horizont – das individuelle Zerschneiden des Programms auf die besonderen Bedürfnisse eines Arbeitsplatzes ohne zusätzlichen Programmieraufwand. Darüber hinaus erlaubt diese Parametrisierung den Einsatz von Horizont in den unterschiedlichsten Bereichen der sozialen Arbeit (siehe Referenzprojekte).

Freier Leistungsziffernkatalog („LZK“)

Leistungsziffern sind standardisierte klientInnen- bzw. organisationsbezogene Tätigkeitsbeschreibungen, die als sog. „Baumstruktur“ katalogisiert vorliegen. Leistungskataloge existieren bundesweit für weite Teile des sozialen Arbeitsbereiches noch nicht. Horizont kann jede Baumstruktur verwalten und bietet so in

jeder Umgebung die Möglichkeit, individuelle Kataloge zu erstellen.

Auf Wunsch können in der Leistungsverwaltung medizinische Standardkataloge wie EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), GOÄ (Gebührenordnung Ärzte) und ICPM (Internationaler medizinischer Prozedurenkatalog) bereitgestellt werden.

Score

Der Score stellt ein klientInnenbezogenes Beurteilungspunktesystem dar. Das Punktesystem ist nach Bereichen gegliedert (Begrenzung auf 20 Bereiche mit max. zehn Punkten). Innerhalb dieser Grenzen ist der Score frei variabel. Die Kompatibilität mit bestehenden Punktescores (z.B. Europ-ASI-Bereich Drogenhilfe) ist damit gewährleistet.

ICD 9 und ICD 10

Zwischen den medizinischen Diagnose-Katalogen ICD 9 und ICD 10 kann in Horizont frei alternierend gewählt werden.

Überblick über die mit „Horizont“ erfassbaren Daten

Menü	Menüpunkt	Daten
KlientInnenakte	KlientInnenstammdaten	Horizont-Standard + 11 freie (benutzerdefinierte) Felder
	Leistungen	Terminatum, Dauer, Terminbezeichnung, Protokoll (voll editierbar), Leistungsziffer(n) (als Nummer und Leistungsdefinition, Dauer, Mitarbeiter etc.) HORIZONT-Standard: freier LZK Auf Wunsch medizinische Standardkataloge
	Lebenslauf/Score	1. Lebenslaufziffern „BZK“-Datum der Erfassung, des Ereignisses, Memo (voll editierbar), Zusatzparamater 2. Score-Punktwerte
	Diagnosen	Diagnosen nach ICD 9 oder ICD 10
Hausakte	Orga-Leistungen	Sitzungsdatum, -bezeichnung, -dauer, Leistungsziffer(n) (als Nummern und Leistungsdefinition) Leistungsdauer, Mitarbeiter etc. Horizont-Standard: „freier LZK“
	Dienstleistungen	Alle klientInnen-/patientInnen-bezogenen Leistungen, die von der Einrichtung erbracht werden und nur rein zahlenmäßig erfasst werden sollen.
Stammdaten	Adressen	Horizont-Standard + 11 freie (benutzerdefinierte) Felder
	MitarbeiterInnen	Horizont-Standard

2. Auswertung der Daten

Auswertung durch Standard-Softwarepakete

Alle Daten können bei Bedarf aus „Horizont“ heraus exportiert werden und mit Hilfe gängiger Software (z.B. Microsoft Excel oder Microsoft Access) beliebig ausgewertet werden. Da die „Horizont“-Datenbank gegen willkürlichen Zugriff geschützt ist, ist dieser Datenexport jeweils dem Einrichtungs-Administrator unterstellt.

Auswertungen im regionalen/überregionalen Netzwerk

Replikationsmodell in regionalen Netzen

(am Beispiel des Projektes Herzogtum-Lauenburg)

Die gesamte Drogenhilfe im Kreis Herzogtum-Lauenburg wird durch die Evangelische Jugendhilfe e.V. mit der „Hauptstelle“ in Ratzeburg wahrgenommen. Zur Drogenhilfe gehören:

1. 1 Hauptstelle (Ratzeburg): Mehrplatzsystem
2. 2 Nebenstellen: Mehrplatzsysteme
3. 3 Nebenstellen: Einzelplatzsysteme

Die Daten aller Einrichtungen werden täglich abends in Ratzeburg kumuliert und täglich morgens in alle Einrichtungen repliziert und stehen damit allen Einrichtungen des Netzes ständig zur Verfügung. Die Daten werden im Rahmen der Replikation mit einer Einrichtungskennung versehen, so dass Auswertungen sowohl auf Einrichtungs- als auch auf Netzebene möglich sind.

Datenexport in überregionalen Netzen

(am Beispiel des Gesamtprojektes Drogenhilfe Schleswig-Holstein)

Alle am Projekt „Drogenhilfe Schleswig-Holstein“ beteiligten Einrichtungen werden über Modem (Wahlleitung) an einen Zentralserver im Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Hamburg angebunden. In regelmäßigen Abständen werden die anonymisierten Einrichtungsdaten über das „Daten-Export-Modul-Horizont“ auf den Server überspielt. Das ISD übernimmt die Auswertung der Daten und stellt die Ergebnisse den Einrichtungen sowie der Politik zur Verfügung.

3. Datensicherheit und Datenschutz

Die Datensicherheit wird in Horizont gewährleistet durch

1. Einlog-Mechanismus mit Mitarbeiterkürzel und persönlichem Kennwort
2. Auf Benutzerebene definierbare Zugriffsrechte
3. Verschlüsselung der Datenbank mit dem MS Access-Verschlüsselungsmechanismus.

Die datenschutzrechtliche Prüfung ist für jede einrichtende Horizont-Umgebung individuell durch die zuständigen Datenschutzbeauftragten erforderlich. Grund-

sätzlich muss jede/r KlientIn einer Einrichtung sein schriftliches Einverständnis zu der Erfassung seiner/ihrer Daten geben.

Datenschutzrechtlich relevant ist die Frage, ob Daten eine Einrichtung verlassen. In diesen Fällen (z.B. Projekt Drogenhilfe Schleswig-Holstein) muss der persönliche Datenschutz gewährleistet sein. Dazu ist es erforderlich, die Daten mit einem Codierungsverfahren (z.B. HIV-Code) ad personam unkenntlich zu machen. Ein dezidiertes Datenschutzverfahren für die Datenübertragung wird durch das Programm selbst geleistet.

4. Der Projektgedanke

Die komplexen Anforderungen an Softwarelösungen im sozialen Arbeitsbereich fordern einen interdisziplinären Entwicklungsansatz, der in eine umfassende Projektarbeit mit dem Auftraggeber eingebettet ist.

Durch die hohe System-Flexibilität lässt sich Horizont gerade in den Arbeitsbereichen einsetzen, für die noch wenig oder keine inhaltlichen Standards entwickelt wurden – in diesen Fällen wird Horizont zum Projektwerkzeug. Das Horizont-Projektteam, das sich neben der Software-Entwicklungsabteilung aus Ärzten, Soziologen, Kriminologen, Sozialpädagogen, Pädagogen und Betriebswirten zusammensetzt, kann alle Projekt-schritte wie die Analyse der Arbeitsumgebung, Ausgestaltung der Programminhalte und der Kataloge, die Schulungen, Inbetriebnahme des Systems, Software-Wartung bzw. Support mit dem Projektpartner durchführen. Die Durchführung von langfristig angelegten Großprojekten und Feldversuchen gehört deshalb ebenso zur Philosophie von Horizont wie die Betreuung von einzelnen Einrichtungen, Studienprojekten und Diplomarbeiten.

5. Referenzprojekte

Drogenhilfe Schleswig-Holstein

Am 1.8.1997 startete die Modellphase zur „Modernisierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein“. Der Modellversuch ist Bestandteil des Regierungsprogramms der Landesregierung; die Finanzierung erfolgt durch das Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein.

Zu den Einrichtungen gehören Drogenhilfestellen des Kreises Herzogtum Lauenburg sowie Einrichtungen in Lübeck, Elmshorn, Meldorf, Heide und Kiel. In der Zeit zwischen 1.5.1997 und 1.8.1997 wurden durch ein Gremium aus Vertretern dieser Einrichtungen unter wissenschaftlicher Begleitung durch das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) die erforderlichen Fachkataloge erstellt. Der Modellversuch sieht regelmäßige Treffen der Feldversuchsteilnehmer zusammen mit Vertretern der Landesregierung, der Wissenschaft und der Firma ohltec HORIZONT GmbH vor.

Ende des Jahres 1998 erhielt die Firma ohltec HORIZONT GmbH den Auftrag, sämtliche ambulante Sucht-

krankenhilfeeinrichtungen des Landes Schleswig-Holstein mit der Software „Horizont“ auszustatten.

Frühförderung/SPZ Hessen

Am 1.3.1998 startete das „Projekt SPZ/FFS Hessen“. Bei den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und den Frühförderstellen (FFS) handelt es sich um interdisziplinär arbeitende Einrichtungen der Kinder- und Jugendbehindertenhilfe (Ärzte, Psychologen, Krankengymnasten, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten etc.). Innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren ist die flächendeckende Ausstattung der hessischen Frühförderstellen mit Horizont-Systemen geplant.

An diesem Projekt nehmen bisher fünf SPZs und zehn FFS u.a. in Kassel, Gießen, Frankfurt, Wiesbaden etc. teil.

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales

In einem weiteren Projekt bzw. Arbeitsbereich wird Horizont in Hamburg eingesetzt. Dort hat das Beratungszentrum Sehen, Hören und Bewegen der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1998 entschieden, die Behindertenberatungsarbeit mit Horizont zu dokumentieren.

Drogenhilfe Nordrhein-Westfalen

Im Laufe des Jahres 1999 erfolgt die Umsetzung des Projektes „EDV Einsatz in der Drogenhilfe NRW“. Im Rahmen dieses Projektes werden zunächst insgesamt 120 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe mit der Dokumentationssoftware „Horizont“ ausgestattet.

Café Fix, VAE Frankfurt

Parallel zum Start der Modellphase in Schleswig-Holstein wurde das Projekt „Café Fix“ in Frankfurt vorbereitet. Programmstart war der 10.11.1997. Das Café Fix (VAE Frankfurt) ist eine der größten niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen mit integrierter Drogenambulanz in Europa.

Der Verein für Arbeits- und Erziehungshilfe (VAE) ist der größte Träger sozialer Einrichtungen in Frankfurt. Neben Drogenhilfeeinrichtungen gehören zum VAE Einrichtungen für Jugendhilfe und Behindertenhilfe.

Dialog, Wien

Ein weiterer Vertrag besteht zwischen der Firma ohltec HORIZONT GmbH und dem Verein Dialog in Österreich. Der Verein Dialog ist eine Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und ihre Angehörigen und arbeitet bereits seit Mitte des Jahres 1998 mit dem Programm Horizont.

Kontakte zu Wissenschaft und Forschung

Um die kontinuierliche Diskussion mit Mitarbeitern verschiedener Arbeitsbereiche und Disziplinen zu gewährleisten, besteht ein enger Kontakt zu unterschiedlichen Institutionen, wie

1. FOGS Köln/Erfurt (Forschungsinstitut Gesundheit und Soziales)
2. IFT (Institut für Therapieforschung, München)
3. ISD (Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung)
4. ISS (Institut für Sozialpädagogik und Sozialarbeit)
5. FH – Kiel Bereich Sozialwesen

Ein besonderes Projekt startet gegenwärtig an der Fachhochschule Sozialwesen in Kiel. Auf Wunsch der Studenten- und Professorenschaft wird eine Arbeitsumgebung „Horizont“ durch uns in Leihstellung aufgebaut. Die Software „Horizont“ wird so als Lehrgegenstand und Studienobjekt für „Qualitätssicherung in sozialen Arbeitsbereichen“ genutzt. Die Kontakte zu Universitäten und Fachhochschulen werden durch uns laufend intensiviert.

Das Lean-Com-Programm der CTI GmbH/Leipzig

Ines Benkert, Gesundheitsamt der Stadt Leipzig

Qualitäts- und Effizienz sicherung in den Suchtberatungsstellen der Stadt Leipzig ist Thema eines Projektes, in dessen Rahmen das Programm Lean-Com der CTI GmbH Leipzig entstanden ist.

Die Leitung des Projektes nimmt Frau Dr. Göbel, Suchtbeauftragte der Stadt Leipzig, gemeinsam mit Frau Stein vom Gesundheitsamt Leipzig wahr. Die Projektgruppe setzt sich zusammen aus Mitarbeitern der Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes der Stadt Leipzig und des Diakonischen Werkes der Inneren Mission Leipzig e.V. Die Entwicklung des Programmes erfolgte durch die CTI GmbH Leipzig in Zusammenarbeit mit Frau Benkert vom Gesundheitsamt der Stadt Leipzig. Die Finanzierung erfolgte über Fördermittel des Freistaates Sachsen und den Haushalt der Stadt Leipzig.

An dem Projekt nehmen fünf Suchtberatungsstellen des Gesundheitsamtes der Stadt Leipzig teil:

1. ALTERNATIVE Alkohol- und Drogenhilfe,
2. Suchtkontakt Känguruh,
3. Suchtberatungsstelle Café Okay,
4. Suchtzentrum Südwest,
5. Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchterkrankungen Leipzig-West.

Es beteiligen sich darüber hinaus zwei Suchtberatungsstellen freier Träger:

1. Beratungsstelle Blaues Kreuz des Diakonischen Werkes der Inneren Mission Leipzig e.V.
2. Beratungsstelle Impuls des Suchtzentriums e.V.

Warum war es notwendig, in Leipzig ein eigenes Projekt zu schaffen?

Die Finanzausstattung der Länder und Kommunen fordert auch im sozialen Bereich Leistungstransparenz, Wirtschaftlichkeit und Erarbeitung von Qualitätsparametern. Diese Forderungen sind eingebettet in den allgemeinen Prozess der Verwaltungsmodernisierung in den Kommunen. Bereits seit 1995 wird die Neuorganisationen der Suchtberatungsstellen diskutiert. In diesem Rahmen wurde an die Beratungsgesellschaft für Beteiligungsverwaltung Leipzig mbH der Auftrag erteilt, unter Mitwirkung der Suchtberatungsstellen der Stadt Leipzig Ziele zu definieren und Instrumente der Qualitäts- und Effizienz sicherung der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund ist das Programm Lean-Com als ein Leistungserfassungsprogramm zu verstehen, das sich durch Basisbezogenheit auszeichnet und ein Mess-, Bewertungs- und Steuerungsinstrument darstellt.

Die inhaltliche Grundlage bildet ein Tätigkeitskatalog, welcher durch die Projektgruppe unter Leitung der Beratungsgesellschaft für Beteiligungsverwaltung Leipzig mbH entwickelt wurde. Aus diesem wurden die Stammdatensätze unter Berücksichtigung der inhaltlichen Zielsetzung durch die Projektgruppe unter Leitung des Gesundheitsamtes erarbeitet.

Die konkrete Zielstellung des Projektes macht deutlich, dass mit dem Programm Lean-Com kein Anspruch auf Entwicklung eines komplexen Dokumentationssystems im Beratungsstellenbereich besteht. Das Programm wurde an die dv-technischen und personellen Voraussetzungen der Suchtberatungsstellen der Stadt Leipzig adaptiert. Bemerkenswert ist die aktive Beteiligung der Mitarbeiter der Beratungsstellen in allen Phasen der Projektentwicklung und -durchführung. Daraus resultiert eine hohe Akzeptanz des Projektes. Eine ausführliche Testphase machte es möglich, Mängel sowohl im inhaltlichen als auch im dv-technischen Bereich aufzudecken. Innerhalb der Projektgruppe werden die Ergebnisse regelmäßig basisbezogen fachlich analysiert. Die statistischen Auswertungen wurden durch die Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen aktiv mitgestaltet.

Die Anwendung des Programmes Lean-Com führte insbesondere zur Verbesserung im Organisationsablauf der Beratungsstellen, zur klaren Orientierung, zur besseren Kommunikation und zu einem besserem Zeitmanagement. Mit ihrer Verantwortung für die Ergebnisse der Beratungsstelle erhöhte sich die Motivation der Mitarbeiter.

Dem Programm hinterliegen fachliche und funktionale Stammdaten.

In den fachlichen Stammdaten sind der Tätigkeitskatalog und die Tätigkeitskennung, die Suchtart, der soziale Status und die erfolgte Maßnahme enthalten. Die Tätigkeiten entsprechen dem vorher schon erwähnten Tätigkeitskatalog. Die Tätigkeitskennung ist eine von der Projektgruppe definierte Variable, die es möglich macht, Leistungen in besonderer Weise zu kennzeichnen, z.B.: Beratung im Maßregelvollzug oder Strafvollzug, Beratung für Gehörlose, Leistungen im Rahmen einer Substitution und ähnliches. Suchtart, sozialer Status und erfolgte Maßnahme sind Klientendaten, die einmal im Quartal eingetragen werden.

Die funktionalen Stammdaten umfassen die Beratungsstellen, die Mitarbeiter, den Dienstplan und die Nutzungsrechte der Mitarbeiter.

Die Datenerfassung beginnt mit der Neuanlage oder Korrektur der Klientendaten. Ein Klient einer Beratungsstelle kann einer oder mehreren Klientengruppen zugeord-

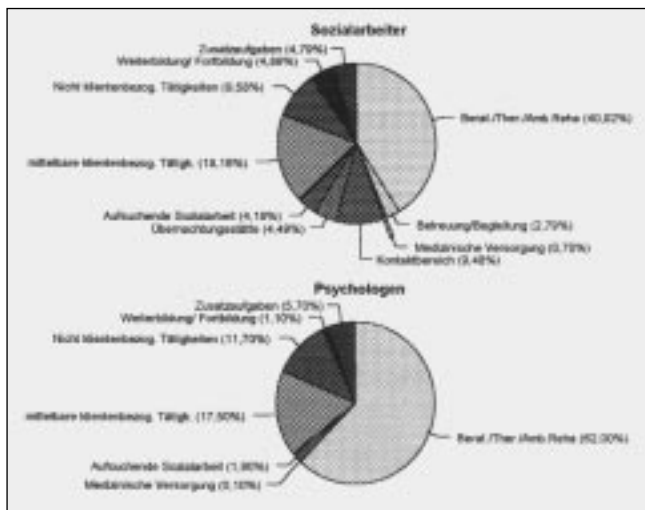
net werden. Auch Angehörige, Angehörigengruppen oder anonyme Klienten werden gesondert ausgewiesen und können erbrachten Leistungen zugeordnet werden.

Die Erfassung der Tätigkeiten einschließlich Klientenbezug und auch die Erfassung der Klientendaten je Quartal ist direkt am PC oder über einen Erfassungsbogen möglich. Der tägliche zeitliche Aufwand für die Datenerfassung je Mitarbeiter beträgt ca 10-15 Minuten.

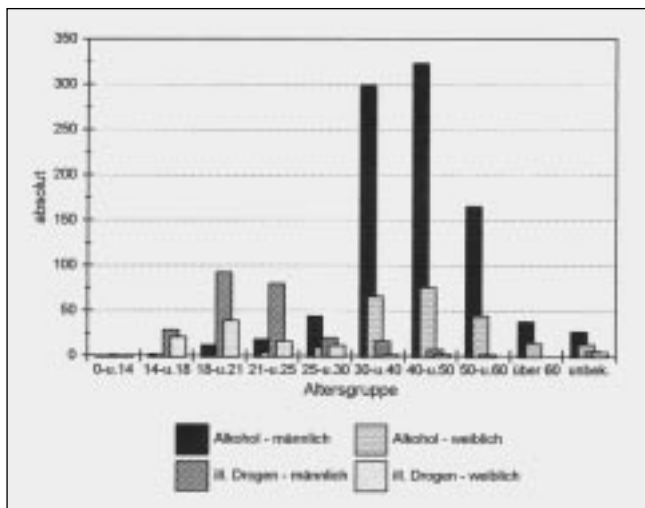
Im Programm sind die Statistik zur Gesundheitsberichterstattung der Stadt Leipzig, Protokolle und Fehlerlisten, die die Qualitätsprüfung der Dateneingabe garantieren, und eine Reihe von Standardreports, die von der Projektgruppe definiert wurden, enthalten. Die Reports sind beratungsstellen- und berufsgruppen-spezifische Häufigkeitsverteilungen, d.h. Auswertungen der Klienten nach Alter, Geschlecht, sozialem Status, Suchtart und erfolgter Maßnahme sind möglich.

Schwerpunkt bildet die Datenschnittstelle, sie ermöglicht die Weiterverarbeitung der Daten in professionellen Statistikprogrammen wie SPSS oder EXCEL.

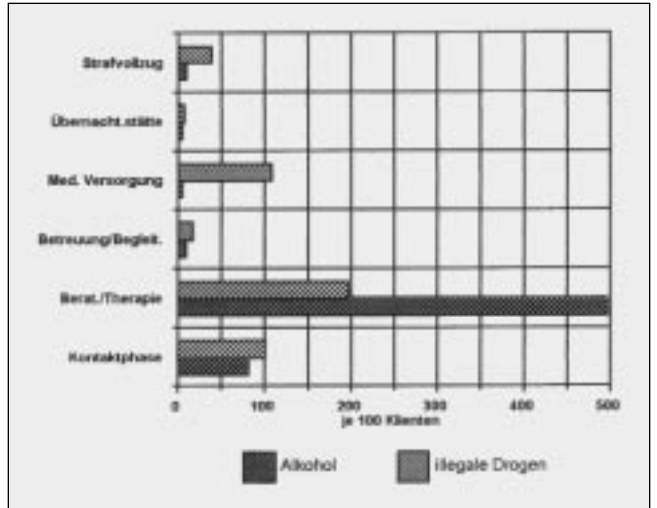
Auswertungsbeispiele der Daten des vergangenen Halbjahres 1999



Grafik 1: Leistungsbereiche der ambulanten Suchtkrankenhilfe für Sozialarbeiter und Psychologen des ersten Halbjahres 1999 nach effektiver Arbeitszeit



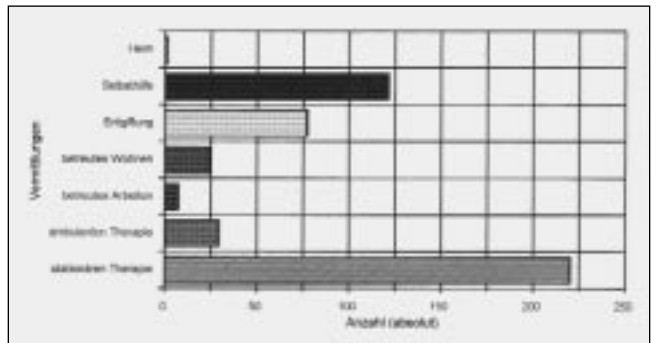
Grafik 2: Vergleich alkohol- und drogenabhängiger Klienten nach Altersgruppe und Geschlecht, 1. Halbjahr 1999, Stadt Leipzig



Interpretation:

- Leistungen wie medizinische Versorgung sind in deutlich umfangreichem Maße mit der Versorgung der drogenabhängigen Klienten hinzugekommen
- Konsequenz für Erweiterung des Hilfsangebotes und strukturelle Konzeption

Grafik 3: Vergleich von jeweils 100 alkoholabhängigen und 100 drogenabhängigen Klienten hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme ausgewählter Leistungsbereiche



Grafik 4: Überblick über die absolute Zahl der Vermittlungen der Klienten des 1. Halbjahres 1999 in der Stadt Leipzig

Welchen Nutzen hat das Projekt?

Die statistischen Ergebnisse eignen sich zur internen Qualitätsdiskussion der Suchtberatungsstellen untereinander. Die Projektgruppe hat sich zu einem Qualitätszirkel entwickelt, der eine Steuerung und Qualitätssicherung garantiert. Mit den Auswertungen können wir die Tätigkeiten und Profile der ambulanten Suchtkrankenhilfe ohne Zeitverzögerung darstellen.

Das Projekt ermöglicht eine detaillierte Leistungsermittlung, die als Steuerungsinstrument dient und fundiertes Berichtswesen zulässt. Damit ist eine Basis zur Einflussnahme auf regionale Planungskonzeptionen (regionaler Psychiatrie-Plan oder die drogenpolitischen Leitlinien) sozialer Hilfen geschaffen.

Eine flexible Anpassung der Angebotsstrukturen und Ziele wird angestrebt.

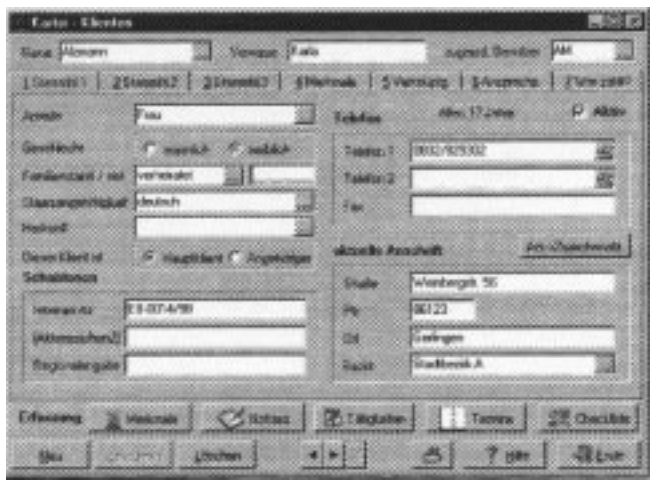
Die Auswertungen sind Grundlage für abzuschließende Versorgungsverträge und die Fördermittelbeantragung beim Freistaat Sachsen.

Statistische Zuarbeiten zu epidemiologischen regionalen Entwicklungen und Berichten auf Landesebene sind ebenfalls mit Hilfe der Statistikauswertungen realisierbar.

Zu Beginn des nächsten Jahres wird ein ausführlicher Projektbericht mit Datenauswertungen des Jahres 1999 im Gesundheitsamt der Stadt Leipzig vorliegen.

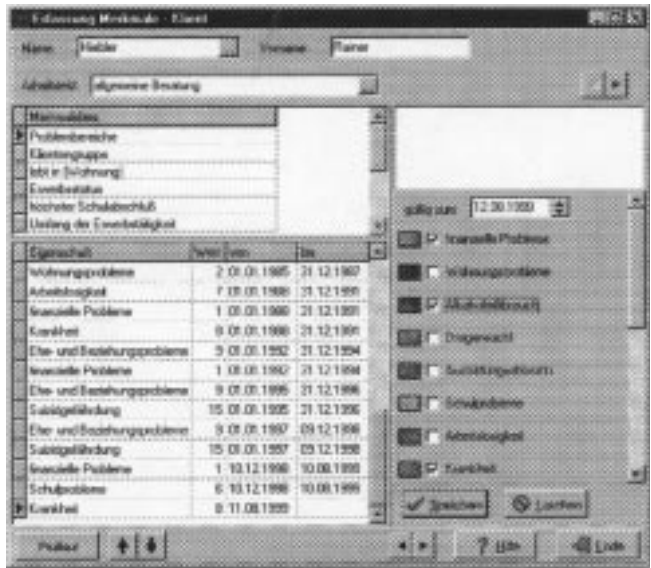
EDV-gestützte Dokumentation mit C&S CaseManager

Soziale Arbeit und Beratung ist immer auf den Menschen bezogen – und das soll sie auch bleiben. Fachkräfte in der sozialen Arbeit sind keine Computerspezialisten und müssen es auch nicht werden. Doch zum beruflichen Alltag gehören auch Aktenführung, Terminverwaltung, Statistik oder Berichtswesen. Darüber hinaus sehen sich Beratungsstellen neuen Anforderungen gegenüber: Controlling, Qualitätsentwicklung und leistungsgerechte Entgelte sind nur einige Stichworte, die die Wege der Zukunft markieren. Professionelle Software unterstützt die Mitarbeiter und Führungskräfte von Beratungsdiensten, diese Anforderungen der Zukunft zu meistern.

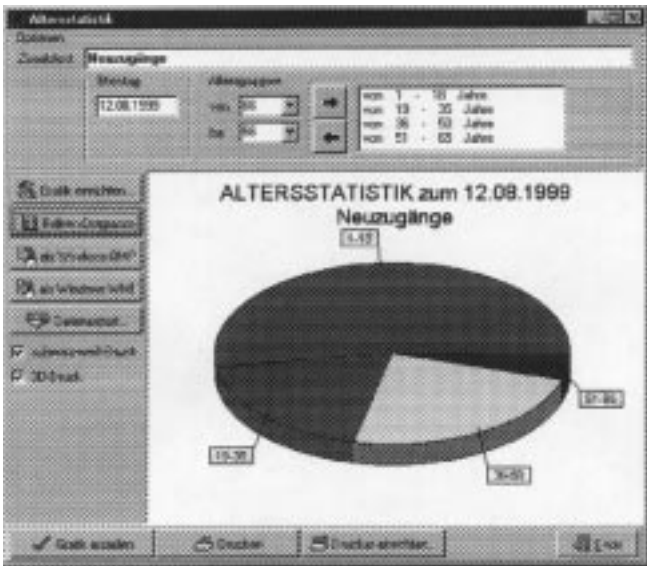


C&S CaseManager im IT-Gesamtkonzept

Die Computer und Software GmbH ist im Bereich der Sozialwirtschaft (Wohlfahrtsverbände, Heime, Sozialstationen, Beratungsstellen etc.) mit über 4.000 Installationen der marktführende Anbieter in Deutschland und Österreich. Die C&S Softwarelösung für den Bereich der Beratungsstellen und Sozialdienste ist der C&S CaseManager, der als Softwareplattform konzipiert ist.



In einem Kreisverband gibt es häufig verschiedenste Sozialdienste: Von der Suchtberatung über die Erziehungsberatung, die Ehe-, Familien- und Lebensberatung, der Schwangerenkonfliktberatung, dem Migrationssozialdienst bis zur Schuldnerberatung arbeiten alle in ähnlichen und doch verschiedenen Bereichen. C&S CaseManager bildet die vorgegebene Organisationsstruktur ab. So wird es möglich, dass der Kollege aus der Suchtberatung der neuen Kollegin in der Schwangerenkonfliktberatung die Programmbedienung erläutert. Jeder erhebt die Statistiken, die er in seinem Arbeitsbereich benötigt und der Geschäftsführer erhält zusätzlich die Möglichkeit, auch bereichsübergreifende Auswertungen zu erstellen.

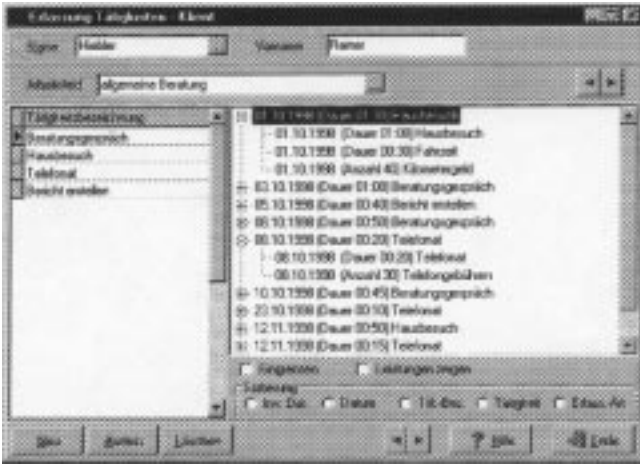


Da in spezifischen Bereichen besondere Funktionen erforderlich sind, wie beispielsweise in der Suchtberatung, der Erziehungsberatung oder in der Schuldnerberatung, bietet C&S hierfür entsprechende Zusatzbausteine für den C&S CaseManager an. Der Zusatzbaustein für die Suchtberatung befindet sich in Vorbereitung.

C&S CaseManager als Softwareplattform für Beratungsstellen ist wiederum Bestandteil eines übergeordneten Konzeptes, dem C&S CareWare-Standard, der Applikationsplattform für die Sozialwirtschaft. Softwarelösungen auf der Basis von C&S CareWare sind in mehr als 4.000 sozialen Einrichtungen und Diensten sämtlicher Wohlfahrtsverbände sowie zahlreicher kommunaler und privater Träger im Einsatz.

Dokumentation, Statistik und Abrechnung

C&S CaseManager unterstützt die Mitarbeiter, ihren Arbeitsplatz im Griff zu behalten, Verwaltungstätigkeiten zu optimieren und die Arbeit angemessen zu dokumentieren. Statistiken können auf mehreren Verbandsebenen erhoben und ausgewertet werden. Leistungen können definiert, erfasst und ausgewertet werden.

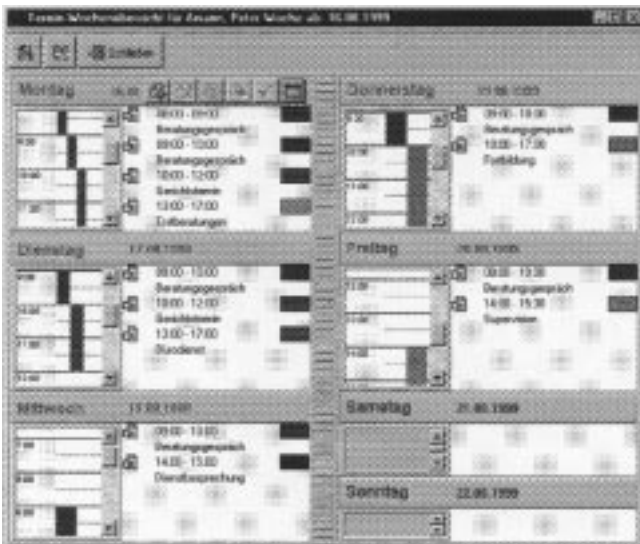


Nutzen für den Leiter

Eine Software muss für alle einen Nutzen bieten: für den Leiter der Beratungsstelle, die Mitarbeiter und natürlich für die Klienten. Der Leiter einer Beratungsstelle hat die Möglichkeit, einen Leistungskatalog zu definieren, Leistungen klienten- oder fallbezogen zu erfassen und mit unterschiedlichen Leistungsträgern abzurechnen. Somit können leistungsgerechte Entgelte mühelos abgerechnet und die Daten der Finanzbuchhaltung weitergeben werden. Standardmäßig gibt es für den C&S CaseManager Schnittstellen zu über 80 Finanzbuchhaltungen. Inhaltlich lässt sich mit C&S CaseManager rationell die Prozess- und Ergebnisqualität von Beratungen dokumentieren, um sie nach außen darzustellen. Statistikmerkmale lassen sich auf mehreren Ebenen (Bund, Land, Kreisverband, Einrichtung) definieren und an die nachgeordnete Ebene per Diskette weitergeben. Sämtliche Daten im C&S CaseManager können ausgewertet, grafisch dargestellt oder an andere Statistik- oder Präsentationsprogramme zur weiteren Aggregation oder sozialräumlichen Darstellung exportiert werden.

Nutzen für den Berater

Im C&S CaseManager hat alles seinen Platz. Mit der Notizen- und Terminverwaltung und dem Wiedervorlagensystem hat der Berater seinen Arbeitsplatz im

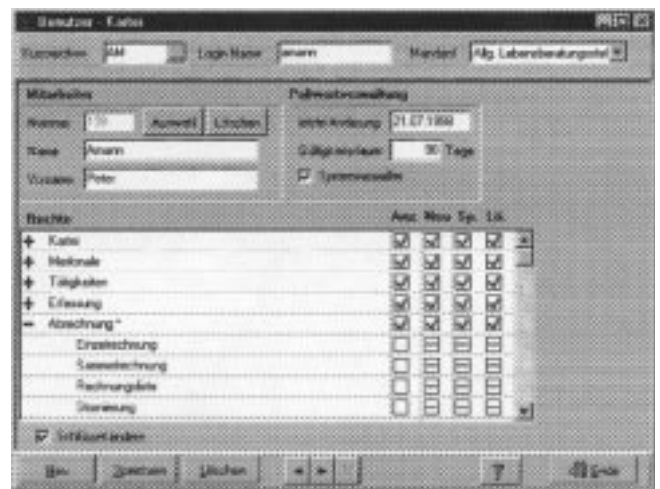


Griff. Notizen können komfortabel erfasst werden, wobei der Anwender Word-Dokumente, Tabellen, eingescannte Dokumente oder sonstige Dateien einbinden kann. Alle Notizen können mittels einer komfortablen Suchfunktion zielgenau wiedergefunden werden. In einer Institutionenkartei können Einrichtungen mit bestimmten Angeboten schnell anhand frei definierbarer Eigenschaften wiedergefunden werden. Eine integrierte Mailfunktion unterstützt die Teamkommunikation. Auch bei der Beratungsarbeit bietet C&S CaseManager vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten: Sie können bestimmte Eigenschaften klienten- oder fallbezogen im Zeitverlauf erfassen und in einer Verlaufsgrafik darstellen oder aus der Fallzuordnung automatisch ein grafisches Beziehungssystem erzeugen.



Nutzen für den Klienten

Auch Ihre Klienten profitieren unmittelbar von C&S CaseManager, denn die Zeit, die der Berater bei Verwaltungstätigkeiten einspart, kann er seinen Klienten widmen. Mit einem ausgedruckten Laufzettel, auf dem Adressen und Öffnungszeiten von Einrichtungen oder Diensten vermerkt sind, kann sich der Klient leichter orientieren. Auch durch die bloße Dokumentation und Evaluation der Leistungen der Beratungsstelle profitieren die Klienten, denn mit den daraus gewonnen Daten lassen sich die Leistungen der Beratungsstelle in der Öffentlichkeit fundiert dokumentieren und somit zur Erhaltung der Dienstleistung in Zukunft beitragen.



Datenschutz und Bedienerkomfort

Gerade im sensiblen Feld der sozialen Arbeit ist Datenschutz außerordentlich wichtig. Der Schutz der Daten wird in C&S CaseManager durch eine detaillierte Rechtevergabe und einer Mitarbeiter- bzw. Teamzuordnung von Klienten gewährleistet.

Unter den Beratern gibt es auch heutzutage noch viel Skepsis in Sachen EDV. Um auch ihnen den Einstieg zu erleichtern, bietet C&S CaseManager ein hohes Maß an Benutzerfreundlichkeit. Z.B. kann sich jeder

Anwender selbst eine Aktionsleiste zusammenbasteln, mit der er schnell und bequem die häufig genutzten Funktionen erreicht.

Schulung, Einarbeitung und Support

Um die optimale Nutzung von C&S CaseManager zu gewährleisten, bietet C&S ein abgestuftes Trainingskonzept aus Schulung, Einarbeitung, Aufbauseminar und Anwendertreffen. Sollten in der täglichen Arbeit Fragen auftauchen, steht den Anwendern ein 15-köpfiges Hotlineteam zur Seite.

Detaillierte Informationen zum C&S CaseManager erhalten Sie unter der Anschrift:

Computer und Software GmbH
Herr Michael Weiler
Memminger Straße 14
86159 Augsburg

Telefon 08 21/25 82-123
Telefax 08 21/25 82-499

Email: MichaelWeiler@cs-gmbh.de
Internet: <http://www.cs-gmbh.de>