

Universität Karlsruhe (TH)

Institut für Sport und Sportwissenschaft

Projektseminar

Themenfelder der Sportwissenschaft – SS 2006

Prof. Dr. Hans Steiner, Claudia Hildebrand, Silke Wenninger

Schriftliche Ausarbeitung

Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Tag der Abgabe: 24.04.2006

vorgelegt von: Michael Lehanka (1204073)

Dennis Vogel (1203752)

Sommerstr. 16

76131 Karlsruhe

0170/7392739

vogelimnetz@web.de

Sportwissenschaft (HF) B.A. 6. Fachsemester

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Qualitätsmanagement: Theoretische Hintergründe	4
2.1	Qualität	6
2.2	Verschiedene Ebenen der Qualität	7
2.3	Qualitätsmanagementsysteme: Selbst- und Fremdbewertung ..	8
2.3.1	Fremdbewertung – die ISO-Normenreihe	9
2.3.2	Selbstbewertung – der EFQM-Award.....	10
2.4	Maßnahmen zur Qualitätssicherung	12
2.4.1	Evaluation	12
2.4.2	Der Deming-Ansatz.....	13
3	Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung	15
3.1	Die vier Säulen im Gesundheitswesen – Abgrenzung von Gesundheitsförderung	15
3.2	Qualität in der Gesundheitsförderung	17
3.3	Methoden des QM in der Gesundheitsförderung auf den unterschiedlichen Ebenen	19
3.3.1	Planungs- bzw. Assessmentqualität.....	19
3.3.2	Strukturqualität.....	20
3.3.3	Prozessqualität	21
3.3.4	Ergebnisqualität	22
4	Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung ...	24
4.1	Theoretische Grundlagen	24
4.1.1	Geschichte und Entwicklung des QM in der betrieblichen Gesundheitsförderung	25
4.1.2	Schnittstellen von Total Quality Management und Betrieblicher Gesundheitsförderung	26
4.2	Durchführung des Qualitätsmanagements	28
4.3	Praxisbeispiel	31
5	Literaturverzeichnis	32
6	Tabellen und Abbildungen	35
7	Anlagen	36

1 Einleitung

Die vorliegende Ausarbeitung ist Teil des Projektseminars und beschäftigt sich mit dem Thema „Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung“ und speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Vor allem viele größere Unternehmen engagieren sich zunehmend in diesem Bereich und investieren in die betriebliche Gesundheitsförderung. Umso mehr gilt es nun auf diesem Gebiet, genauso wie in anderen Unternehmensbereichen, Qualität zu gewährleisten und zu verbessern. *“Neue gesetzliche Regelungen und wachsende Ansprüche der Betriebe und Krankenkassen verlangen nach Strategien, welche die Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nur sicherstellen, sondern auch kontinuierlich verbessern. Die Wichtigkeit der Entwicklung und Anwendung von Konzepten und methodischen Ansätzen zur Bewertung, Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung steht daher außer Frage“.* (Beck, www.bgf-berlin.de, 2002)

Ursprünglich sollten zu dieser Thematik explizit kleine und mittelständische Unternehmen sowohl in die vorliegende Arbeit als auch in die anschließende Projektausarbeitung mit einbezogen werden. Da jedoch die meisten kleinen und mittelständischen Unternehmen keine betriebliche Gesundheitsförderung anbieten bzw. es nach ausführlicher Literaturrecherche noch keine standardisierten Leitlinien und Theorien dazu gibt, soll hier auf eine spezifische Beschreibung des Angebots dieser Unternehmen verzichtet werden und dafür eine allgemeine Ausführung erarbeitet werden. Der Transfer, die hier beschriebenen Theorien und Leitlinien auf kleine und mittelständische Unternehmen anzuwenden, soll mit Hilfe von Expertenmeinungen in Interviews bzw. Fragebögen, im Projekt erfolgen. Im folgenden Kapitel möchten wir mit theoretischen Hintergründen zu den Themen Qualität, Ebenen der Qualität, Qualitätsmanagementsystemen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung einsteigen. Im anschließenden

Kapitel „Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung“ möchten wir näher auf die vier Säulen im Gesundheitswesen und auf die Abgrenzung zur Gesundheitsförderung eingehen. Ferner sollen die Methoden und der Begriff Qualität im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung erläutert und ausführlich dargestellt werden. In Kapitel 4 wird abschließend die Thematik „Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ erörtert. Hierzu soll nach Betrachtung der theoretischen Grundlagen die Durchführung des Qualitätsmanagements beschrieben werden und im darauf folgenden Praxisbeispiel auf die in der Projektausarbeitung folgende Darstellung des Ablaufs des Qualitätsmanagements in der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem Unternehmen hingewiesen werden.

2 Qualitätsmanagement: Theoretische Hintergründe

Bevor wir konkret auf Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und dann speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung eingehen wollen, sollen im Folgenden einige Begriffsklärungen offen legen, was genau man sich unter dem Begriff Qualitätsmanagement vorstellen muss. Hierbei werden einzelne Begriffe und Elemente eingeführt, die zum Verständnis der Ausführungen in den folgenden Kapiteln notwendig sind.

Die Definition von Qualitätsmanagement aus der freien Enzyklopädie Wikipedia liefert erste, wenn auch sehr allgemeine, Klarheit über die Inhalte des Qualitätsmanagements.

„Der Begriff Qualitätsmanagement (QM) bezeichnet einen Teilbereich des funktionalen Managements. Ziel ist die Optimierung von Arbeitsabläufen oder von Produktionsprozessen unter der Berücksichtigung von materiellen und zeitlichen Kontingenten sowie der Qualitätserhalt von Produkten bzw. Dienstleistungen und deren Weiterentwicklung. Hierbei von Belang sind etwa die Optimierung von Kommunikationsstrukturen, professionelle

Lösungsstrategien, die Erhaltung oder Steigerung der Zufriedenheit von Kunden oder Klienten sowie der Motivation der Belegschaft, die Standardisierungen bestimmter Handlungs- und Arbeitsprozesse, Normen für Produkte oder Leistungen, Dokumentationen, Berufliche Weiterbildung, Ausstattung und Gestaltung von Arbeitsräumen.“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A4tsmanagement>)

Ein weiterer Ansatz für die Formulierung - speziell der Nutzen – von Qualitätsmanagement liefert Wagner:

- Verbesserung der Ablauftransparenz und der Kostentransparenz
- Eindeutige Definition der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten
- Schaffung von internen Kunden – Lieferanten-Verhältnissen
- Steigerung der Produktivität durch kontinuierliche Prozessverbesserung
- Messbarkeit und Überwachbarkeit der Prozessleistung
- Spürbare Ausrichtung der Unternehmungsprozesse am Kunden
- Steigerung der Mitarbeitersmotivation durch die Möglichkeit für die Mitarbeiter, Prozesse mitgestalten zu können

(Wagner, K.W., S.33, 2003)

Diese Ausführung beschreibt die Inhalte und Ziele des Qualitätsmanagements. Doch warum Qualitätsmanagement gerade heute immer wichtiger wird, lässt sich daraus nicht erschließen. Gründe für die steigende Notwendigkeit eines 'Total Quality Management', eines zu jeder Phase die ganze Organisation durchdringenden Managementprinzips (vgl. http://www.ephorie.de/hindle_tqm.htm), finden sich einleitend bei Rothlauf:

- Vom Verkäufer- zum Käufermarkt
- Internationalisierung des Wettbewerbs
- Fokussierung auf interkulturelle Kompetenz
- Wachsende Bedeutung der Informationstechnologie

- Steigende Kundenerwartungen
(vgl. Rothlauf, 2001)

Die aufgeführten Gründe sind überwiegend auf das produzierende Gewerbe ausgelegt. Im übertragenen Sinne drücken sie jedoch aus, dass es durch eine sich verändernde Gesellschaft überall – auch im Gesundheitssektor – darauf ankommt den steigenden (Kunden-) Erwartungen an Qualität gerecht zu werden. Qualitätsmanagement dient also immer auch der Akzeptanz der produzierten Waren bzw. der durchgeführten Programme. *“Ein erfolgreiches Qualitätsmanagement ist entscheidend für eine langfristige Wirksamkeit und eine fachliche, politische wie auch finanzielle Akzeptanz.”* (Kickbusch, S. 12, 2000).

2.1 Qualität

Nun gilt es, sich folgender Frage zuzuwenden: Was ist Qualität? Qualität wird im Laienverständnis oftmals als 'gute Beschaffenheit' eines bestimmten Produkts verstanden. Somit wird auch erklärbar, warum Qualitätsmanagement ursprünglich der Industrie entstammt. Wir verzichten bei der Geschichte des Qualitätsmanagements auf Ausführlichkeit und verweisen auf Jörg (vgl <http://www.inpc.de/>).

Wir möchten im Folgenden aber darauf hinweisen, dass der Qualitätsbegriff einer Erweiterung bedarf. Qualität bezieht sich nicht nur auf ein Produkt sondern gleichermaßen auch auf Prozesse in einer Dienstleistung.

“Im allgemeinen Sprachgebrauch ist von guter oder schlechter Qualität die Rede. In dieser Hinsicht ist Qualität ein mit Wertungen verbundener Begriff, der die Zweckangemessenheit des Ergebnisses eines Produkts oder einer Dienstleistung zum Ausdruck bringt. Kauft ein Kunde ein Produkt oder eine Dienstleistung und erfüllen diese ihre

Zwecke für den Kunden, so haben sie im allgemeinen Sprachgebrauch eine gute Qualität.“

(www.wikipedia.de)

Noch deutlicher wird dieses für uns relevante Faktum der Erweiterung auf Dienstleistungen in der Begriffsbestimmung aus der Sicht der Gesundheitseinrichtungen.

“Unter Qualität ist 'die Gesamtheit von Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung bezüglich ihrer Eignung, festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen' zu verstehen. Diese wertfreie Definition unterscheidet sich von der Verwendung des Begriffs 'Qualität' im allgemeinen Sprachgebrauch sehr wohl. Mit Qualität ist also die Erfüllung von Anforderungen gemeint. Dabei spielen die Wünsche der Empfänger des Produktes oder der Leistung, der Kunden also, eine entscheidende Rolle.“

(Liebelt, 1999, S.2)

Die Grundzüge sind in Industrie und Dienstleistung die gleichen: Man will effizient wirtschaften/arbeiten. Dabei soll nochmals erwähnt sein, dass das Qualitätsmanagement ursprünglich aus der Industrie entstammt und erst in den letzten Jahren langsam Einhalt findet in der Gesundheitsförderung.

2.2 Verschiedene Ebenen der Qualität

Es werden in der Literatur verschiedene Ebenen der Qualität unterschieden. Je nach Typus der Organisation des Betriebes oder der Dienstleistung stehen andere Dinge im Vordergrund. Für das traditionell industrielle Qualitätsmanagement ist dies beispielsweise klar das Produkt. Der Japaner Dr. Noriaki Kano (Japan), Professor an der Universität von Tokio formulierte bereits 1978 rein produktbezogen verschiedene Ebenen von Qualität. Nach Kano sind diese:

Grundforderungen, Leistungs- und Qualitätsanforderungen und Begeisterungsmerkmale von Kunden.

(vgl. Krems, 2006)

In der Folgezeit wurden jedoch neue Qualitätsdimensionen hinzugefügt. So spricht man heute von einer Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Heß und Roth definierten diese Dimensionen für den Bereich des Coaching. Wir haben uns bewusst für deren Ausführungen entschieden, da diese dem Bereich der Gesundheitsförderung unserer Meinung nach am nächsten kommen:

Strukturqualität: die Ausstattung (personell, materiell, räumlich)

Prozessqualität: alle Handlungen, die notwendig erscheinen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen

Ergebnisqualität: den Grad des erreichten Erfolges (vgl. Beschaffenheit eines Produkts)

(mod. Nach Heß & Roth, 2001)

2.3 Qualitätsmanagementsysteme: Selbst- und Fremdbewertung

“Ein Qualitätsmanagementsystem ist eine Methode der Unternehmensführung, an der sich das Qualitätsmanagement orientiert. Ein Qualitätsmanagementsystem stellt sicher, dass die Qualität der Prozesse und Verfahren geprüft und verbessert wird. Ziel eines Qualitätsmanagementsystems ist eine dauerhafte Verbesserung der Qualität von Herstellung und Endprodukt.

Das System ist dabei grundsätzlich unabhängig von der Branche, der Größe oder der Struktur des Unternehmens, das es anwendet. Das System beschreibt die Methodik und liefert das Handwerkszeug, nach dem die Mitarbeiter im Qualitätsmanagement eines speziellen Unternehmens dann ihre individuellen Verfahren zur Sicherung und Verbesserung der Qualität ausrichten.“

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A4tsmanagementsystem>)

Es gibt nun zwei Arten von Qualitätsmanagementsystemen. Zum einen das auf Fremdbewertung basierende Zertifizierungssystem und zum anderen das auf Selbstbewertung basierende System der Qualitätsauszeichnung.

2.3.1 Fremdbewertung – die ISO-Normenreihe

Die Fremdbewertung stützt sich auf zertifizierbare Normen. Unter einer Norm versteht man ein "Dokument, das mit Konsens erstellt und von einer anerkannten Stelle angenommen wurde und für das die allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien oder Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird" (www.quality.de).

Die gängigste Normenfamilie in der heutigen Zeit ist die neu eingeführte Normenfamilie ISO 9000-9004 mit ihrer zertifizierbaren Norm EN ISO 9001:2000. Ihre Inhalte finden sich ausführlich auf den Internetseiten über Qualität und Norm von Falk (vgl. <http://www.iso9001.qmb.info/>). Aus Platzgründen möchten wir lediglich die zentralen Punkte erwähnen. Die Normen beziehen sich auf:

- das QM-System (allgemeine Anforderungen, Dokumentationsanforderungen, QM-Grundsätze)
- Verantwortung der Leitung (Verpflichtung der Leitung, Kundenorientierung, Qualitätspolitik, Planung, Verantwortung, Befugnis und Kommunikation, Managementbewertung)
- Management von Ressourcen (Bereitstellung von Ressourcen, Personen, Infrastruktur, Arbeitsumgebung)
- Produktrealisierung (Planung, Kundenbezogene Prozesse, Entwicklung, Beschaffung, Produktion und Dienstleistungserbringung, Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln)

- Messung, Analyse und Verbesserung (Allgemeines, Überwachung und Messung, Lenkung fehlerhafter Produkte, Datenanalyse, Verbesserung)

Alle diese Punkte werden in den Ausführungen akribisch ausformuliert. Der Unterschied zwischen der aktuellen ISO-Normenreihe und früheren Ansätzen besteht - analog zum Versuch Qualitätsmanagement auf den Dienstleistungsbereich zu übertragen - im Abkommen von einer reinen Produktorientierung hin zu einer vermehrten Prozessorientierung (siehe 2.2). Rein warenbezogene Zertifizierungen wie beispielsweise die ISO/TS 16949, "die durch Automobilhersteller von ihren Zulieferern gefordert wurde" (www.wikipedia.de) treten in Qualitätsmanagementsystem immer mehr in den Hintergrund.

Um ein Zertifikat zu erhalten, empfängt ein Betrieb so genannte Auditoren, diese sind Branchenkenner und bewerten das zu zertifizierende Unternehmen hinsichtlich oben genannter Kriterien.

Die Probleme in der Vergangenheit waren, dass Unternehmen stets nur die für den Erhalt des Zertifikats geforderten Mindestanforderungen erfüllten. Daher enthält die neue Normenreihe die Forderung nach einem *kontinuierlichen Verbesserungsprozess*, ein auch für die (betriebliche) Gesundheitsförderung elementarer Punkt.

(vgl. wikipedia.de)

2.3.2 Selbstbewertung – der EFQM-Award

Ein anderes Qualitätsmanagementsystem ist der European Quality Award. Dieser Qualitätspreis wird von der European Foundation for Quality Management (EFQM) vergeben. "Grundlage für eine Bewerbung ist einer zuvor vorgenommene Selbsteinschätzung" (Schmidt, K.-J., 1999, S.34) des Betriebes bzw. der Dienstleistung. Dieser muss für alle neun Teilbereiche aus Abb. 1 deren Erfüllung offen legen.

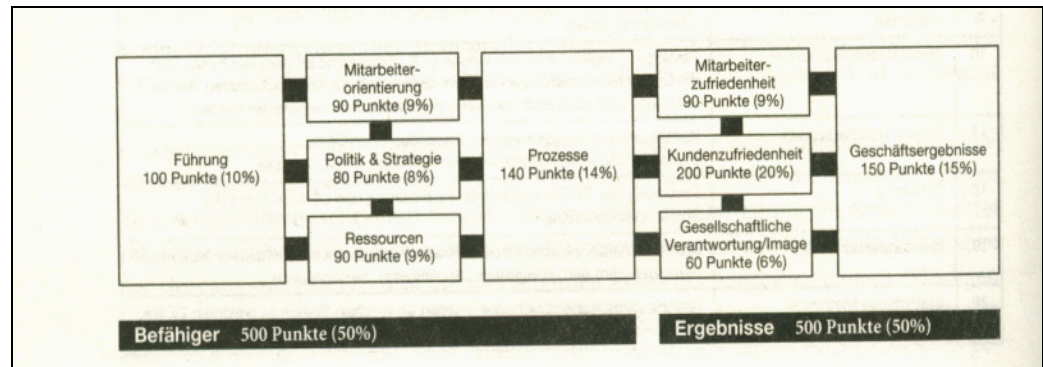


Abb. 1: Gewichtung der einzelnen EFQM-Kriterien (Kickbusch, 2001)

Die Überprüfung wird dann nicht von Auditoren sondern von so genannten Assessoren überprüft. Auch diese Assessoren folgen dabei einem Leitfaden (vgl. www.wikipedia.de).

Die beiden vorgestellten Qualitätsmanagementsysteme unterscheiden sich also in punkto Fremd- bzw. Selbstbewertung. Darüber hinaus verfolgt das ISO-System das Ziel einer Qualitätsmanagementdarlegung für einen bestimmten Kunden, während das EFQM-Modell besondere Qualität belohnt.

Beide Systeme haben Vor- und Nachteile. Zusammenfassend kann man aber sagen, dass der Anreiz einer Zertifizierung von außen über die ISO-Norm wohl zu gesteigerten Anstrengungen führen könnte, wohingegen bei einer Selbstbewertung die Gefahr besteht, dass sich Unternehmen zu gut bewerten.

(vgl. Schmidt, 1999)

Wir wollen versuchen in unseren Ausführungen über die betriebliche Gesundheitsförderung abzuwägen, welches System für diese geeignet sein könnte, und darüber hinaus sollen Nachforschungen angestellt werden, ob vergleichbare Systeme sich bereits für dieses spezielle Qualitätsmanagement finden lassen.

2.4 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

2.4.1 Evaluation

In den letzten Jahren erlangt der Begriff der 'Evaluation' immer mehr an Bedeutung. Evaluation – zu Deutsch: Bewertung, Bestimmung des Wertes (Duden) - ist die grundlegende Maßnahme bei der Qualitätssicherung und eine wichtige Komponente im Qualitätsmanagement. Im Grunde genommen sind mit Auditoren- und Assessoren-System im vorhergegangenen Kapitel bereits zwei Evaluationsformen beschrieben worden. Die theoretischen Grundlagen sollen hier aber noch mal kurz erwähnt werden.

Elementar für die Evaluation besonders in gesundheitlichen Bereichen ist die Durchführung auf allen unter 2.2 erwähnten Ebenen der Qualität. Mit anderen Worten heißt dies, dass nicht nur die Ergebnisse überprüft werden sondern auch Prozesse und Strukturen auf ihre Qualität untersucht werden müssen. Im unveröffentlichten Skript von Woll (2004) wird klar, dass der Nutzen der Evaluation – analog zum Ziel des Qualitätsmanagements im Allgemeinen – nicht nur daraus besteht, dass der Evaluierende weiß, wie gut seine Qualität ist, sondern dass diese darüber hinaus auch einen Effekt auf Kunden hat. Eigenes Sich-Einschätzen-Können und der Nachweis nach Außen sind also die Ziele der Evaluation. Bei richtiger Durchführung ist Evaluation somit die Grundlage aller Maßnahmen zur Sicherung von Qualität.

Wir denken, dass in der Methodik der Evaluation vor allem Soll-Ist-Analysen entscheidend sind, auch wenn dies in dieser Klarheit – oder zumindest unter dem 'Terminus Soll-Ist-Analyse' – in der Literatur so nicht zu finden ist. Die Wikipedia-Ausführungen scheinen dies aber zu bestätigen:

Auf der Basis einer Zielvereinbarung wird eine Ausgangserhebung durchgeführt, es werden daraufhin Maßnahmen geplant, mit denen die Ziele erreicht werden sollen. Dann müssen Messinstrumente / Beurteilungskriterien entwickelt werden, mit denen man

überprüfen kann, ob die Maßnahmen zum Erfolg geführt haben. Eventuell nach Zwischenerhebungen während der Durchführung wird in einer Schlusserhebung der Erfolg der Maßnahme überprüft, um daraus neue Zielvereinbarungen zu treffen und erneut in den Kreislauf einzutreten.

(www.wikipedia.de)

Eine kontinuierliche Durchführung von Soll-Ist-Analysen ist also die Grundlage der Qualitätssicherung. Dies gilt vor allem auch für Gesundheitsförderung und betriebliche Gesundheitsförderung. Genaueres zum Vorgehen in der Evaluation findet sich in den folgenden Kapiteln.

2.4.2 Der Deming-Ansatz

W. Edwards Deming war ein amerikanischer Physiker und Statistiker. Seine Vorstellungen von einem 'kontinuierlichen Verbesserungsprozess' fanden Einhalt in das Total Quality Management. Im Mittelpunkt bei Deming, dessen Überlegungen kurz nach dem Zweiten Weltkrieg angestellt wurden, war eine statistische Qualitätskontrolle. Deming formulierte ein 14-Punkte-Programm, das im Folgenden kurz dargestellt werden soll:

- Unverrückbares Unternehmensziel
- Der neue Denkansatz
- Keine Sortierprüfungen mehr
- Nicht unbedingt das niedrigste Angebot berücksichtigen
- Verbessere ständig die Systeme
- Schaffe moderne Anlernmethoden
- Sorge für richtiges Führungsverhalten
- Beseitige die Atmosphäre der Angst
- Beseitige Barrieren
- Vermeide Ermahnungen
- Setze keine festgeschriebenen Standards

- Gestatte es, auf gute Arbeit stolz zu sein
 - Fördere die Ausbildung
 - Verpflichtung der Unternehmensleitung
- (Rothlauf, J., 2001, 39 ff)

Hier zeigt sich erneut der industriell geprägte Charakter, doch es sind auch in diesem Bereich in den letzten Jahren Anstrengungen erfolgt, Demings Überlegungen auf den Dienstleistungssektor zu übertragen. Zentrale Rolle nimmt hier der Punkt einer ständigen Verbesserung der Systeme ein, den Deming als PDCA-Prinzip beschreibt. Der PDCA-Zyklus besteht aus vier Elementen:

- 1.) Plan – der jeweilige Prozess muss vor seiner eigentlichen Implementierung komplett geplant werden
- 2.) Do – der Prozess wird wie geplant implementiert und umgesetzt
- 3.) Check – der Prozessablauf und eventuell seine Resultate werden überprüft. Durch Soll-Ist-Abgleich werden eventuelle Abweichungen identifiziert
- 4.) Act – die Ursachen der festgestellten Abweichungen werden abgestellt, der Prozess kann wieder von vorne beginnen – selbstverständlich unter Berücksichtigung des PDCA-Zyklus.

(www.wikipedia.de)

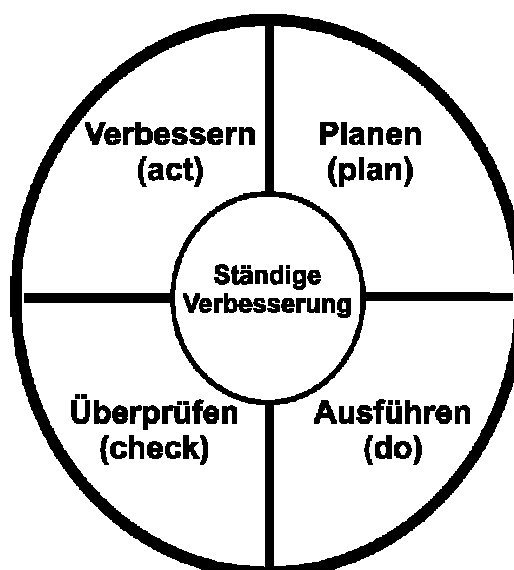


Abb. 2: PDCA-Zyklus (Rothlauf, 2001)

3 Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

3.1 Die vier Säulen im Gesundheitswesen – Abgrenzung von Gesundheitsförderung

Bevor wir auf das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung eingehen wollen, soll kurz dargestellt werden, was man unter Gesundheitsförderung zu verstehen hat. Auch hierzu wollen wir einleitend eine allgemeine Definition liefern:

“Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen und zugleich ihre gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Beispiele sind Gesundheitserziehung, Sport- und Bewegungsangebote sowie Organisationsentwicklung in Schulen und Betrieben, um das Arbeits- und Betriebsklima zu verbessern“ (vgl. www.uni-bielefeld.de).

Seit der Ottawa Charta der WHO im Jahre 1986 wird verstärkter Wert darauf gelegt, Gesundheitsförderung als elementare vierte Säule im Gesundheitswesen zu integrieren. In den Ausführungen wird deutlich, dass die Gesundheitsförderung über die klassische Risikoprävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) hinausgeht und klar von ihr abgegrenzt werden soll. Die Erweiterung der reinen Prävention soll durch eine Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht aller über die eigene Gesundheit (empowerment) und einer Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in verschiedene Politikbereiche (Intersektoralität) erfolgen (vgl. www.who.int).

Dadurch ergibt sich nach Laaser, Hurrelmann und Wolters (1993) die vierte Säule des Gesundheitswesens:

	Gesundheits- förderung	Prävention	Kuration	Rehabilitation
Ausrichtung	primordial	primär	sekundär	tertiär
Ansatz	Ökologischer Ansatz	Präventiver Ansatz	Korrektiver Ansatz	Kompensa- torischer Ansatz
Fokus	Vor Risikoreduktion	Risikoreduktion	im Krankheits- frühstadium	im chronischen Stadium einer Erkrankung
Zielgruppe	Gesamt- bevölkerung	Merkmalsträger	Patienten	Rehabilitanden
Absicht	Lebensweise (Beeinflussung Verhältnisse)	Lebensstil (Beeinflussung Verhalten)	medizinisch	sozial- medizinisch

Abb.3: Die vier Säulen des Gesundheitswesens (Woll, 2004)

Betrachtet man Abbildung 3, so kann auch von einer Chronologie ausgegangen werden. Demzufolge setzt die Gesundheitsförderung vor der Prävention an. Führt man sich beispielsweise das Thema Rauchen vor Augen, so würden politische (und andere) Aktivitäten in der Gesundheitsförderung bereits ansetzen, bevor das zu bekämpfende Rauchverhalten an den Tag gelegt, wohingegen die Prävention sich mit noch gesunden Rauchern auseinandersetzen müsste.

In den Ausführungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird dies noch deutlicher: "Während Prävention eine gezielte Vermeidung von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen durch eine Reduktion von Belastungen und Risiken anstrebt, setzt Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta dagegen vor allem bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potenziale an. Dies bezieht sich zum einen auf den einzelnen Menschen und zum anderen auf alle gesellschaftlichen Ebenen" (Walter, Schwarz & Hoepner-Stamos, 2001, S.23). Zusammenfassend und vereinfachend möchten wir darauf hinweisen, dass unter gesundheitsfördernden Aktivitäten oftmals 'aufklärerische' Methoden zu verstehen sind. Elementar – vor allem unter Qualitätssicherungsaspekten - ist, dass

diese Programme vielfach an die ganze Bevölkerung oder zumindest an große Teilpopulationen gerichtet sind.

3.2 Qualität in der Gesundheitsförderung

Um die Ziele des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung verstehen zu können, bedarf es einer Erweiterung des (industriell geprägten) Qualitätsbegriffes aus Kapitel 2. Unter Qualität in der Gesundheitsförderung versteht man "das Ausmaß, in dem Gesundheitsdienstleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen." (zitiert nach Lohr, 1990 in Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention.

In der Literatur findet sich stets ein Hinweis darauf, dass besonders in der Gesundheitsförderung ein sehr hoher Kostendruck besteht. Es gilt also für alle Maßnahmen deren Effizienz zu beweisen.

Entscheidend in diesem Qualitätsverständnis sind auch hier die drei Qualitätsdimensionen: die Struktur-, die Prozess- und die daraus resultierende Ergebnisqualität. Erweitert werden diese drei Dimensionen jedoch durch in der Durchführung von Gesundheitsprogrammen entscheidende Planungs- oder Assessmentqualität.

Die Zusammenhänge der Dimensionen verdeutlicht Abbildung 4:

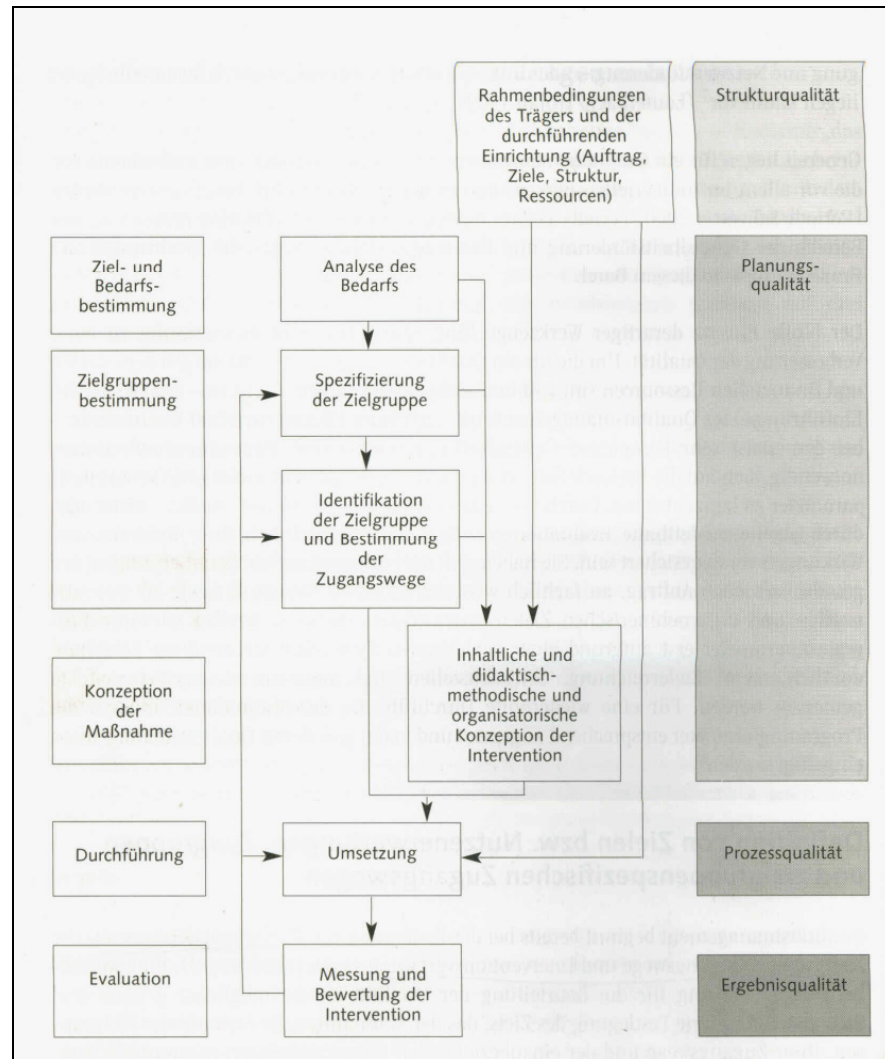


Abb. 4: Zusammenhänge der Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsförderung (Kickbusch, 2001)

Analog zu Abbildung 4 sollen im Folgenden die einzelnen Methoden auf den unterschiedlichen Ebenen beleuchtet werden. Bis heute gibt es in der Gesundheitsförderung noch kein einheitliches Konzept. Wir wollen unsere Ausführungen als Sammlung von unterschiedlichen Methoden zu verstehen wissen. Wir haben versucht die einzelnen Elemente so darzustellen, dass der Leser stets wieder zurückverfolgen kann, auf welcher Ebene (Abbildung 4) des Qualitätsmanagements diese sich befinden.

3.3 Methoden des QM in der Gesundheitsförderung auf den unterschiedlichen Ebenen

3.3.1 Planungs- bzw. Assessmentqualität

Die Planungsqualität ist von enormer Wichtigkeit bei allen durchgeführten Interventionen in der Gesundheitsförderung. Die Zielgruppe besteht aus sozialen Wesen, was eine genaue Kenntnis von ihrer Zusammensetzung und der Möglichkeit der Intervention erfordert. In den Ausführungen von Ruckstuhl et. al werden unter der Planungs- bzw. Assessmentqualität die Elemente:

- Abklärung von Bedarf und Bedürfnis
- Theoretische Grundlagen nutzen
- Erfahrungswerte aus anderen Projekten verwenden
- Kenntnisse über die rechtlichen, kulturellen und politischen Rahmenbedingungen einholen, verstanden.

Genauer über die einzelnen Qualitätsparameter und konkretes Vorgehen findet sich bei Walter et. al:

- Auswahl der Zielgruppe
(z. Bsp: Altersgruppen mit erhöhten Risiken, Bevölkerungsgruppen in risiko-erhöhten Lebensphasen, vulnerable und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Personengruppen mit spezifisch erhöhten Krankheitsrisiken)
- Setting-Auswahl
(Alltagsbezogene Institutionen, Lebensräume, Lebensgemeinschaften, kurzfristig in Anspruch genommene Einrichtungen, punktuell wahrgenommene Einrichtungen des Gesundheitswesens, Verbände)
- Identifikation der Zielgruppe
(mit Hilfe von Selbsteinschätzungsfragebogen, telefonische und Vor-Ort-Befragung, Assessment, versorgungsbezogene Routinedaten der Sozialversicherung)

- Wahl der Zugangswege
(schriftliche Information, Anschreiben, telefonische Kontaktaufnahme, aufsuchende Beratung, Information über Medien)
- Auswahl einer zu vermeidenden Gesundheitsstörung
(häufiges Vorkommen, Beeinflussung möglich, volkswirtschaftlich relevant)
- und Auswahl der Maßnahmen (Intervention sollte wirksam sein und keine Nebenwirkung aufweisen, fachgerechte Erbringung, Kosten sollten angemessen sein)
(mod. nach Walter et. al, 2001)

Für alle Entscheidungen in diesen Bereichen vor der eigentlichen Intervention gilt es ein möglichst gutes wissenschaftliches Fundament zu verwenden.

3.3.2 Strukturqualität

Programme in der Gesundheitsförderung sind wie bereits erwähnt auf große Teilpopulationen ausgerichtet. Daraus erklärt sich auch, dass meistens eine Vielzahl an Beschäftigten an deren Durchführung beteiligt sind. Und genau daraus erklärt sich nach Trojan (2001) die Forderung nach einer guten Strukturqualität. Trojan fordert daher stets einen geeigneten rechtlichen Rahmen, eine professionelle Infrastruktur, ein Höchstmaß an Flexibilität und ein Höchstmaß an Verbindlichkeit, um zu garantieren, dass die Programme nachhaltig wirksam sind. Entscheidend sind auch hier wieder die Zusammenhänge der einzelnen Ebenen. Die Strukturqualität hat immer auch einen Einfluss auf die Prozessqualität, welche sich wiederum auf die Ergebnisqualität auswirkt.

Ausführlicher wenden sich daher Ruckstuhl et. al (2001) der Strukturqualität zu. Die Autoren identifizieren – analog zur Assessmentqualität – Parameter. Diese sind im Einzelnen:

- Trägerschaft
(Welche Qualitäten hat die durchführende Organisation?)
- Organisation
(Projektorganisation mit klaren Rollenverteilungen)
- Verankerung/Vernetzung
(Win-Win-Strategie: Prominente Personen als Paten gewinnen)
- Kommunikationsstruktur
(Einrichtung von Kommunikationskanälen nach innen und außen)
- Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
(Wissen und Erfahrung als zentrale Komponenten)
- Klare Vertragslage/Leistungsauftrag
(Präzise Klärung, welche Leistungen für Budget gefordert sind)
- Finanzielle und personelle Ressourcen
(mod. nach Ruckstuhl et. al, 2001)

3.3.3 Prozessqualität

Wie unter 2.2 bereits subsumiert, versteht man unter der Prozessqualität alle Handlungen, die erforderlich sind, um ein bestimmtes Projekt- bzw. Programmziel zu ermöglichen. Nach Trojan (2001) fließen im Bereich der Prozessqualität Elemente von systematischer Organisationsentwicklung, (Selbst-) Evaluation und kontinuierlicher Qualitätsverbesserung zusammen. Die Prozesse, die in einem Projekt/Programm ablaufen, gilt es also demnach ständig zu verbessern. Dies gelingt durch die Methoden, die sich bei Ruckstuhl et. al finden lassen:

- Projektplanung (siehe Assessmentqualität)
- Feedbackschlaufen: Interviews, Fragebogen und evaluative Gespräche ermöglichen eine Reflexion über erreichte Teilziele. Strategien und Maßnahmen können dann bei Bedarf modifiziert werden.
- Qualitätsziele: Zwischenziele an zentralen Punkten in der Durchführung müssen formuliert sein

- Dokumentation: Richtige und effiziente Dokumentation
- Wohlbefinden aller im Projekt involvierten Personen: Projektleitung muss für ein gutes Klima sorgen.
- Umgang mit Konflikten: Konflikte frühzeitig ansprechen.

(vgl. Ruckstuhl et. al, 2001)

3.3.4 Ergebnisqualität

Das Hauptaugenmerk von Qualität in der Gesundheitsförderung sollte natürlich stets auf den Ergebnissen liegen, der Verbesserung von Gesundheit. Hierbei ist entscheidend, wie die gestellten Anforderungen erfüllt worden sind, wie und ob das Programm bei der vorher identifizierten Zielgruppe wirkt, wie ökonomisch das Programm war (Kosten-Nutzen-Relation) und ob von einer dauerhaft gesundheitsfördernden Nachhaltigkeit auszugehen ist.

Eine Erweiterung der Ergebnisqualität auf andere Dimensionen spiegelt sich in Tabelle 1 von Walter et. al wider. In diesem Verständnis ist die Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung mehr als die reine Verbesserung von Gesundheit. Die einzelnen Dimensionen sind dabei von unten nach oben entsprechend ihrer zunehmenden Entfernung von diesem eigentlichen Ziel angeordnet.

Dimensionen	Zielparameter
I Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Langfristige Parameter: Inzidenzabsenkung vermeidbarer Krankheits- oder Sterbeereignisse, z.B. Mortalität, Morbidität, Behinderungen, Beeinträchtigungen • Intermediäre physiologische und funktionale Parameter: z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, Body-Mass-Index, Hautbild, Funktionsfähigkeit • Intermediäre Verhaltensparameter: z.B. Ernährungsmuster, Bewegungsmuster, rückschonende Arbeitsweise, Stressbewältigung, Suchtverhalten • Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Lebensqualität, Funktionalität: z.B. über „SF-36“, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
II Kompetenz/ Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen • Einstellung • Wahrgenommene Kontrolle (<i>perceived/actual control</i>) • Selbstwert/Selbstbewusstsein • Selbstwirksamkeit • Kompetenzgesteuerte, nachhaltige Verhaltensänderung • Partizipation, z.B. bei Umfeldgestaltung
III Umfeld (physikalische und soziale Umwelt)	<ul style="list-style-type: none"> • Setting, z.B. Arbeitsplatzorganisation, Wohnbedingungen, soziale Unterstützung • Physikalische Umwelt, z.B. Wohnbedingungen, Lärm, Schadstoffbelastung • Soziale Umwelt, z.B. soziales Netz, soziale Unterstützung • Politik, z.B. öffentliche Bewusstseinsbildung • Gesetzliche Grundlagen
IV Leistungen der Sozialversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung, Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Medikamentenverschreibung
V Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Return on investment</i> (aufgewendete Kosten zu Kostenersparnisse) • Aufgewendete Kostenkomponenten, z.B. Programmkosten, Teilnehmerkosten, Overheadkosten • Kostenersparnisse, z.B. durch Verringerung der Leistungen der Sozialversicherung, verminderte Eigenaufwendungen
VI Zugangswege	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen • Wirksamkeit spezifischer Zugangswege (Erreichbarkeit)
VII Strukturbildung (<i>capacity building</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Befähigung von Professionellen und Institutionen • Institutionalisierung der Interventionen • Ressourcennutzung, z.B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke • Diffusion von Programmen
VIII Service/Marketing	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit der Zielgruppe • Bekanntheitsgrad

Tab.1: Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung (Kickbusch, 2001)

Ein solches Verständnis entkräftet auch gewissermaßen die Bedenken von Trojan:

“Ein Hindernis vieler Programme liegt vor allem im Missverhältnis zwischen (kurzen) Laufzeiten und (eng begrenzten Ressourcen) einerseits sowie andererseits (zu) weitreichenden [sic] Zielen von

komplexen Programmen. [...] Am schwierigsten sind Morbiditäts- und Mortalitätsziffern – die klassischen Ergebnisvariablen -, aber auch Risikofaktoren in einer Bevölkerung zu senken. Durch einzelne Programme der Gesundheitsförderung ist dies kaum zu erreichen.“ (Trojan, A., 2001, S.58 f)

Es ist evident, dass Programme in der Gesundheitsförderung, die meist auf ein paar Jahre angelegt sind, nicht nachweisen können, dass beispielsweise die Sterberate gesenkt werden konnte. Die Ziele der Gesundheitsförderung, eine langfristige und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation, sind also kurzfristig nicht zu messen. Dazu bedürfte es einer utopisch erscheinenden Langzeitstudie. Das Qualitätsmanagement macht sich aber hierfür so genannte intermediäre Outcome-Parameter zu Nutze. Daher weisen Walter et. al (2001) darauf hin, dass mit Hilfe von diesen Parametern langfristige Entwicklungen prognostiziert werden können.

Intermediäre Outcome-Parameter “können z. B. physiologische, biochemische oder funktionale Parameter wie Blutdruck, Blutwerte und Hautbild sein. Allerdings können diese objektiven Parameter zum Teil nicht ohne ärztliche bzw. pflegerische Mitwirkung gemessen werden. Alternativ bzw. ergänzend bieten sich subjektive Parameter an [vgl. Lebensqualität Tabelle 1]“ (Walter et. al, S.32, 2001).

Festzuhalten bleibt, dass die Ergebnisqualität in der Gesundheitsförderung nicht nur auf objektiven sondern auch auf subjektiven Kriterien basieren muss. Dies gilt eins zu eins auch für die betriebliche Gesundheitsförderung.

4 Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung

4.1 Theoretische Grundlagen

Der Setting-Ansatz der WHO identifiziert den Betrieb, also die Arbeitswelt eines Beschäftigten, als einen wichtigen Bereich, in dem die unter Kapitel 3 erwähnten Interventionen greifen müssen.

Wir beschränken uns auf eine kurze Erklärung dessen, was betriebliche Gesundheitsförderung ist, da wir aufgrund der Arbeiten unserer Mitstudenten das Wissen darüber voraussetzen können.

Nach Wittig-Goetz zielt Betriebliche Gesundheitsförderung darauf ab, "gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz abzubauen. Dadurch wird das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten und gefördert. Das schließt Unfall- und Krankheitsverhütung ein, will aber darüber hinaus die Kräfte des einzelnen stärken und all das, was bei der Arbeit fit hält bspw. eine inhaltlich befriedigende Tätigkeit."

(Wittig-Goetz, U., 2004, www.sozialnetz-hessen.de)

Dies zeigt, dass die betriebliche Gesundheitsförderung ein Element der Gesundheitsförderung ist und somit erklärt sich, dass die unter 3 erwähnten Ausführungen prinzipiell auch für das Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung Gültigkeit haben.

4.1.1 Geschichte und Entwicklung des QM in der betrieblichen Gesundheitsförderung

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass das Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine noch neuere Bestrebung ist als in der allgemeinen Gesundheitsförderung. Auch hier ist zu beobachten, dass die Vorgehensweisen, die der Industrie entstammen, möglichst auf die Betriebliche Gesundheitsförderung übertragen werden sollen. Die Schaffung von Qualitätsmanagementsystemen (Normen und Kriterien) steckt hier aber noch in den Kinderschuhen. Dem gegenüber steht ein enorm hoher Bedarf an Standardisierungen. Es gilt nun also in Zukunft zu versuchen Qualitätsmanagementsysteme (DIN EN ISO 9001 oder das EFQM-System) in das Qualitätsmanagement der betrieblichen Gesundheitsförderung einzuführen. Simon (2001) hält dabei das EFQM-Modell als "das für die Gesundheitsförderung besser geeignete" (S.127).

4.1.2 Schnittstellen von Total Quality Management und Betrieblicher Gesundheitsförderung

Wie bereits beschrieben, fordert das Total Quality Management eine die ganze Organisation durchdringende Qualitätssicherung. Dieses Abkommen von einer reinen Ergebnis- bzw. Produktorientierung impliziert somit auch die Betrachtung einer elementaren Komponente im Produktionsprozess, die Zufriedenheit der Arbeiter.

Es soll nun an dieser Stelle beschrieben werden, welche Chancen die betriebliche Gesundheitsförderung aus der Sicht des Total Quality Managements bietet, ehe die eigentlichen Methoden, die Implementierung von Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung in den folgenden Kapiteln beleuchtet werden. In den Ausführungen von Beck (2002) wird klar, dass bereits beschriebene Qualitätsmanagementsysteme des Total Quality Managements, wie beispielsweise das EFQM-Modell, einen Rahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung bieten:

Im Modell für Excellence der European Foundation for Quality Management (EFQM) - dem europäischen Referenzmodell für TQM - wird mit dem Kriterium "Mitarbeiter" die Forderung formuliert, das gesamte Potenzial der Mitarbeiter auf individueller, teamorientierter und organisationsweiter Ebene zu managen, zu entwickeln und freizusetzen, um die Politik und Strategie der Organisation sowie das effektive Funktionieren ihrer Prozesse zu unterstützen. Diese Forderung umfasst u.a. die Ermächtigung der Mitarbeiter zu selbständigem Handeln und Beteiligung (Kriterium 3c), die Forderung nach Belohnung, Anerkennung und Fürsorge (Kriterium 3e), die Forderung nach ständigem Dialog zwischen Organisation(sführung) und Mitarbeitern (Kriterium 3d) sowie die Ermittlung und Entwicklung der Kompetenzen und des Wissens der Mitarbeiter (Kriterium 3b). An die Führung wird die Forderung

im EFQM-Modell für Excellence gestellt, die Mitarbeiter zu motivieren und zu unterstützen sowie ihre Leistung anzuerkennen (Kriterium 1d). Neben den Forderungen der Potenzialentwicklung wird im EFQM-Modell die Zufriedenheit der Mitarbeiter als Zielkriterium der Excellence explizit benannt.

(Beck, www.bgf-berlin.de, 2002)

Der EFQM-Ansatz betont also, dass Indikatoren, die sich auf die Mitarbeiter beziehen, einen großen Stellenwert haben. Darunter sind Dinge wie Fehlzeiten, Fluktuation oder Ähnliches zu verstehen. Total Quality Management und besonders das EFQM-System zielen also nicht nur auf eine bessere Wirtschaftlichkeit sondern auch auf eine humane Komponente (die sich dann aber langfristig wieder auf die Wirtschaftlichkeit auswirkt) ab. Beck folgert daraus, dass der 'theoretische Unterbau' für Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung also bereits vorhanden ist:

“Mit der expliziten Formulierung der Kriterien "Mitarbeiterorientierung" und "Mitarbeiterzufriedenheit" im TQM-Modell der EFQM kann daher eine Chance zur Integration von Konzepten des betrieblichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in TQM gesehen werden. Der im Modell der EFQM entwickelte theoretische Rahmen könnte nicht nur auf Vollständigkeit überprüft werden, sondern darüber hinaus könnten Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung und des betrieblichen Arbeitsschutzes zu einer valideren Operationalisierung der EFQM - Kriterien sowie zur Entwicklung entsprechender Interventionsstrategien beitragen.“

(Beck, www.bgf-berlin.de, 2002)

4.2 Durchführung des Qualitätsmanagements

Bei der Durchführung des Qualitätsmanagements in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind wir, wie Eingangs bereits angedeutet, nach ausführlicher Recherche zu der Erkenntnis gekommen, dass es keine einheitlichen Qualitätssicherungsmodelle gibt, anhand derer sich die Durchführung des Qualitätsmanagement konkretisieren lässt. Vielmehr wird, wie in den zuvor bereits beschriebenen EFQM- und TQM-Modellen, versucht einen Rahmen dafür zu errichten. Zur Durchführung des Qualitätsmanagement eignen sich unserer Meinung nach vor allem die durch eine Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbänden der Krankenkassen erstellten „Materialien zum Qualitätsmanagement“ sowie die „Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung“, erstellt durch den BKK Bundesverband. Die Qualitätssicherung kann hierbei deswegen so hoch eingestuft werden, da Unternehmen die betriebliche Gesundheitsförderung anbieten und unterstützen bei Einhaltung der von den Spitzenverbänden und dem Bundesverband aufgestellten Qualitätsanforderungen beantragte Fördermittel erhalten können.

Zur Überprüfung der gestellten Qualitätsanforderungen erstellten die Spitzenverbände dafür einen mehrseitigen Antragsbogen (siehe Anlage I, S. 38 - 51), welcher vom Antragssteller auszufüllen ist. Dieser Antragsbogen besteht aus einem Teil A und B. Der Teil A ist eine Projektübersicht, darin gilt es die Ziele, Zielgruppen, Kosten, Laufzeit, Vereinbarungen und die Interventionsbereiche zu erläutern und zu bestimmen. Im Teil B kommt es zur genauen Projektbeschreibung. Diese besteht u. a. aus einer Beschreibung der Rahmenbedingungen, Situationsanalyse, Maßnahmen, Partizipation, Evaluation, Nachhaltigkeit, Nachweis der Wirksamkeit, Projekt- und Zeitplan, Finanzplan, Projektteam etc. (vgl. Anlage I, S. 38 – 51)

Wie bereits aus den Stichwörtern ersichtlich ist der Umfang des Antragsbogens und somit auch des Qualitätsmanagements sehr umfangreich und detailliert.

Die Qualitätskriterien bzw. Anforderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen wurden in Anlehnung an das EFQM-Modell entwickelt und beinhalten folgenden Aspekte:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik:

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.

2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:

Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter (Betriebs- bzw. Personalrat) möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.

3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.

4. Soziale Verantwortung:

Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.

5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung

gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.

6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung:

Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

(Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbänden der Krankenkassen, 2006, S. 49f)

Die Erfüllungsgrade dieser Kriterien und damit die Qualität ihrer betrieblichen Gesundheitspolitik können die Betriebe und Krankenkassen somit anhand des Antragsbogens relativ unaufwändig einschätzen. Für die mögliche Finanzierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Betrieben durch die Krankenkassen wird den Unternehmen empfohlen, die weitgehende Erfüllung dieser Qualitätskriterien bzw. die Verpflichtung des Betriebes für die Zukunft, sich an diesen Kriterien zu orientieren, zur Voraussetzung zu machen. (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbänden der Krankenkassen, 2006, S. 50)

Eine weitere Möglichkeit zur Durchführung von Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung bietet der Bundesverband BKK mit seinen Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Anlage II). Diese Qualitätskriterien wurden ebenfalls in Anlehnung an des EFQM-Modell entwickelt und gleichen den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbänden der Krankenkassen in hohem Maße. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf eine Ausführung verzichtet und auf die Anlage II verwiesen.

4.3 Praxisbeispiel

Das Praxisbeispiel zum Thema Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung wird in der Projektausarbeitung des Projektseminars vorgestellt und erläutert. Daher wird in diesem ersten theoretischen Teil des Projektseminars auf eine Darstellung verzichtet. Das Praxisbeispiel soll den Ablauf des Qualitätsmanagement in einem Unternehmen darstellen sowie die Methoden und Leitlinien aufzeigen die Unternehmen anwenden um der Qualitätssicherung gerecht zu werden.

5 Literaturverzeichnis

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSE (2001). *Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.*

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSE (2006). *Leitfaden. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.* Bergisch Gladbach

DAS MANAGEMENT-PORTAL: Total Quality Management (TQM). www.ephorie.de – Online Ressource, Abruf: 09.03.2006

GESELLSCHAFT FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG. <http://www.bgf-berlin.de/bgfTQM.html#1>. (2002). Beck, D.

HEß, T & ROTH, W. L. (2001). *Professionelles Coaching*. Heidelberg: Asanger

HURRELMANN, K. & LAASER, U. (Hrsg.) (1993). *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz-Verlag

INTERGALACTIC NEWS PUBLISHING CORP: Geschichte des Qualitätsmanagement. <http://www.inpc.de> Jörg, K. (2005). – Online Ressource, Abruf: 07.03.2006

LIEBELT, J. (1999). *Angewandtes Qualitätsmanagement – Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisationen*. Berlin: Springer Verlag

- KICKBUSCH, I. in *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention - Grundsätze, Methoden und Anforderungen* (2001), Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Band 15)
- ONLINE-VERWALTUNGSLEXIKON. www.olev.de. (2006). Krems, B.,
Abruf: 13.03.2006
- QUALITÄT UND NORM. <http://www.iso9001.qmb.info/>. (2005). Falk, H.,
Abruf: 07.03.2006
- QUALITÄTSMANAGEMENT UNTER EINEM DACH. www.quality.de.
Ohne Verfasser. Ohne Datum. Abruf: 10.03.2006
- ROTHLAUF, J., (2001). *Total Quality Management in Theorie und Praxis*. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag
- RUCKSTUHL, B., KOLIP, P., GUTZWILLER, F. (2001).
Qualitätsparameter in der Prävention. Köln: Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
- SIMON, W. (2001). *Die Qual der Wahl – das richtige
Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung*. Köln:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- SOZIALNETZ HESSEN. (2004). www.sozialnetz-hessen.de. Wittig-
Goetz, U.
- TROJAN, A. (2001). *Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung*.
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- UNIVERSITÄT BIELEFELD – FAKULTÄT FÜR
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN. (2005). [http://www.uni-
bielefeld.de/gesundhw/ag4/definition.html](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/definition.html). Temur, M. A.

WAGNER K.W., (2003). *PQM – Prozessorientiertes Qualitäts – Management – Leitfaden zur Umsetzung der ISO 9001:2000*. München: Carl Hansa Verlag

WALTER, U., SCHWARTZ, W. & HOEPNER-STAMOS, F. (2001). *Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

WIKIPEDIA, DIE FREIE ENZYKLOPÄDIE: *Demingkreis*. <http://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis> - Online Ressource. Abruf: 16.03.2006

WIKIPEDIA, DIE FREIE ENZYKLOPÄDIE: *Evaluation*. <http://de.wikipedia.org/wiki/Evaluation> – Online Ressource. Abruf: 13.03.2006

WIKIPEDIA, DIE FREIE ENZYKLOPÄDIE: *Qualitätsmanagement*. <http://www.wikipedia.org> – Online Ressource, Abruf: 07.03.2006

WIKIPEDIA, DIE FREIE ENZYKLOPÄDIE: *Qualitätsmanagementsystem*. <http://www.wikipedia.org> – Online Ressource. Abruf: 10.03.2006

WOLL, A. (2004). *Sport und Gesundheit – unveröffentlichtes Skript*. Gesundheitssportprogramme – Konzeption, Qualitätsmanagement, Evaluation

WORLD HEALTH ORGANISATION. (2006). *www.who.int*. Ohne Verfasser

6 Tabellen und Abbildungen

Tab. 1: Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung.....	23
Abb. 1: Gewichtung der einzelnen EFQM-Kriterien.....	11
Abb. 2: PDCA-Zyklus	14
Abb. 3: Die vier Säulen des Gesundheitswesens.....	16
Abb. 4: Zusammenhänge der Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsförderung.....	18

7 Anlagen

- I. Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V

- II. Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung