



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

DIPLOMARBEIT

Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit

Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von EFQM
und Empfehlungen am Beispiel von
El Salvador, Guinea, Kenia, Nicaragua und Tansania

Vorgelegt am 26.Mai 2005

Angela Schneiderhan

Wittenbergerstr. 41, 72108 Rottenburg

Fachbereich Ökotrophologie

Studiengang Gesundheit

Matrikel-Nummer: 1641088

Referent: Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp,
Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Koreferent: Dr. Gottfried Huss,
Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit

„Qualitätsmanagement ist mehr als ein Tool, es ist eine Kultur. EFQM ist als Modell sehr abstrakt. Im Alltag geht es darum, praktische Abläufe zu beobachten und zu korrigieren, Qualitätsmanagement mit Leben zu füllen und zu lernen, das Thema immer als Konzept im Hinterkopf zu behalten.“

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry

Public Health Expertin (seit 30 Jahren als Ärztin bei der GTZ tätig)

Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit wurde in Kooperation mit der *Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)* verfasst. Grundlage für die Recherche war ein dreimonatiges Praktikum in der Zentrale der GTZ in Eschborn von Dezember 2004 bis Februar 2005 in der Abteilung *Gesundheit, Bildung und Soziale Sicherheit* der Organisationseinheit *Gesundheitssysteme und -förderung*.

Die GTZ beabsichtigt die Einführung von Qualitätsmanagement in die Gesundheitssektoren der Partnerländern zukünftig stärker zu fördern. Ziel ist es den Einführungsprozess von Qualitätsmanagement bestmöglich zu gestalten. Hierfür war es erforderlich, bislang gemachte Erfahrungen bei der Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssysteme in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit zunächst systematisch aufzuarbeiten.

Für die fachliche und methodische Unterstützung während des Praktikums bei der GTZ möchte ich mich herzlich bei Dr. Gottfried Huss bedanken. Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg danke ich für seine freundliche und kompetente Beratung während des Verfassens dieser Diplomarbeit.

Die Auseinandersetzung mit den Lebensumstände in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit machte mir erneut bewusst, dass es ein Privileg ist, Bildung zu erhalten und ein Studium absolvieren zu können. In diesem Sinne möchte ich meiner Familie, meinen Freunden und dem Cusanuswerk danken, die mich während des Studiums unterstützt und begleitet haben.

In der gesamten Arbeit wird die neue Rechtschreibform verwendet und auf eine gesonderte Aufführung der jeweils weiblichen Form verzichtet. Die Verwendung der maskulinen Form schließt Männer und Frauen gleichermaßen ein.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Zusammenfassung	2
1 Einleitung	3
2 Qualitätsmanagement im Kontext von Gesundheit und Entwicklungspolitik	6
2.1 Historische Entwicklung	7
2.2 Das EFQM-Modell für Unternehmensexcellence	8
2.3 EFQM in der GTZ	10
3 Methodisches Vorgehen	11
3.1 Länderauswahl	11
3.2 Expertengespräch	11
3.3 Literatúrauswahl und Literatúrauswertung	13
3.4 Einschränkungen	13
4 Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssysteme am Beispiel ausgewählter Projekte der GTZ	14
4.1 Qualitäts-Coachs für Verbesserungsprojekte in El Salvador	15
4.1.1 El Salvador im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation	15
4.1.2 Vorgehensweise	17
4.1.3 Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement	20
4.1.4 „Lessons Learnt“	22
4.1.5 Ausblick	22

4.2	Wettbewerb zur Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens in Guinea	23
4.2.1	Guinea im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation	23
4.2.2	Vorgehensweise	25
4.2.3	Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement	29
4.2.4	„Lessons Learnt“	30
4.2.5	Ausblick	31
4.3	Entwicklung und Einführung eines kenianischen Qualitätsmodells	32
4.3.1	Kenia im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation	32
4.3.2	Vorgehensweise	33
4.3.3	Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement	36
4.3.4	„Lessons Learnt“	37
4.3.5	Ausblick	37
4.4	Praxisorientierte Qualitätskultur in den Gesundheitszentren Nicaraguas	38
4.4.1	Nicaragua im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation	38
4.4.2	Vorgehensweise	39
4.4.3	Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement	42
4.4.4	„Lessons learnt“	44
4.4.5	Ausblick	44
4.5	Musterplan für moderne Wege des Qualitätsmanagements in Tansania	45
4.5.1	Tansania im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation	45
4.5.2	Vorgehensweise	46
4.5.3	Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement	48
4.5.4	„Lessons Learnt“	51
4.5.5	Ausblick	51
5	Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von EFQM	52
5.1	Befähiger	53
5.1.1	Führung	53
5.1.2	Politik und Strategie	54

5.1.3	Mitarbeiter	56
5.1.4	Partnerschaften und Ressourcen	59
5.1.5	Management von Prozessen	60
5.2	Ergebnisse	63
5.2.1	Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	63
5.2.2	Kundenbezogene Ergebnisse	65
5.2.3	Gesellschaftsbezogene Ergebnisse	67
5.2.4	Schlüsselergebnisse	69
6	Fazit und Ausblick	72
7	Abkürzungsverzeichnis	74
8	Darstellungsverzeichnis	75
9	Quellenverzeichnis	76
	Eidesstattliche Erklärung	81

Abstract

According to the *World Health Organisation (WHO)*, the goal of a well-functioning health service is to guarantee all people access to sufficient, high qualitative and secure health care in order to improve their health and to ensure that resources are used efficiently.¹ The results of the *World Health Report 2000* show that in order to achieve this target, a world-wide reform of health services is necessary.² Fundamental problems such as a lack of resources or the insufficient participation of patients exist in industrial as well as in developing countries. If we are to overcome these difficulties, another approach is necessary. A possible approach is offered by *Total Quality Management*.

Through literary research and an empirical investigation this study describes the introduction of Quality Management in the health systems of several different countries. The study focuses on five case studies which describe the experiences of five countries which introduced Quality Management according to the model from the *European Foundation for Quality Management (EFQM)*. The potential and limits of the EFQM model in the health sector based on the experiences in different countries will be discussed with a view to the development policy context. Based on the results, recommendations will be provided for the introduction of Quality Management into health services of developing countries.

Experiences of the countries have shown that EFQM is a comprehensive and well-developed concept for introducing Quality Management in the health services of developing countries. In its implementation EFQM experienced limits in all of the five countries described through insufficient financial and human resources, corruption and poor infrastructure in health services. Nevertheless the experiences of these five countries have shown that EFQM can be implemented outside the European context to improve the quality of health care. To implement EFQM successfully social and cultural aspects have to be considered.

¹ See World Health Report 2000. Chapter 2, p.23

² See World Health Report 2000. Chapter 2, p.42; Chapter 3, p.65-66

Zusammenfassung

Ziel eines funktionierenden Gesundheitssystems ist es laut der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, allen Bürgern Zugang zu ausreichender, qualitativ hochwertiger und sicherer Gesundheitsversorgung zu schaffen, um deren Gesundheit zu verbessern und Ressourcen optimal zu nutzen.³ Die Ergebnisse des Weltgesundheitsberichts 2000 zeigen, dass hinsichtlich dieses Ziels weltweit die Notwendigkeit besteht, Gesundheitssysteme zu reformieren. Grundprobleme wie Ressourcenknappheit oder mangelnde Patientenbeteiligung existieren sowohl in Industrieländern, als auch in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit.⁴ Um diese Aufgaben erfolgreich zu bewältigen, bedarf es der Veränderung bisher üblicher Denkweisen. Einen Ansatz hierfür bieten Strategien im Sinne des umfassenden Qualitätsmanagements.

In dieser Arbeit werden anhand einer Literaturrecherche und einer empirischen Untersuchung Erfahrungen systematisch aufgearbeitet, die bei der Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssektoren verschiedener Länder der Entwicklungszusammenarbeit gemacht wurden. Im Zentrum stehen hierbei vier Länderbeispiele, die in Form von Fallstudien dargestellt sind. Die beschriebenen Länder orientierten sich bei der Einführung von Qualitätsmanagement am Modell der *European Foundation for Quality Management (EFQM)*. Im Hinblick auf den entwicklungspolitischen Kontext werden anhand der Ländererfahrungen Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit des EFQM-Modells auf den Gesundheitssektor aufgezeigt. Aus diesen Ergebnissen werden Empfehlungen für die Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssysteme in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit abgeleitet und vorgestellt.

Die Erfahrungen der Länder zeigen: EFQM stellt ein umfassendes und ausgereiftes Konzept dar, um Qualitätsmanagement in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit in ein Gesundheitssystem einzuführen. Bei der Umsetzung stößt EFQM jedoch in allen fünf Beispielländern an Grenzen. Gründe hierfür sind unter anderem mangelnde finanzielle Ressourcen im Gesundheitswesen, Korruption und schlechte Infrastruktur.

³ Vgl. Weltgesundheitsorganisation: World Health Report 2000. Kapitel 2, S.23

⁴ Vgl. Weltgesundheitsorganisation: World Health Report 2000. Kapitel 2, S.42; Kapitel 3, S.65-66

Dennoch lassen die Länderbeispiele erkennen, dass EFQM über den europäischen Kontext hinaus übertragbar ist. Der Erfolg setzt einen sensiblen Umgang mit sozialen und kulturellen Gegebenheiten voraus.

1 Einleitung

Ziel eines funktionierenden Gesundheitssystems ist es laut der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*, allen Bürgern Zugang zu ausreichender, qualitativ hochwertiger und sicherer Gesundheitsversorgung zu schaffen, um deren Gesundheit zu verbessern und Ressourcen optimal zu nutzen.⁵ Die Ergebnisse des Weltgesundheitsberichts 2000 zeigen, dass hinsichtlich dieses Ziels weltweit die Notwendigkeit besteht Gesundheitssysteme zu reformieren. Grundprobleme wie Ressourcenknappheit oder Patientenbeteiligung existieren sowohl in Industrieländern, als auch in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit (im folgenden kurz: Länder der EZ). Sie unterscheiden sich lediglich in ihrer jeweiligen Ausprägung.⁶

Wirtschaftliche Krisen, das Versagen des öffentlichen und privaten Sektors, Korruption sowie ein schwaches Management verschärfen die Situation in Ländern der EZ. In diesem Kontext gewinnen Wirtschaftlichkeit und Rationalisierungsmaßnahmen zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig besteht Bedarf an qualifiziertem und motiviertem Personal, um einen Mindeststandard an gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten und Kundenbedürfnisse zu befriedigen.⁷ Wie können unter diesen schwierigen Bedingungen notwendige Reformen zur Modernisierung von Gesundheitssystemen in Ländern der EZ erfolgreich durchgeführt werden?

Um diese Aufgabe erfolgreich zu bewältigen, bedarf es einer Veränderung bisher üblicher Denkweisen. Den Ansatz hierfür bieten Strategien im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagements (im folgenden kurz: QM), die alle Bereiche einer Organisation, alle Mitarbeiter und darüber hinaus die Gesellschaft mit einbeziehen.⁸

Weltweit haben Länder, in Zusammenarbeit mit der GTZ, Erfahrungen bei der Einführung von QM in Gesundheitssystemen gesammelt. Die Länder orientieren sich dabei am Modell der *European Foundation for Quality Management (EFQM)*, das als Richtlinie für die Einführung eines umfassenden QM-Systems international anerkannt ist.⁹

⁵ Vgl. Weltgesundheitsorganisation: World Health Report 2000. Kapitel 2, S.23

⁶ Vgl. Weltgesundheitsorganisation: World Health Report 2000. Kapitel 2, S.42; Kapitel 3, S.65-66

⁷ Vgl. Weltgesundheitsbericht 2000, Kapitel 3-4

⁸ Vgl. Kamiske und Brauer 2002, S.7

⁹ Vgl. Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit 2003: Intranet, EFQM in der GTZ

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, bislang gemachte Erfahrungen von vier Ländern systematisch darzustellen und ferner Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von EFQM auf den Gesundheitssektor von Ländern der EZ aufzuzeigen. Aus den ermittelten Ergebnissen werden Empfehlungen für die Einführung von QM in Gesundheitssysteme in Ländern der EZ abgeleitet und vorgestellt. In diesem Zusammenhang soll die Frage geklärt werden, inwiefern EFQM auf Gesundheitssysteme in Ländern der EZ übertragbar ist.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen in Zukunft dazu beitragen, den Einführungsprozess von QM in Gesundheitssystemen von Ländern der EZ zu verbessern. Darüber hinaus stellen die Erkenntnisse dieser Analyse eine Argumentations- und Motivationshilfe für Projektverantwortliche der GTZ dar, um die Einführung von EFQM in den Partnerländern voranzutreiben. Zu diesem Zweck werden die gewonnenen Erkenntnisse, im Auftrag der GTZ, im Verlauf dieses Jahres in Form einer Broschüre veröffentlicht. GTZ-Mitarbeitern und Entscheidungsträgern der Entwicklungszusammenarbeit stehen die Ergebnisse gesondert im Intranet der GTZ zur Verfügung.¹⁰

Im Anschluss an die Einleitung wird QM im Kontext von Gesundheit und Entwicklungspolitik beleuchtet. Als Verständnisgrundlage für die nachfolgenden Kapitel wird das EFQM-Modell vorgestellt.

Der Methodenteil beschreibt die Vorgehensweise bei der Konzeption, der Datenerhebung und beim Verfassen dieser Arbeit. Im weiteren Verlauf werden Erfahrungen der Länder El Salvador, Guineas, Kenias, Nicaraguas und Tansanias bei der Einführung von Qualitätsmanagement in den Gesundheitssektor präsentiert.

Im fünften Kapitel werden diese Ergebnisse diskutiert und anhand der neun EFQM-Kriterien strukturiert dargestellt. Das letzte Kapitel „Fazit und Ausblick“ fasst die wichtigsten Aspekte zusammen, reflektiert die Arbeit und wirft Fragen auf, die weiterführend diskutiert werden sollten.

¹⁰ Siehe Anhang: Auszug aus Produktbeschreibung 2005, S.6

2 Qualitätsmanagement im Kontext von Gesundheit und Entwicklungspolitik

Artikel 3 der *Menschenrechtskonvention zur Biomedizin* garantiert allen Menschen den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsversorgung von angemessener Qualität.¹¹

Was bedeutet „Qualität“ in diesem Kontext? Der Begriff ist seit dem Altertum bekannt und so alt wie der Begriff selbst, ist die Diskussion um seine Inhalte. Die Definition und Interpretation von „Qualität“ und „Qualitätsmanagement“ in der Fachliteratur sind vielfältig.¹²

Das US-amerikanische *Institute of Medicine* bezeichnet „Qualität“ in Bezug auf Gesundheitsversorgung als „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.“¹³

Angesichts knapper werdender staatlicher und privater Mittel verschärfen sich in Ländern der EZ Verteilungs- und Gerechtigkeitskonflikte. Dies erfordert nach Ansicht von Stückelberger das Setzen von Prioritäten. Dabei handelt es sich letztlich um Wertentscheide. Für eine ethisch fundierte Entwicklungspolitik ist entscheidend, von welchem Menschenbild sie ausgeht. Der erste Schritt zu einer werteorientierten globalen Entwicklung besteht darin, alle Entwicklungsaktivitäten an Grundwerten zu messen und zu orientieren.¹⁴

Für ein Gesundheitssystem bedeutet dies, dass Patienten ausreichende und gute Versorgung erhalten und andererseits ein begrenztes Budget effizient genutzt wird. QM kann an der Schnittstelle zwischen Ethik und Ökonomie einen wichtigen Beitrag leisten.¹⁵ QM bietet einen Ansatz, um Systeme, Organisationen, Prozesse und Abläufe zu optimieren, indem Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität aufeinander abgestimmt sind.¹⁶

¹¹ Vgl. Eser 1999, S.13

¹² Vgl. Kamiske und Brauer 2002, S.57

¹³ Vgl. Lohr 1990

¹⁴ Vgl. Stückelberger 2004, S.34-38

¹⁵ Vgl. Wehkamp 2004, In: Deutsches Ärzteblatt. Jg.101, Heft 36, S.A2374

¹⁶ Vgl. Deutsches Institut für Normung 2001, S.138

Qualitätsmanagement muss sich laut Wehkamp das heilkundliche Ethos zu eigen machen, um eine ökonomisch rationelle und zugleich menschenwürdige Medizin gewährleisten zu können. Dazu gehört „das Wohl des Patienten, daß er nicht zu Schaden kommt, daß Würde und Autonomie geachtet werden, daß Vertrauen möglich wird, daß Verschwiegenheit gewahrt wird, daß ein behutsamer Umgang erfolgt, daß Gerechtigkeit bei der Zuordnung von knappen Ressourcen geschieht.“¹⁷ Inwieweit diese Werte in den beschriebenen Ländern zur Geltung kommen fließt in die Diskussion in Kapitel fünf mit ein.

2.1 Historische Entwicklung

Der Begriff der Qualitätssicherung hat in den letzten Jahrzehnten einen Wandel erfahren. Von Qualitätskontrolle, d.h. der Endabnahme von Produkten, über Qualitätssicherung, der Verbesserung von Produktions- und Dienstleistungsabläufen, hin zu einem umfassenden Verständnis von QM. Ein umfassendes QM-System ist dadurch gekennzeichnet, dass es alle Bereiche eines Unternehmens als Unternehmensphilosophie durchdringen soll.¹⁸ Im englischen Sprachgebrauch spricht man vom *Total Quality Management (TQM)*. Inhaltlich geht TQM auf den, 1961 von dem Amerikaner Feigenbaum entwickelten Ansatz zur Qualitätskontrolle zurück. Der Japaner Ishikawa erweiterte diesen Ansatz, indem er die Mitarbeiter und die Gesellschaft auf allen Ebenen des Unternehmens stärker mit einbezog.¹⁹

Für die Umsetzung eines umfassenden QM-Konzeptes entstanden diverse Modelle. Der japanische *Deming Application Prize*²⁰ und der amerikanische *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*²¹ haben die Entwicklung des TQM entscheidend beeinflusst. Auf Grundlage des MBNQA entwickelte die *European Foundation for Quality Management* 1988 den *European Quality Award (EQA)*, der an europäische kulturelle Merkmale angepasst wurde.²²

¹⁷ Vgl. Wehkamp 2004 In: Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie, S.17

¹⁸ Vgl. Riemann 2003. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, S.193

¹⁹ Vgl. Kamiske und Brauer 2002, S.94-95

²⁰ Der Preis wurde 1951 erstmalig in Osaka verliehen. Dieser basiert auf dem modellhaften Ansatz einer qualitätsorientierten Unternehmensführung (vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S. 11).

²¹ 1988 erstmals in Washington D.C. vergeben (vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S. 12).

²² Vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S.12

Mit der Gründung der EFQM reagierten vierzehn führende europäische Unternehmen auf den zunehmenden Druck durch überwiegend asiatische Wettbewerber. Bis heute sind ca. 800 Organisationen aus den meisten europäischen Ländern und den meisten Tätigkeitsbereichen Mitglied geworden.²³

Etwa zeitgleich wurde in der Industrie seit Mitte der 80er Jahre ein systematisches Qualitätsmanagement der *International Organization for Standardization (ISO)* als Weiterentwicklung der Qualitätskontrolle entwickelt. Die Zertifizierung nach ISO hat ihren Ursprung in dem gemeinsamen Interesse von Autoproduzenten an zuverlässigen Zulieferern. Die ISO-Normen beschreiben einen Regelkreis permanenter Qualitätsverbesserungen, der sich aus Planung, Durchführung, Überprüfung und Neuplanung zusammen setzt.²⁴

Im folgenden Abschnitt wird ausschließlich auf das EFQM-Modell eingegangen, da sich die in dieser Arbeit aufgeführten Länder, bei der Einführung von QM, in erster Linie an diesem Modell orientierten.

2.2 Das EFQM-Modell für Unternehmensexcellence

Das Modell der *European Foundation for Quality Management (EFQM)* gibt eine unverbindliche Rahmenstruktur zur Einführung von QM in ein Unternehmen vor. Es beruht auf dem Zusammenwirken von neun Kriterien, die in Abbildung 1 dargestellt sind.



Abbildung 1 Das EFQM-Modell

(Quelle: EFQM 2001, S.12)

²³ Vgl. EFQM 2003: Grundkonzepte der Excellence, S.2

²⁴ Vgl. Riemann 2003, In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, S. 194

Anhand des Modells kann der Fortschritt einer Organisation bewertet werden, inwieweit ausgezeichnete Ergebnisse erzielt werden. Das Modell beruht auf folgender Prämisse: „Exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft werden durch eine Führung erzielt, die Politik und Strategie mit Hilfe der Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie der Prozesse umsetzt.“²⁵

Durch die Pfeile wird die Dynamik des Modells betont und aufgezeigt, dass Innovation und Lernen die „Befähiger“ verbessern, was wiederum zu verbesserten Ergebnissen führt. Durch die beiden Begriffe „Befähiger“ und „Ergebnisse“ werden zwei Hauptgruppen gekennzeichnet. Die Befähiger-Kriterien beschäftigen sich damit, wie eine Organisation ihre Kernaufgaben abwickelt. Anhand der „Ergebnis“-Kriterien wird ermittelt, welche Ergebnisse die Organisation erzielt hat.

Das EFQM-Modells wird mit Hilfe der sogenannten RADAR-Logik²⁶ umgesetzt. Anhand dieser Elemente werden die neun Kriterien des EFQM-Modells unterteilt und zur Bewertung der „Befähiger“-Kriterien und der „Ergebnis“-Kriterien herangezogen.²⁷ Dies erfolgt in Form einer Selbstwertung, wobei es sich um eine „umfassende, systematische und regelmäßige Überprüfung der Tätigkeiten und Ergebnisse einer Organisation“²⁸ handelt. Durch den Selbstbewertungsprozess können die Stärken und Verbesserungspotenziale einer Organisation identifiziert und daraufhin mit Hilfe von Verbesserungsplänen realisiert und deren Fortschreiten überwacht werden.

Bei hohem Reifegrad können externe Bewertungen, sogenannte Audits, wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Organisation geben. Sie ermöglichen objektivierte Vergleiche mit anderen Organisationen, die nach der gleichen Methode bewertet wurden.²⁹ In Europa basieren diese Vergleiche auf dem *European Quality Award* und in Deutschland auf seinem deutschen Pendant, dem *Ludwig-Erhard-Preis*³⁰.

²⁵ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S.5

²⁶ Das Wort setzt sich aus den Anfangsbuchstaben der Begriffe *Results* (Ergebnisse), *Approach* (Vorgehen), *Deployment* (Umsetzung), *Assessment* und *Review* (Bewertung und Überprüfung) zusammen.

²⁷ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S.5

²⁸ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S.9

²⁹ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S. 9-10

³⁰ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität 2003: Ludwig-Erhard-Preis

2.3 EFQM in der GTZ

Für ein international tätiges Unternehmen wie die GTZ besteht die Notwendigkeit, sich am Markt zu positionieren und im Wettbewerb konkurrenzfähig zu sein. Im ständig zunehmenden Wettbewerb erwarten Auftraggeber, dass ihre Anforderungen sicher, selbstständig und mit Ergebnissen erfüllt werden, die deren Erwartungen entsprechen. Qualitätsanforderungen gelten im gemeinnützigen Bereich, in dem die GTZ direkt vom Bund oder einem Bundesland beauftragt wird, ebenso wie im Drittgeschäft mit anderen Partnern.

In den 1990-er Jahren arbeitete zuerst die Gesundheitsabteilung der GTZ in einem Pilotversuch erfolgreich mit EFQM. Daraufhin wurde das Modell 2001 auf allen Ebenen des Unternehmens eingeführt- in den Abteilungen der Zentrale in Eschborn ebenso wie in den GTZ-Büros, -Projekten und -Programmen in den Partnerländern. Die GTZ ist seit Anfang 2002 Mitglied von EFQM.³¹

³¹ Vgl. Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit 2003, In: Intranet der GTZ

3 Methodisches Vorgehen

Die in der vorliegenden Arbeit präsentierten Informationen basieren auf Daten, die mittels einer Literaturrecherche und im Rahmen von Expertengesprächen ermittelt wurden.

Um ein möglichst umfassendes Bild der QM-Aktivitäten in den ausgewählten Ländern zu erhalten, wurde eine mündliche Befragung mit Experten der jeweiligen Ländern durchgeführt. Die Ergebnisse der Interviews werden in Kapitel vier in Form von Fallstudien³² systematisch vorgestellt. Diese Darstellungsform ermöglicht einen Vergleich der Länder. Dadurch soll es dem Leser erleichtert werden die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Einführung von QM in den Beispielländern nachvollziehen zu können.

Diese Vorgehensweise erschien angesichts der Rahmenbedingungen, d.h. wenig verfügbarer Publikationen über QM-Aktivitäten in den beschriebenen Ländern, als angemessene Methode zur Datenerhebung. Das fünfte Kapitel orientiert sich inhaltlich am Aufbau des EFQM-Modells. Daran wird aufgezeigt, inwiefern EFQM auf Gesundheitssysteme in Ländern der EZ übertragen werden kann.

3.1 Länderauswahl

Die Auswahl der Länder, die dieser Arbeit zugrunde liegen, erfolgte anhand folgenden Kriteriums: QM wurde mit Hilfe der GTZ in bislang vierzehn Pilotländern eingeführt. Im Gegensatz zu anderen Pilotländern verfügten El Salvador, Guinea, Nicaragua und Tansania zum Zeitpunkt der Erhebung über ausreichend Informationen und Erfahrung, um eine Aussage zum Stand der Einführung von QM zu machen. Daher wurden sie für die Analyse herangezogen.

3.2 Expertengespräch

Die in den Fallstudien generierten Informationen basieren in erster Linie auf Aussagen von GTZ-Mitarbeitern. Anhand eines zuvor erprobten Leitfadens wurden insgesamt fünf halbstandardisierte Expertengespräche geführt.

³² Als Orientierung bei der Konzeption der Fallstudien dienten wissenschaftliche Publikationen (vgl. Bart Criel 1998; Hagedorn und Weißhuhn 1995).

Bei der Konzeption des Leitfadens wurden wissenschaftlich erprobte Instrumente herangezogen.³³ Der Interviewleitfaden setzte sich aus offenen sowie geschlossenen Fragen zusammen, um neben quantitativen Daten auch qualitative Aspekte zu erheben.

Anhand des Leitfadens wurde die Ausgangssituation sowie die Motivation für die Einführung von QM in den Gesundheitssektor des jeweiligen Landes erfragt. Des Weiteren wurde ermittelt, wie die Länder bei der Einführung von QM vorgegangen sind und welche Veränderungen sich dadurch ergeben haben. Das Gespräch gab den Befragten Raum, wesentliche Erfolgsfaktoren und Widerstände frei zu formulieren. Auf diese Weise sollte das Erfahrungswissen, die sogenannten „*Lessons Learnt*“³⁴ möglichst vollständig erfasst werden.³⁵

Gesprächspartner waren Mitarbeiter und Verantwortliche von Gesundheitsprojekten der GTZ die weltweit tätig sind.³⁶ Alle Befragten hatten schriftlich oder mündlich in die Befragung eingewilligt.³⁷ Die ausgewählten Gesprächspartner haben den QM-Einführungsprozess in Gesundheitssysteme in den jeweiligen Ländern maßgeblich mit begleitet. Durch ihre langjährige Tätigkeit in den Ländern der EZ, verfügen die *Public Health* Experten über entsprechend Erfahrung, und sind somit Wissensträger in Bezug auf QM.

Die Expertengespräche wurden im Zeitraum von Dezember 2004 bis Februar 2005 durchgeführt. Mit Ausnahme zwei telefonischer Gespräche wurden alle Befragungen persönlich in der Zentrale der GTZ in Eschborn durchgeführt. Die durchschnittlich 90-minütigen Gespräche wurden schriftlich dokumentiert. Um die Evidenz der Fallstudien zu steigern, wurden diese, vor deren Veröffentlichung im Intranet, von den Verantwortlichen in den jeweiligen Ländern auf Richtigkeit hin überprüft.

³³ Vgl. WHO 2003: Health Facility Survey, American Society for Quality Management 2004; Gesundheitsförderung Schweiz 2004

³⁴ Vgl. Kapitel 4.1.4; Kapitel 4.2.4; Kapitel 4.3.4; Kapitel 4.4.4; Kapitel 4.5.4

³⁵ Siehe Anhang: Interviewleitfaden, S.22

³⁶ Siehe Anhang: Liste der befragten Experten, S.20

³⁷ Siehe Anhang: Einverständniserklärung der Befragten, S.21

3.3 Literatúrauswahl und Literatúrauswertung

Ergánzt wurde die Datensammlung durch eine Literaturrecherche. Diese bezieht sich auf wissenschaftliche Primár- und Sekundárliteratur und auf GTZ-Projektberichte, veröffentlichte Unterrichtsmaterialien, Kongressberichte sowie gezielte GTZ-Intranet- und Internetrecherchen. Die Informationen stammen überwiegend aus aktuellen Datenbanken Internationaler Organisationen und Regierungen der in dieser Arbeit beschriebenen Lánder.

Darüber hinaus fließen die Ergebnisse der Produktbeschreibung „Beratung und Ausbildung für die Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssysteme“³⁸ der GTZ in Kapitel vier mit ein.

3.4 Einschránkungen

Einschránkungen bei der Analyse ergaben sich aufgrund fehlender Vergleichsdaten aus den Jahren vor der Einführung von QM sowie durch eine teils unvollständige Dokumentation und Evaluation der QM-Aktivitäten in den beschriebenen Lándern. Aufgrund dessen können bislang nur begrenzt Veränderungen durch die Einführung von QM nachgewiesen werden. Ferner waren exakte Daten hinsichtlich finanzieller Aufwendungen für die Einführung von QM in den beschriebenen Lándern kaum verfügbar. Dies schließt eine Aussage hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Aspekts der QM-Aktivitäten, bezogen auf die Beispiellánder, aus.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte eine umfassende Erfassung aller weltweit bestehender Erfahrungen der Einführung von QM in den Partnerlándern der GTZ aufgrund des zur Verfügung stehenden Zeitpensums nicht geleistet werden. Es geht vielmehr darum, auf der Grundlage verfügbarer und zuverlässiger Informationen, die Erfahrungen bei der Einführung von QM in Gesundheitssysteme in fünf Lándern exemplarisch zu erfassen und auszuwerten.

³⁸ Autoren: Gottfried Huss, Marita Klink und Angela Schneiderhan (vgl. Anhang, S.6)

4 Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssysteme am Beispiel ausgewählter Projekte der GTZ

Im Gesundheitsbereich bietet die GTZ mit ihrem Produkt „Beratung und Ausbildung für die Einführung von Qualitätsmanagement in Gesundheitssysteme“ umfassende Leistungen an. QM wird in der Zusammenarbeit mit den Partnern eingeführt, um Dienstleistungen im Gesundheitswesen patientenorientiert zu verbessern.

Durch praxisorientierte Ausbildung und Prozessberatung werden das leitende Personal und das Fachpersonal des Distriktgesundheitswesens dazu befähigt, in unzureichende Strukturen einzugreifen, Schwachstellen zu erkennen und zu beseitigen.

Methoden und Modelle des Qualitätsmanagements werden im Rahmen der QM-Beratung an die lokalen Lebensumstände, Begriffswelten und Wertvorstellungen angepasst. Die GTZ unterstützt die Partnerländer darin, einen eigenen Qualitätsansatz zu finden und ein transparentes Qualitätssystem zu etablieren, das den örtlichen Bedingungen gerecht wird.

Den Partnerländern wird Beratung zu allen Fragen von QM als Dienstleistung angeboten, primär basierend auf dem EFQM-Modell für Unternehmensexzellenz, ergänzt durch andere Modelle und Methoden (zum Beispiel Prozessmanagement). Maßgebend sind Bedürfnisse und Ausgangssituation der Partner. Sie werden ermutigt und unterstützt, ihre Qualitätsprinzipien selbst zu definieren, sowie kontinuierlich und nachhaltig an der eigenen Verbesserung zu arbeiten.

Um Breitenwirkung und Nachhaltigkeit der kontinuierlichen Verbesserung zu erreichen, werden in vielen Ländern umfassende Standardsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Apotheken, Labors) erarbeitet und stufenweise Akkreditierungen dienen dazu, diese Fortschritte nach nationalen und internationalen Standards anzuerkennen.³⁹

³⁹ Siehe Anhang: Produktbeschreibung 2005, S.6

4.1 Qualitäts-Coachs für Verbesserungsprojekte in El Salvador

Im Zuge der Modernisierung des Gesundheitssektors El Salvadors sollte die Qualität öffentlicher Gesundheitseinrichtungen verbessert werden. QM wurde 1996 zunächst in einer Projektregion und seit 2001 landesweit in Form eines Ausbildungsprogramms eingeführt.⁴⁰

4.1.1 El Salvador im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation

Der mittelamerikanische Staat, mit der Hauptstadt San Salvador, hat 6,4 Millionen Einwohner. Die Landessprache ist Spanisch, und 80% der Bevölkerung gehört der römisch-katholischen Kirche an.⁴¹



Abbildung 2 Landkarte El Salvador
(Quelle: Central Inteligent Agent 2004)

Die Lebenserwartung beträgt bei Männern durchschnittlich 66,5 Jahre und bei Frauen 72,8 Jahre. Die Kindersterblichkeit liegt bei 35 von 1000 Geburten.⁴²

Das staatliche Gesundheitssystem in El Salvador gliedert sich in drei Versorgungsebenen: Die ambulante Primärversorgung in Gesundheitsstationen und –zentren, die stationäre Versorgung in Distriktkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Maximalversorgung in der Hauptstadt. Die Ausgaben für Gesundheit belaufen sich auf 376Tsd. Dollar pro Jahr.

Ein generelles Problem im öffentlichen Gesundheitswesen ist der mangelhafte Zugang zu Dienstleistungen vor allem für die arme Bevölkerung, ein nicht funktionierendes Überweisungssystem sowie Klagen über schlechte Qualität. Ineffizienz und Korruption, durch beispielsweise illegale Nutzergebühren, tragen ebenso dazu bei.

⁴⁰ Die in der Fallstudie dargestellten Informationen beziehen sich auf Daten, die im Rahmen eines Expertengesprächs mit Dr. Gottfried Huss erhoben wurden (Anhang: Liste der befragten Experten. S.20)

⁴¹ Vgl. Auswärtiges Amt 2004: El Salvador auf einen Blick

⁴² Vgl. WHO 2004: Countries, El Salvador

El Salvador befindet sich in einem tief greifenden politischen und wirtschaftlichen Wandlungs- und Stabilisierungsprozess. Ein jahrelanger Bürgerkrieg, dessen Folgen bis heute spürbar sind, wurde 1992 durch ein Friedensabkommen beendet. Seither bessert sich die Situation des Landes langsam. Soziale Ungerechtigkeit, Armut, Krankheiten, Gewalt, Kriminalität und Unterbeschäftigung bestehen nach wie vor fort. Die arme Bevölkerung ist von Naturkatastrophen und Epidemien besonders hart betroffen.

Nach einer Generation gescheiterter Gesundheitsreformen in Lateinamerika rückte Qualitätssicherung in den Vordergrund des Interesses der Gesundheitspolitik. In offiziellen Dokumenten bekennt sich die Regierung von El Salvador dazu, dass sie den Zugang zu öffentlichen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen und deren Qualität verbessern will. Das Gesundheitsministerium bat die GTZ, die Einführung von QM auf nationaler Ebene zu unterstützen.⁴³

Ziel des Vorhabens ist es, mit der Einführung von QM in ausgewählten Institutionen des Gesundheitssektors in El Salvador die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsdienste zu stärken. Dadurch soll die Kundenorientierung verbessert und die Effizienz der Arbeit von öffentlichen Einrichtungen gesteigert werden. Zu diesem Zweck sollen Gesundheitseinrichtungen QM anhand von EFQM einführen und sichtbar integrieren.

Zielgruppe sind Entscheidungsträger und Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Von Nutzen sind die Maßnahmen für die Bürger El Salvadors, vorrangig arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die Gesundheitsdienstleistungen nutzen.

⁴³ Vgl. Gesundheitsministerium El Salvador 2005: Modernización

4.1.2 Vorgehensweise

Im Projekt der Technischen Zusammenarbeit PASS⁴⁴ wurde das Thema QM seit 1996 in die Arbeit integriert und in Schulungen der Mitarbeiter des Basisgesundheitswesens thematisiert. Es gelang jedoch nicht, diese Erfahrungen bereits zu diesem Zeitpunkt auf die nationale Ebene zu übertragen. Daher wurde in der nächsten Projektphase der Aufbau eines nationalen QM-Ausbildungsprogramms geplant. Im Jahr 2001 wurde der QM-Diplomkurs CALSAP⁴⁵ als Teil eines abgestuften Ausbildungssystems aufgebaut, der von der Universität San Salvadors anerkannt ist.

Tabelle 1 Meilensteine bei der Einführung von QM in El Salvador (Quelle: Eigene Darstellung)

1996	Erste Ausbildungen und Qualitätszirkel in <i>Nueva Guadalupe</i>	Das CALSAP- Ausbildungsprogramm ist das zentrale Element bei der Einführung von QM in El Salvador. Die Verantwortung für das Programm obliegt dem Gesundheitsministerium. Zusätzliche Unterstützung erhält das Programm von der Gesundheitsorganisation (PAHO), der amerikanischen Hilfsorganisation (USAID) sowie der kanadischen und spanischen Kooperation.
1999	Meilensteine QM-Modellprojekte im Krankenhaus <i>Nueva Guadalupe und Santiago de Maria</i>	
2001	Erster QM-Diplomkurs CALSAP	
2002	Übernahme des CALSAP- Ausbildungsprogramms durch andere Gesundheitseinrichtungen Erster Trainerkurs sowie erstes Internationales Qualitätsforum	
2003	Intersektorale Einführung von QM (Erziehungssektor, Universitäten, Unternehmensberatungen)	
2004	Drittes Internationales Qualitätsforum (intersektoral) Erarbeitung einer nationalen QM-Strategie für den Gesundheitssektor Diskussion über Akkreditierung	

⁴⁴ Proyecto de Apoyo al Sector Salud: Projekt, das den Wiederaufbau des Gesundheitswesens in der östlichen Region El Salvadors und die Unterstützung der Gesundheitsreform zum Ziel hat (vgl. Grupo Salud GTZ 2004: Proyecto PASS)

⁴⁵ Calidad aplicada a Salud Pública: Qualitätsmanagement für Public Health (vgl. Grupo Salud GTZ 2004: Calidad en Salud El Salvador 2002-2003-2004)

Dozenten sind Mitarbeiter der GTZ sowie Referenten der PAHO und QM-Experten aus benachbarten Ländern. Die folgende Abbildung veranschaulicht, dass sich die 160-stündige Ausbildung in einen Einführungs-, Haupt- und Trainerkurs gliedert:

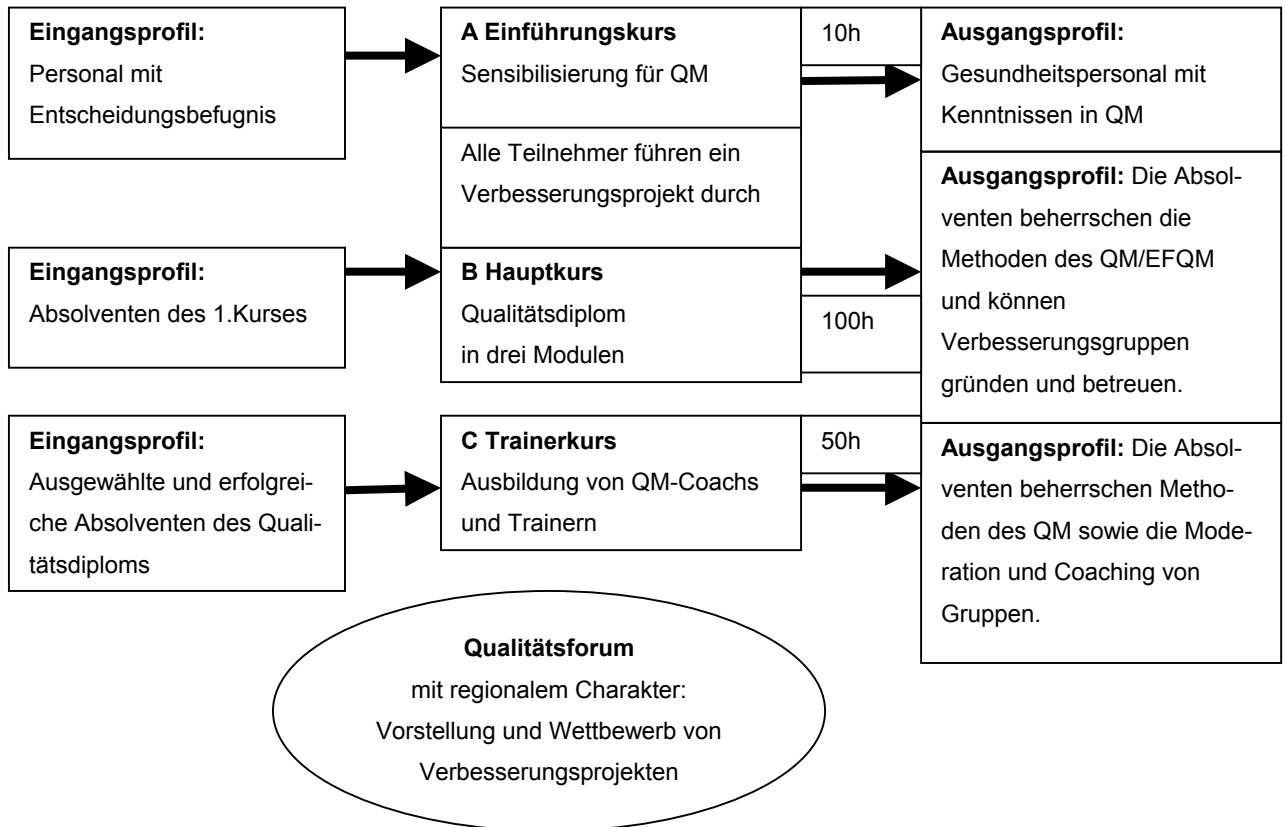


Abbildung 3 Systematik der QM-Ausbildung in El Salvador
 (Quelle: Unveröffentlichter Vortrag von Gottfried Huss in der GTZ 2004)

Der **Grundkurs** dient der Einführung in QM sowie der Sensibilisierung für EFQM und anderer Modelle. Der Kurs bietet ausreichend Gelegenheit, den Wissensstand und die Voraussetzungen der Teilnehmer zu prüfen und ggf. anzugleichen. Die Teilnehmer werden auf die Teilnahme an Verbesserungsprojekten vorbereitet.

Den **Diplomkurs** belegen ausgewählte Absolventen des Einführungskurses. In drei Modulen sollen sie sich Kenntnisse über QM-Methoden und Modelle, u.a. des EFQM aneignen, um Verbesserungsgruppen gründen und betreuen zu können. Es wird systemisches Denken vermittelt und die Anwendung von QM-Methoden geübt.

Darüber hinaus werden systemtheoretische Ansätze, Prozessmanagement, Moderation, Monitoring, Evaluierung und Prinzipien der Erwachsenenbildung diskutiert. Mehr als die Hälfte der Kurszeit wird in Gruppen gearbeitet. Der Kurs schließt mit einer Prüfung und der Vergabe eines QM-Diploms ab.

Bereits nach dem ersten Modul setzen die Absolventen die erlernten Methoden in ihren Arbeitszusammenhängen um, indem sie die erlernten Inhalte an ihre Kollegen und Vorgesetzten weitergeben und in Teams an Verbesserungsprojekten arbeiten. Daraus sind über 100 Verbesserungsprojekte hervorgegangen, die von 15 Koordinatoren kontinuierlich begleitet und unterstützt werden.

2002 wurde der erste **Trainerkurs** angeboten. Bislang wurden 21 Trainer ausgebildet. Diese sind in der Lage EFQM anzuwenden, Mitarbeiter fortzubilden und Teams in Verbesserungsprojekten als Coachs zu betreuen. Diesen Teil der Ausbildung durchlaufen besonders qualifizierte Absolventen des Diplomkurses, die sich vor allem durch ihre soziale Kompetenz und ihre Moderationsfähigkeiten auszeichnen. Moderation und Präsentation, Konfliktmanagement und Coaching sind Inhalte des Kurses, der zu 70% von den Teilnehmern selbst gestaltet wird.

Der Lehrplan wird anhand von Rückmeldungen der Kursteilnehmer kontinuierlich verbessert und Lernerfahrungen werden für das Coaching der Teams genutzt.⁴⁶

Ein weiteres Element zur Einführung von QM in El Salvador sind die, seit Herbst 2002 jährlich stattfindenden **Qualitätsforen**. Die Foren sind Höhepunkte für alle, die in QM ausgebildet wurden und an diesem Thema arbeiten. Sie dienen als Plattform, um Verbesserungsprojekte sowie internationale, wissenschaftliche Präsentationen vorzustellen und den Dialog über QM zu fördern. Die aus den Kursen hervorgegangenen Verbesserungsprojekte werden anhand von Postern vorgestellt, bewertet und zum Abschluss prämiert. Die Gewinner durften an einer Studienreise nach Costa Rica teilnehmen.

⁴⁶ Die Unterrichtsmaterialien sind im Internet veröffentlicht (vgl. Grupo de Salud GTZ 2004: Calidad en Salud El Salvador 2002-2003-2004).

4.1.3 Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement

Einer der größten Erfolge ist die Etablierung des CALSAP-Ausbildungsprogramms. Der Kurs wurde bislang fünfmal durchgeführt, wobei insgesamt über 200 Mitarbeiter des Gesundheitswesens ausgebildet und rund 500 Personen für das EFQM-Modell sensibilisiert wurden. Durch die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal konnten Prozesse vereinfacht und Abläufe optimiert werden. In Folge dessen wurde die Effizienz und die Qualität der angebotenen Leistungen nachweislich verbessert.⁴⁷

Die Einführung von QM hat darüber hinaus zu einem Aufbrechen traditioneller Hierarchien sowie zu einer kritischeren Reflexion von Rolle und Funktion staatlicher Dienstleistungen geführt. Da die Gemeinde stärker als zuvor in den Dienstleistungsprozess mit einbezogen wird, konnte auch das Bewusstsein der Kunden für Qualität gestärkt werden.

Bei vielen Projekten sind Verbesserungen seit der Einführung von QM zu erkennen:

- Im größten Kinderkrankenhaus *Benjamin Bloom* haben sich Wartezeiten aufgrund der Einführung von QM verkürzt, wodurch der Patientenfluss größer wurde. Notfälle können somit zeitnaher versorgt werden.
- EFQM dient seit 2002, in angepasster Form, als Vorlage bei der Selbstbewertung der Leistung von 27 Gesundheitseinrichtungen.
- Durch einen verbesserten Transport zum Kinderkrankenhaus Benjamin Bloom konnte seit Initiierung des Projektes die Sterblichkeit von Säuglingen beim Transporten reduziert werden.⁴⁸
- Bessere Pflege- und Hygienesdienste in staatlichen Behinderteneinrichtungen bewirken weniger nosokomiale Infektionen und eine erhöhte Zufriedenheit der Bewohner.⁴⁹

Die Kundenzufriedenheit konnte mit der Einführung von QM im Distriktgesundheitswesen in der Projektregion *Nueva Guadalupe* gesteigert werden. Dies zeigen die Ergebnisse einer Kundenbefragung.⁵⁰

⁴⁷ Vgl. Grupo de Salud GTZ 2004: *Calidad en Salud El Salvador 2002-2003-2004, El Modelo EFQM Aplicado al SIBASI*

⁴⁸ Oswaldo Revelo Castro (Kinderkrankenhaus Benjamin Bloom) 2005: Unveröffentlichter Vortrag auf einem Neonatologiekongress in Mexiko über das Projekt Neonato Critico

⁴⁹ Vgl. Regierung El Salvador 2005: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos

Tabelle 2 Ergebnisse einer Kundenbefragung in Nueva Guadalupe

(Quelle: Bran, Huss und Razeghi 2003)

	Fragen	Projektregion	Vergleich
1	Die Überweisung ist nützlich	94	27
2	Ich erhalte ausreichend Erläuterungen und Informationen über die Behandlung	93	80
3	Das Personal verfügt über fachliche Kompetenz	98	87
4	Ich werde die Einrichtung weiterempfehlen	97	83
6	Die Qualität der Gesundheitsversorgung hat sich verbessert	53	43
7	Das Personal ist freundlich	90	88
8	Ich habe Vertrauen	93	90
9	Privatsphäre wird gewahrt	95	93
10	Die Einrichtung ist geöffnet, wenn ich sie brauche	98	94
11	Ich darf frei sprechen	99	66
12	Ich kann den Zeitpunkt für meinen Termin selbst bestimmen.	26	22
13	Ich werde auf nicht wahrgenommene Kontrolltermine aufmerksam gemacht	33	11
14	Ich habe Gelegenheit, Fragen zu stellen	86	60
15	Die Einrichtung ist sauber	91	82
17	Benötigte Medikamente sind verfügbar	73	48
18	Personal ist ausreichend vorhanden	57	58

Langfristige Auswirkungen des CALSAP-Ausbildungsprogramms lassen sich gegenwärtig schwer beschreiben. QM lässt sich nicht von anderen strukturellen Maßnahmen zur Modernisierung des Gesundheitssystems trennen. Zahlreiche andere Faktoren sind ebenfalls für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und die Zufriedenheit der Nutzer verantwortlich.

⁵⁰ Vergleich der Projektregionen mit Nichtprojektregionen nach der Einführung von QM. Rund 800 Nutzer wurden im Zeitraum von 2001-2003 vom Soziologischen Institut der Universität *Centramericana* (UCA) anonym, außerhalb der Gesundheitszentren befragt.

4.1.4 „Lessons Learnt“

In El Salvador konnte erst durch das intensive nationale Trainingsprogramm der Durchbruch für QM erzielt werden. Wesentliche Erfolgsfaktoren bei der Einführung von QM auf nationaler Ebene waren die demokratische Bildung einer Koordinatorengruppe und die Abstimmung mit anderen Gebern. Der Austausch von Projekterfahrungen half, um im Kreis der Mitarbeiter anderer Programme und Projekte, die Einführung von EFQM im Land zu beschleunigen. Förderlich war außerdem das große Interesse der Leitung des Gesundheitsministeriums.

Probleme, die bei der Einführung von QM überwunden werden mussten, waren häufiger Personalwechsel auf allen Ebenen, sowie die knappen und diskontinuierlich geförderten Finanzmittel durch externe Geber.

Um Personalwechsel, Regierungswechsel oder auch Naturkatastrophen zu überstehen, ist ein gesetzlich verankertes, nationales QM-Programm erforderlich. Ein derartiges Programm muss eine einheitliche Qualitätssprache enthalten, um Konfusionen zu verhindern.

4.1.5 Ausblick

In Zukunft wird es wichtig sein, den Qualitätsplan des Gesundheitsministeriums, die etablierte Abteilung zur Qualitätssicherung, den CALSAP-Kurs und die Verbesserungsprojekte zusammenzuführen sowie Ressourcen für das nationale QM-System zu mobilisieren. Für die Konsolidierungsphase sollten spezifische Indikatoren erarbeitet werden, um die flächendeckende Wirkung des QM-Systems auf die Gesundheitsdienste nachzuweisen.

Das multidisziplinäre Team der QM-Koordinatoren und -Ausbilder repräsentiert ein einmaliges Netzwerk. Sie sind gegenwärtig dabei ihre Vorschläge in die nationale Gesundheitsstrategie des neuen Ministeriums mit einfließen zu lassen.

Potenzial liegt zudem in der Weiterführung der bereits begonnenen Süd-Süd-Kooperation zwischen den Ländern Zentral- und Südamerikas im Bereich von QM und der Akkreditierung.

4.2 Wettbewerb zur Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens in Guinea

In Guinea wird QM mit Hilfe eines Qualitätswettbewerbs eingeführt. Das Konzept ist bereits erfolgreich getestet und in weiten Teilen des Landes eingeführt. Mittlerweile ist ein grundlegender Einstellungswandel im Gesundheitswesen festzustellen.⁵¹

4.2.1 Guinea im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation



Abbildung 4 Landkarte Guinea
(Quelle: Central Intelligent Agent 2004)

Das westafrikanische Land, mit der Hauptstadt Conakry hat 8,7 Millionen Einwohner und war bis 1958 französische Kolonie. 1993 wurden erstmals demokratische Wahlen durchgeführt. Neben der Amtssprache Französisch gibt es eine Vielzahl von Nationalsprachen, die von der Mehrzahl der Menschen gesprochen wird. Über 80% der Bevölkerung sind sunnitische Muslime und nur ein geringer Anteil sind Christen oder gehören indigenen Glaubensgemeinschaften an.⁵²

Das Gesundheitswesen Guineas ist ein staatlich reguliertes Distriktgesundheitssystem. Das jährliche Gesundheitsbudget betrug 2001 durchschnittlich 13 Dollar pro Kopf. In einem Distrikt werden in der Regel 150 bis 500Tsd. Menschen durch fünfzehn Krankenstationen und einem Krankenhaus versorgt.

Die Kindersterblichkeit beträgt 163 Jungen und 153 Mädchen je 1000 Geburten. Die Lebenserwartung liegt derzeit bei 52 Jahren. Aufgrund der landesweit fortschreitenden HIV-Epidemie kann es in den kommenden Jahren zu Veränderungen der demographischen Entwicklung kommen.⁵³

⁵¹ Die in der Fallstudie dargestellten Informationen beziehen sich auf Daten, die im Rahmen eines Expertengesprächs mit Dr. Cornelius Oepen erhoben wurden (Anhang: Liste der befragten Experten. S.20)

⁵² Vgl. Auswärtiges Amt 2005: Guinea auf einen Blick

⁵³ Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2004.: Countries, Guinea

Erst 1984 führte Guinea, einige Jahre später als seine Nachbarländer, ein öffentliches Gesundheitswesen ein. So profitierte das Land von den Erfahrungen anderer Länder und schuf ein fundiertes Konzept, das mit substanziellen Investitionen verschiedener internationaler Geber unterstützt wurde. Doch mehr als eine Dekade nach dem Beginn struktureller Reformen hat sich die Situation der Armen in Guinea nicht sichtbar verbessert.⁵⁴ Trotz großer Investitionen in die Ausbildung von Gesundheitspersonal, in Infrastruktur, Ausstattung, und Krankenhausreformen sind kaum Qualitätsverbesserungen der Gesundheitsversorgung zu verzeichnen.

Zentrales Problem ist es, dass das Gesundheitsministerium und nachgeordnete Behörden derzeit noch nicht in der Lage sind, der Bevölkerung, insbesondere in den ländlichen Armutsregionen, Gesundheitsdienstleistungen in ausreichendem Qualitätsstandard anzubieten. Hinzu kommt, dass die Bevölkerung nur wenig Einfluss auf die Gestaltung und Qualität der Gesundheitsdienste nehmen kann.

Unruhen gefährdeten immer wieder die Stabilität und die Humanitäre Versorgung. Über 25 Jahre wurde die Bevölkerung bis zum Ende der sozialistischen Diktatur *Sékou Touré's* 1984 entmündigt und an der Übernahme von Verantwortung und Entwicklung von Eigeninitiative gehindert. Ein umfassendes System staatlicher Kontrolle nährt ein bis heute tief sitzendes Misstrauen gegenüber dem Staat. Weit verbreitete Schattenwirtschaft führt noch heute dazu, dass gute Politikansätze ausgehöhlt und unterlaufen werden. Zum Beispiel führen illegale Zusatzzahlungen im Gesundheitswesen zu Misstrauen der Nutzer und in Folge dessen zu geringer Nachfrage.

Ziel ist es, durch die Verbesserung der Qualität des Managements sowie der Vorsorgungsleistungen eine erhöhte, den Erfordernissen angemessene Nutzung der Gesundheitsdienste zu erzielen. In den Gesundheitsstrukturen soll eine Qualitätskultur etabliert werden, die durch Teamarbeit, Verantwortungsübernahme an der Basis und die Verwendung von QM-Instrumenten und Methoden gekennzeichnet ist.

⁵⁴ Guinea nimmt im Human Development Index Platz 160 von 177 Ländern ein (vgl. Human Development Report 2004).

Zielgruppen sind das Gesundheitsfachpersonal in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens sowie Entscheidungsträger der Gesundheitsdirektionen und der Krankenhäuser. Von dem Vorhaben profitieren soll in erster Linie die Bevölkerung der als überdurchschnittlich arm ausgewiesenen Regionen Zentralguineas.

4.2.2 Vorgehensweise

Bereits seit mehreren Jahren gibt es im Gesundheitsministerium Guineas einen QM-Beauftragten. Im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie wurden die QM-Bestandteile Supervision und Monitoring bereits vor dem Jahr 2000 durchgeführt. Allerdings blieben die erhofften Verbesserungen aus. Daraufhin wurde 2002 mit der Entwicklung des Qualitätswettbewerbs *Concours Qualité* im Gesundheitswesen begonnen.

Der *Concours Qualité* ist ein, speziell auf Guinea zugeschnittenes QM-Modell, das sich hinsichtlich des Aufbaus und der Inhalte an EFQM orientiert. Das Konzept berücksichtigt folgende sechs Dimensionen:

1. Beteiligung der Bevölkerung an Managemententscheidungen
2. Fachliches Können
3. Wirtschaftliches Verhalten
4. Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der Dienste
5. Kundenzufriedenheit
6. Kontinuierliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit

Mit Hilfe des Konzeptes sollen nicht einzelne Einrichtungen oder Projekte gefördert, sondern das Gesundheitswesen als Ganzes soll verbessert werden.

Tabelle 3 Meilensteine bei der Einführung von QM in Guinea

(Quelle: Eigene Darstellung)

2000	Gesundheitsministerium identifiziert Schwächen der Gesundheitsversorgung
2002	Entwicklung des <i>Concours Qualité</i>
2003	Erster Durchlauf des <i>Concours Qualité</i>
2004	Zweiter Durchlauf des <i>Concours Qualité</i> Planung und Entwicklung eines QM-Kurses auf nationaler Ebene

Die Umsetzung des *Concours Qualité* erfolgt in sieben Etappen:

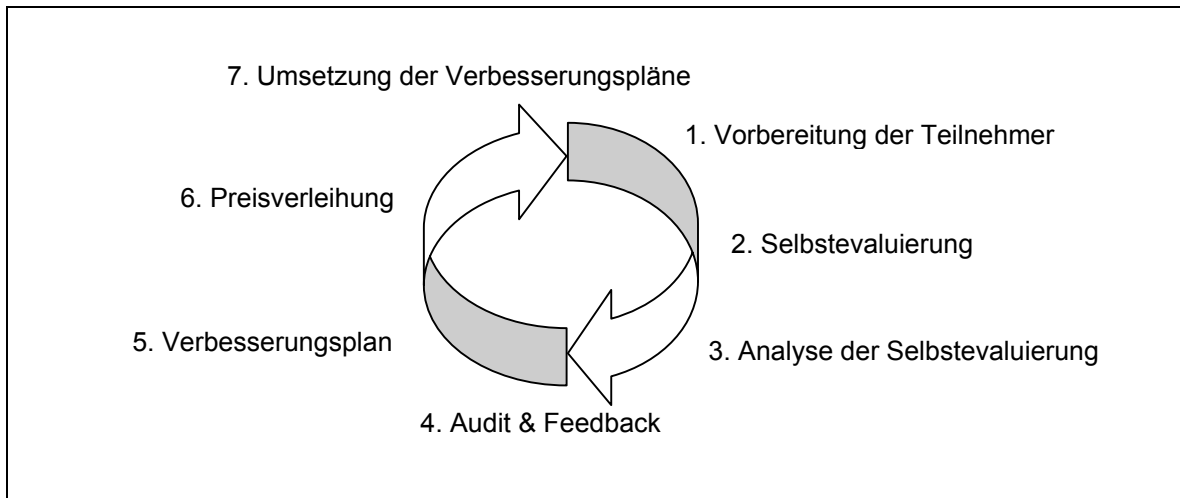


Abbildung 5 Ablauf des *Concours Qualité*

(Quelle: Eigene Darstellung)

Etappe 1: Zu Beginn erhalten alle Teilnehmer eine eintägige Schulung, um mit den Grundlagen von QM vertraut gemacht zu werden. Am *Concours Qualité* können Einrichtungen aller Versorgungsebenen freiwillig teilnehmen. In den Jahren 2003 und 2004 haben sich über 90 % der Gesundheitseinrichtungen in der Projektregion daran beteiligt.

Etappe 2: Im Rahmen einer Selbstbewertung beantwortet das 3- bis 4-köpfige Qualitätsteam innerhalb eines Monats einen standardisierten Fragebogen mit 140 offenen Fragen. Die Fragen sind je nach Adressaten unterschiedlich und betreffen die oben aufgeführten sechs Dimensionen. Mit Hilfe der Fragen wird in einem zyklischen Verfahren einmal jährlich festgestellt, wie eine Einrichtung plant, wie sie eigenverantwortlich handelt, wie sie ihre Arbeit überprüft und was sie daraus lernt, um Verbesserungen zu erzielen. Dieses Vorgehen orientiert sich am Management-Denkmodell *Plan-Do-Check-Act* von Deming⁵⁵. Das folgende Beispiel veranschaulicht die Vorgehensweise bei Durchführung der Selbstbewertung.

⁵⁵ Ein von W.E. Deming in den 50er Jahren entwickeltes Management-Programm zur ständigen Qualitätsverbesserung. Das Prinzip wird mit dem sogenannten *Plan-Do-Check-Act-Zyklus* veranschaulicht. Dieser geht davon aus, dass jeder Prozess betrachtet und als solcher schrittweise verbessert werden kann (vgl. Kamiske und Brauer 2002. S.81-84).

Aspekt: Der Patient ist verständlich und angemessen über Diagnose und Therapie informiert.

Fragetypen nach dem Deming-Modell:

PLAN Welche Aktivitäten sind vorgesehen, um den Patienten zu informieren?

DO Wie wird der Patient bisher informiert?

CHECK Wie wird ermittelt, ob und in welchem Umfang der Patient informiert ist?

ACT Was wird aus diesem Ergebnis geschlossen? Wie wird zukünftig vorgegangen?

Abbildung 6 Fragenschema zur Bewertung der Qualität

(Quelle: Concours Qualité 2003)

Etappe 3: Die Ergebnisse der Selbstevaluierung werden im Anschluss einer externen Analyse unterzogen. Zwei Auditoren bewerten die Einrichtung nach einer Punkteliste von null (QM erfährt keine Umsetzung in der Einrichtung) bis vier (perfekte Integration und Umsetzung von QM). Zu diesem Zweck wurden bislang 50 leitende Angestellte des Gesundheitswesens zu Auditoren ausgebildet.

Etappe 4: Im Anschluss an die Auswertung der Fragebögen findet in jeder teilnehmenden Einrichtung ein eintägiges externes Audit (Fremdbewertung) statt.⁵⁶ Auf Grundlage der in Etappe 3 ermittelten Ergebnisse wird die Praxis in Augenschein genommen und durch gezielte Nachfragen überprüft. Im Rahmen des externen Audits besteht die Möglichkeit Fragen zu klären, zu diskutieren und Anregungen zu Verbesserungen zu dokumentieren. Daran beteiligt sind Vertreter des Gesundheitsfachpersonals, des Reinigungs- und Verwaltungsbereiches sowie der Bevölkerung. Externe Audits stellen somit eine Art *On-the-job-Training*⁵⁷ dar.

Bei Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdbewertung wird das Gesamtergebnis entsprechend korrigiert. In einem partizipativen Verfahren wird das *Feedback* des gesamten Personals, der Bevölkerung und lokaler Autoritäten ermittelt und in die Bewertung integriert.

⁵⁶ Das Team, das die externen Audits durchführt, setzt sich aus je einem Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums, der GTZ und einer Partnerorganisation zusammen. Begleitet wird das Team von einem Mitglied des Leitungsteams des Distrikts oder der Region.

⁵⁷ Weiterbildungsmaßnahme im Rahmen der Personalentwicklung vor Ort am Arbeitsplatz

Etappe 5: Mit dem Audit ist obligatorisch die Verabschiedung eines Verbesserungsplans verbunden. Dieser Plan enthält wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität von Vorsorgemaßnahmen und von Dienstleistungen der Gesundheitsverwaltung. Identifizierte Defizite betreffen in der Regel:

- Mangelnde Kompetenz, die zu entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen führen;
- Mangel an Ressourcen, die zu gezielten Investitionen führen;
- Unklarheiten und Probleme, deren Ursache und Lösungsmöglichkeiten anhand von Aktionsforschung⁵⁸ untersucht werden.

Etappe 6: Nach Ermittlung und Veröffentlichung der Ergebnisse der Selbst- und Fremdbewertung erhält das beste Drittel eine Geldprämie und alle Teilnehmer bekommen eine Urkunde verliehen.

Etappe 7: Die GTZ und ab 2005 auch die Europäische Union, Frankreich und die Weltbank unterstützen die Teilnehmer bei der Umsetzung ihrer Jahrespläne und der darin enthaltenen Verbesserungsaktivitäten. Die Unterstützung erfolgt in Form von Fortbildungen und der Akquise von Mitteln für Investitionen. Insbesondere schwächere Teilnehmer werden eingehend beraten.

Die im Qualitätswettbewerb gewonnenen Erkenntnisse werden in einem Bericht dokumentiert und veröffentlicht. Die teilnehmenden Einrichtungen können daran sowohl aus dem Quervergleich mit anderen, als auch aus dem Vergleich mit ihren eigenen früheren Leistungen lernen. Im Sinne des *Benchmarking*⁵⁹ werden die besten Teams vorgestellt und dienen den weniger erfolgreichen Teams als Vorbild.

Beim nächsten Durchlauf des *Concours Qualité* wird der Stand der Umsetzung des, im vergangenen Jahr ausgearbeiteten Verbesserungsplans ausgewertet und gegebenenfalls mit einem Bonus prämiert.

⁵⁸ Fragestellungen, die sich beim Audit des *Concours Qualité* ergeben, werden anhand von Ursachenforschung von Studierenden der Medizin im Rahmen ihrer Abschlussarbeit aufgearbeitet und in die tägliche Arbeitsorganisation zurückgegeben.

⁵⁹ Kontinuierliche Vergleichsanalyse von Produkten, Prozessen oder Methoden des eigenen Unternehmens mit denen des besten Konkurrenten (vgl. Schneck 1994, S. 75).

4.2.3 Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement

Seit der erstmaligen Durchführung des *Concours Qualité* im Jahr 2003, wurde das Konzept flächendeckend in drei Regionen Zentralguineas eingeführt. Anschließend wurde ein Regelwerk erstellt, das als Leitfaden für die Einführung des *Concours Qualité* in Gesundheitseinrichtungen dient und Kriterien zur Beurteilung der Leistung, sogenannte Standards, enthält. Bereits nach dem zweiten Durchlauf 2004 waren deutliche Erfolge erkennbar.

Als direkten Nutzen können die Patienten der kurativen Dienste sowie die Nutzer der präventiven Dienste erwarten, dass sie entsprechend der Standards und Normen korrekt und gut behandelt werden. Dadurch hat sich das Image öffentlicher Gesundheitseinrichtungen wesentlich verbessert.

Im folgenden Abschnitt sind konkrete Beispiele aufgeführt, die durch den *Concours Qualité* 2003 initiiert, und deren wirksame Umsetzung 2004 dokumentiert wurde.⁶⁰

In Gesundheitszentren:

- Einstellung von arbeitslosen, diplomierten Hilfskrankenpflegern, um der Unterbesetzung von Gesundheitszentren zu begegnen;
- Investition des Preises aus dem Qualitätswettbewerb 2003 für Verbesserungen wie z.B. ein Verbrennungsofen für Abfälle;
- Einbeziehung der Kleinkrankenkassen in die Impfkampagnen;
- Einrichtung eines Nacht- und Wochenenddienstes durch Einstellung arbeitsloser, diplomierter Hilfskräfte aus Eigenmitteln;
- Vertragliche Vereinbarung mit Taxiunternehmern zur permanenten Bereitstellung eines Taxis vor dem Gesundheitszentrum zur Lösung der Transportfrage bei Notfällen;
- Verbesserung des Empfangs der Patienten durch Ausgabe farblich abgestimmter Karten je nach Zeitpunkt der Ankunft und Art der erforderlichen Dienstleistung;
- Übersetzung der französischen Aktivitätsberichte der Verwaltungskomitees ins Arabische;
- Auszeichnung besonders verdienstlicher Mitarbeiter durch das Verwaltungskomitee

⁶⁰ Vgl. *Concours Qualité* 2004

In Krankenhäusern:

- Besetzung auf Vertragsbasis und Bezahlung aus Eigenmitteln von dringend erforderlichen Stellen (Ärzte und Krankenpfleger/-schwestern) im Einvernehmen mit den Nutzerkomitees;
- Durchführung von Studien zum „Image“ des Krankenhauses durch die Nutzerkomitees;
- Einrichtung von drei Kleinkrankenkassen für das Krankenhauspersonal;
- Erstellung von Managementinstrumenten, wie z.B. eines Auswertungsbogens für Supervisionen der Gesundheitszentren oder eines Bewertungsrasters für das Personal;
- Auswertung und Nachverfolgung der Überweisungs- und Rücküberweisungspraxis und ihrer Akzeptanz durch die Patienten anhand von Aktionsforschung;
- Produktion und Verbreitung eines *Newsletters* über aktuelle Themen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Zudem wurden Kooperationen mit der Medizinischen Fakultät in Conakry und dem *Nationalen Institut für Öffentliches Gesundheitswesen*, die zusätzlich fachkundiges Personal für die Evaluierung zur Verfügung stellen, geschlossen.

Die Kooperation zwischen der WHO und der GTZ im Bereich Gesundheitssystementwicklung erfährt in Guinea eine konkrete Umsetzung in der Konzeptentwicklung des *Concours Qualité*. Das Schweizerische Tropeninstitut in Basel und die westafrikanische Ausbildungsinstitution CESAG in Dakar werden 2005 für die WHO Evaluierungsinstrumente entwickeln, um die Wirkungen auf Nutzer und Personal zu erheben und die Ergebnisse international verfügbar zu machen.

4.2.4 „Lessons Learnt“

Der Prozess zur Einführung von QM im Gesundheitssektor in Guinea ist in kurzer Zeit weit fortgeschritten und ist hinsichtlich der definierten Ziele durchaus erfolgreich. QM hatte auf die Mitarbeiter im Gesundheitswesen und die Vertreter der Gemeinden eine deutlich motivierende Wirkung. Mitarbeiter empfinden die Selbstevaluierung und das externe Audit weniger als Kontrolle, sondern als Chance dazu zu lernen.

Der Dialog zwischen Nutzern und Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen wird durch den *Concours Qualité* gefördert. Ebenso wird der Dialog zwischen der Versorgungsebene und den Verwaltungseinheiten auf regionaler und zentraler Ebene gestärkt.

Die wesentlichen Probleme, die zu überwinden waren, sind systembedingte Korruption und Schattenwirtschaft sowie Fahrlässigkeit einerseits und Kompetenzüberschätzung andererseits. QM führt innerhalb erstarrter hierarchischer Strukturen zu Machtverlusten, verbunden mit entsprechenden Ängsten. Diese lösen massive Gegnerschaft Einzelner und von Interessengruppen aus. Die Bekanntgabe der Ergebnisse in einer Rangliste wird nach wie vor kontrovers diskutiert, da diese bei vielen Beteiligten Unverständnis und Neid auslöst.

Der Zielerreichungsgrad mittelfristiger Ziele konnte in der kurzen Zeit bislang nicht belegt werden. Ergebnisse der Untersuchungen durch das Schweizer Tropeninstitut werden frühestens im ersten Quartal 2005 eine Aussage darüber machen können, ob sich der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, die Behandlung von Patienten und die Kundenzufriedenheit verbessert hat und ob die Nachfrage tatsächlich gestiegen ist.

Der *Concours Qualité* kann für andere Länder mit Distriktgesundheitssystemen als Beispiel dienen. Die Aktivitäten sind einfach und kostengünstig durchzuführen. Sie können in kurzer Zeit an länderspezifische Bedingungen angepasst werden. 2005 startet daher ein Versuch, den *Concours Qualité* auf das marokkanische Gesundheitswesen zu übertragen.

4.2.5 Ausblick

Geplant ist für die Jahre 2005 bis 2007 eine zunächst jährliche Wiederholung des Wettbewerbs, um eine „Qualitätskultur“ zu etablieren. 2006 soll die Einführung von QM auf zwei Drittel des Landes und langfristig auf das ganze Land ausgeweitet werden.

QM ist bislang noch nicht gesetzlich verankert. Doch zu diesem Zweck wurde im November 2004, auf Ebene des Gesundheitsministeriums, eine nationale Qualitätskommission eingerichtet.

Ab 2006 ist an die Einführung eines nationalen QM-Kurses gedacht, an dem auch andere Länder teilnehmen können. Genaue Informationen hierzu werden im Laufe des Jahres erarbeitet und bekannt gegeben.

4.3 Entwicklung und Einführung eines kenianischen Qualitätsmodells

Um Qualität als permanentes Merkmal in das Gesundheitssystem Kenias zu implementieren, wurde das *Kenian Quality Modell (KQM)* entwickelt. Für die Umsetzung stehen Standards und Beurteilungswerkzeuge zur Verfügung.⁶¹

4.3.1 Kenia im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation



Abbildung 7 Landkarte Kenia
(Quelle: Central Intelligent Agent 2004)

Die präsidenten-demokratische Republik Kenia hat 31,5 Mio. Einwohnern, dessen Hauptstadt Nairobi ist. Die Mehrheit gehört christlichen Konfessionen an, 20% dem Islam und 10% Naturreligionen oder Minderheiten von Juden und Hindus. Die Landessprache ist Kiswaheli und Englisch. Daneben werden über dreißig afrikanische Sprachen gesprochen.⁶²

Das Pro-Kopf-Einkommen beträgt in Kenia ca. 350 USD. Die Alphabetisierungsquote liegt bei 82 % und die Armutquote bei 55,4 % (2001).

Frauen haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 45, Männer von 44 Jahren. Die Kindersterblichkeit pro 1.000 Geburten beträgt in den ersten fünf Jahren 116. Pro 10.000 Einwohner stehen 15 Krankenhausbetten zur Verfügung, auf 7.575 Einwohner kommt ein Arzt.⁶³

Ungefähr die Hälfte der Gesundheitseinrichtungen sind in öffentlicher Hand. Das staatliche Gesundheitswesen untergliedert sich in drei Versorgungsebenen auf nationaler, Provinz- und Distriktebene.

⁶¹ Die in der Fallstudie dargestellten Informationen beziehen sich auf Daten, die im Rahmen eines Experten-gesprächs mit Dr. Michael Adelhardt erhoben wurden (Anhang: Liste der befragten Experten. S.20)

⁶² Vgl. Auswärtiges Amt 2005: Kenia auf einen Blick

⁶³ Vgl. WHO 2004: Countries, Kenya

Bereits 1999 wurde die Einführung von QM in die nationale Gesundheitsstrategie aufgenommen. Ziel ist es, einerseits ein Minimum an Qualitätsstandards im Gesundheitswesen zu sichern, und andererseits knappe Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen effektiv zu nutzen.

Tabelle 4 Öffentliche Gesundheitseinrichtungen in Kenia
(Quelle: Gesundheitsministerium Kenia 2005)

Krankenhäuser	109
Gesundheitszentren	460
Apotheken	1537
Pflege- und Entbindungsheime	0
Medizinische Zentren	43
Total	2149

4.3.2 Vorgehensweise

Seit 2001 war im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie die Einführung von QM auf allen Ebenen des Gesundheitssystems geplant. Für die Umsetzung standen im kenianischen Gesundheitsministerium jedoch weder technische Kapazitäten noch finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Erst durch das *Kenyan Family Health Programme*⁶⁴ standen erstmalig Mittel für QM zur Verfügung.

Zu Beginn wurde mit technischer Unterstützung der GTZ gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium und direkt beteiligten Entwicklungspartnern ein Arbeitsplan erstellt, der konkrete Vorschläge zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsstrategie vorlegte. Im Vordergrund stand der Aufbau einer zentralen Einheit im Gesundheitsministerium, dem *Department of Standards and Regulatory Services (DSRS)*. Nach einer zweiwöchigen Schulung in Qualitätsmanagement der Führungskräfte wurde anschließend mit der Entwicklung eines landeseigenen Qualitätssystems, dem *Kenya Quality Model (KQM)* begonnen.

KQM bildet einen umfassenden Ansatz, um QM in das kenianische Gesundheitssystem einzuführen und eine Qualitätskultur zu fördern.⁶⁵

⁶⁴ Vgl. Kenyan Family Health Programme 2004

⁶⁵ Vgl. Department of Standards and Regulatory Services 2002

KQM basiert auf drei wesentliche Elemente:

1. Evidenzbasierte Medizin (EBM)
2. *Total Quality Management* (TQM)
3. *Patient Partnership* (Patientenpartnerschaft)

Evidenzbasierte Medizin kommt bei der Entwicklung von klinischen und Public-Health-Standards zum Tragen. Eine bislang auf wenige Kriterien beschränkte *Master Checkliste*, die im nationalen Strategieplan enthalten war, wurde überarbeitet und als wesentlicher Bestandteil in KQM integriert.

Das TQM-Element von KQM baut auf dem *Structure-Process-Outcome-Modell* auf. In Anlehnung an EFQM werden Gesundheitsstrukturen, Kernprozesse und erwartete Ergebnisse modellhaft abgebildet.

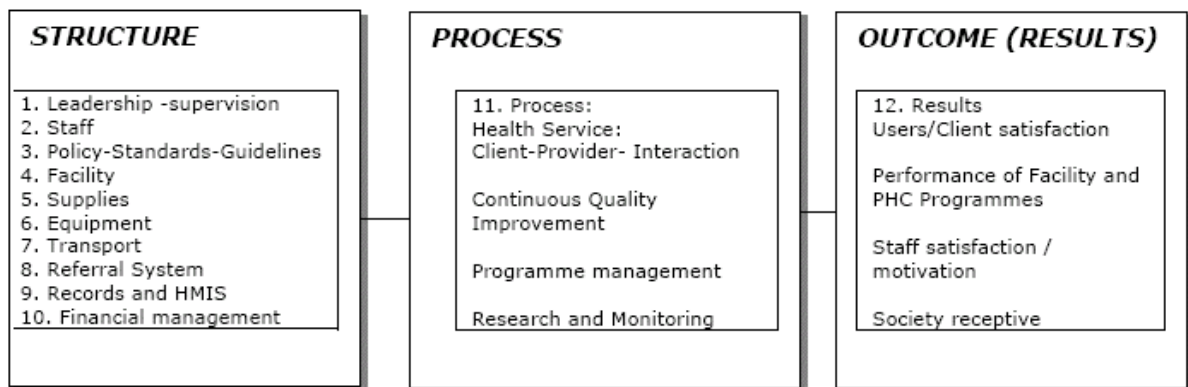


Abbildung 8 Dimensionen von KQM

(Quelle: Kenian Quality Framework 2002)

Die Gesundheitsstruktur wird im KQM in zehn Dimensionen erfasst: Führung, Mitarbeiter, Politik, Standards und Richtlinien, Gesundheitseinrichtungen, Medikamente und medizinische Geräte, Fuhrpark und Logistik, Überweisungssystem, Daten- und Informationssystem und Finanzmanagement. Zu jeder Dimension gibt es auf nationaler Ebene vereinbarte Kriterien, die Erwartungen an die Gesundheitsdienste beschreiben.

Beispiel
<u>Zu 3. Politik, Standards und Richtlinien</u>
3.1. Standards und Richtlinien zur medizinischen Versorgung sind in den Gesundheitseinrichtungen vorhanden und zugänglich. Die Inhalte sind dem Gesundheitspersonal bekannt und werden von diesem konsequent angewandt.
3.2. Ein jährlicher Arbeitsplan für die angebotenen Gesundheitsdienste und Public-Health-Programme ist vorhanden und wird zeitnah umgesetzt. Der Inhalt des Plans ist konform mit der kenianischen Gesundheitspolitik und -strategie.
3.3 Der Plan basiert auf Bedarfserhebungen und Daten des Gesundheitsinformationssystems. Er berücksichtigt die Rechte der Patienten/Kunden und beinhaltet die Perspektiven der Nutzer von Gesundheitsdiensten und der Gemeinden.

Abbildung 3 Kriterium zur Qualitätsbemessung im KQM

(Quelle: Kenyan Health Standards, S.12)

Das dritte Element von KQM sieht die aktive Beteiligung von Patienten und Gemeinden vor, indem sie mit Standards vertraut gemacht werden. Dadurch können sie stärker in den Prozess der Anpassung und Verbesserung der Gesundheitsdienste einbezogen werden. Die Bedürfnisse der Patienten und Gemeinden nehmen bei KQM eine besondere Stellung ein.

Tabelle 5 Meilensteine bei der Einführung von QM in Kenia (Quelle: Eigene Darstellung)

1999	QM wird in die nationale Gesundheitsstrategie aufgenommen.	Um Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit KQM vertraut zu machen fanden landesweit sieben dreitägige Schulungen statt. Eine zentrale Stellung in der Ausbildung nahm die <i>Master Checkliste</i> ein, anhand der Mitarbeiter selbst im Rahmen einer Selbstbeurteilung Schwächen und Verbesserungspotentiale identifizieren sollen. Ein praktischer Teil der Ausbildung sah den Besuch eines Krankenhauses vor, um die <i>Master Checkliste</i> probeweise anzuwenden.
2001	Entwicklung von KQM 7 Sensibilisierungsworkshops Entwicklung und Durchführung eines 3-tägigen KQM-Trainingskurses Erster nationaler Qualitätskongress	
2002	Entwicklung von KQM-Software	
2003	Zweiter Qualitätskongress in Nairobi	
2004	Umsetzungslücke; wenige KQM-Aktivitäten	
2005	Besuch einer WHO-GTZ-Gutachtermission zu KQM	

Schon vor der Entwicklung des kenianischen Qualitätsmodells sah die Gesundheitsstrategie die Ausbildung von Gesundheitsinspektoren, sogenannte *Health Service Inspectors* vor. Sie verifizieren die Selbstbeurteilungen der Gesundheitseinrichtungen anhand der *Master Checkliste* und leiten diese Daten an das Gesundheitsministerium weiter. Als Agenten des DSRS spielen sie eine entscheidende Rolle bei der Einführung einer Qualitätskultur.

In den Jahren 2001 und 2003 fanden nationale Qualitätskongresse statt. Dort hatten sowohl Gesundheitsarbeiter im privaten und öffentlichen Sektor als auch verschiedene Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit die Möglichkeit, sich über KQM zu informieren, und auch eigene Beiträge zu Qualitätsverbesserung vorzustellen.⁶⁶

4.3.3 Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement

Eine der entscheidenden Veränderungen ist, dass das Thema Qualität in die nationale Gesundheitsagenda aufgenommen wurde. Auf Landesebene wurde KQM in ungefähr 50 ausgewählten Gesundheitseinrichtungen eingeführt und bewertet.

Eine systematische Evaluierung von KQM hat bisher nicht stattgefunden. Obwohl KQM als taugliches Qualitätssystem eingeschätzt wird und manche Gesundheitseinrichtungen inzwischen ein Basiskenntnis des Modells besitzen, deuten Stichproben an, dass die Einführung einer Qualitätskultur und konkrete Verbesserungen der Qualität der Gesundheitsdienste noch ausstehen.

Die Umsetzungslücken können verschiedene Gründe haben. Nach der Entwicklung des KQM standen beispielsweise wenig Mittel und kontinuierliche technische Unterstützung zur flächendeckenden Einführung zur Verfügung. 2004 fanden mangels finanzieller und technischer Ressourcen kaum KQM-Aktivitäten statt.

Als positive Entwicklung anzusehen ist die Integration von KQM in die Arbeit der nationalen sozialen Krankenversicherung.⁶⁷ KQM soll dazu genutzt werden, die Qualität der Leistungen der unter Vertrag stehenden Gesundheitseinrichtungen zu beurteilen.

⁶⁶ Vgl. Department of Standards and Regulatory Services 2003

⁶⁷ Vgl. National Hospital Insurance Fund 2005

Newsletter berichteten regelmäßig über Erfahrungen bei der Einführung von QM und Qualitätsverbesserungen in der Gesundheitsversorgung, veröffentlichten Gesetzesänderungen, neue Forschungsergebnisse sowie Stellungnahmen verschiedener Distrikte.

4.3.4 „Lessons Learnt“

Von wesentlicher Bedeutung waren die Bereitschaft der Partnerseite, ein Qualitätssystem einzuführen, und die Bereitstellung finanzieller und technischer Ressourcen im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit.

Die von Gesundheitsinspektoren vorgenommenen Fremdbewertungen sind nur als punktuelle Maßnahmen und Interventionen wahrgenommen worden. KQM scheint infolgedessen auf der Dienstleistungsebene noch nicht ausreichend umgesetzt zu sein. Die meisten Qualitätsteams sind derzeit nicht mehr aktiv, was auf mangelnde Führung und Nachverfolgung im kontinuierlichen Verbesserungsprozess zurückzuführen ist.

Gegenüber der Einführung von QM besteht eine spürbare Abneigung, die zum Teil auf das mangelnde Verständnis von QM allgemein und der *Master Checklist* zurückzuführen ist. Der Besuch eines Gesundheitsinspektors wird vom Gesundheitspersonal oftmals als Kontrolle und nicht als Unterstützung angesehen. Dies ist sicherlich auch dadurch bedingt, dass die Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtungen nach dem Besuch des Gesundheitsinspektors keinerlei Rückmeldung bekommen.

4.3.5 Ausblick

KQM muss in Zukunft weiter gestärkt, entwickelt und an die Bedingungen im Land angepasst werden. Kontinuierliche Unterstützung auf nationaler Ebene und technische Zusammenarbeit sind notwendig, damit KQM besser verstanden und konsequent angewandt wird. Um eine Qualitätskultur im kenianischen Gesundheitssystem einzuführen sind die Anwendung der Standards und die kontinuierliche Begleitung in Form von Coaching unerlässliche Voraussetzungen. Um die Qualität der Audits zu verbessern, sollten Gesundheitsinspektoren zu Qualitätscoachs weitergebildet werden. Ihre Kompetenzen in Gruppenarbeit, Konfliktmanagement und Führung sollten stärker gefördert werden.

4.4 Praxisorientierte Qualitätskultur in den Gesundheitszentren Nicaraguas

Um die Qualität im Basisgesundheitswesen Nicaraguas zu verbessern, wird seit 2000 eine Ausbildung in Qualitätsmanagement für Gesundheitspersonal durchgeführt. QM wurde anhand einer praxisnahen Methode landesweit mit Erfolg etabliert und es hat sich eine lebendige Qualitätskultur entwickelt. Im folgenden Kapitel wird die Vorgehensweise in Nicaragua erläutert und die Ergebnisse vorgestellt, die durch die Einführung von QM erzielt wurden.⁶⁸

4.4.1 Nicaragua im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation



Abbildung 10 Landkarte Nicaragua
(Quelle: Central Intelligent Agent 2004)

Die mittelamerikanische Republik Nicaragua hat 5,48 Millionen Einwohner. Die Hauptstadt ist Managua, in dessen Distrikt ein Viertel der Bevölkerung lebt. Die Mehrheit ist römisch-katholisch (80%). Neben der Landessprache Spanisch werden Kreolisch⁶⁹ sowie verschiedene Indiosprachen gesprochen.⁷⁰

Die Lebenserwartung beträgt durchschnittlich 70,1 Jahre. Die Kindersterblichkeit liegt bei 35 von 1000 Geburten. Die Ausgaben für Gesundheit pro Jahr belaufen sich auf 158Tsd.

Dollar. Dies entspricht 7,8 % des Bruttosozialprodukts.⁷¹

Die Basisversorgung des staatlichen Gesundheitssystems in Nicaragua erfolgt in ambulanten Gesundheitszentren und 32 Krankenhäusern mit stationärer Versorgung. Ein Teil der Gesundheitsversorgung wird auch von privaten Leistungsanbietern erbracht.⁷²

⁶⁸ Die in der Fallstudie dargestellten Informationen beziehen sich auf Daten, die im Rahmen eines Expertengesprächs mit Dr. Helga Piechulek erhoben wurden (Anhang: Liste der befragten Experten. S.20)

⁶⁹ Englisch, das im karibischen Raum gesprochen wird

⁷⁰ Vgl. Auswärtiges Amt 2005: Nicaragua auf einen Blick

⁷¹ Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2005. Countries, Nicaragua

⁷² Vgl. Gesundheitsministerium Nicaragua 2004

Im Jahr 1999 hat die Gesundheitsdirektion des größten Distriktes Managua die GTZ um technische Assistenz bei der Entwicklung einer Methode gebeten, um die Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen systematisch zu verbessern.

Ziel ist es, die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern, indem diesbezüglich Bewusstseins- und Verhaltensveränderungen des Gesundheitspersonals bewirkt werden sollen.

Zielgruppe ist in erster Linie das in Gesundheitszentren beschäftigte Personal und Entscheidungsträger auf allen Ebenen.

4.4.2 Vorgehensweise

Mit Hilfe eines Beraters wurde nach eingehenden Gesprächen auf Distrikt- und Projektebene der erste Entwurf eines Leitfadens ausgearbeitet und die Stufen der Einführung von QM beschrieben. Dieser Entwurf wurde in vier Gesundheitszentren getestet und von PRO-SIM⁷³, einem Gemeinschaftsprojekt der GTZ mit dem Gesundheitsministerium, mehreren Revisionen unterzogen.

Im November 2001 wurde die Einführung des Ansatzes *Förderung einer Qualitätskultur in Gesundheitszentren* auf Landesebene durch das Gesundheitsministerium autorisiert. Die Methode zielt darauf ab, systematisch und kontinuierlich die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern. Sie integriert hierbei die neun EFQM-Kriterien: Führung, Personal, Politik und Strategie, Allianzen und Ressourcen, Prozesse, Ergebnisse beim Personal, bei den Kunden und in der Gesellschaft sowie Schlüsselergebnisse. Das praxisorientierte Manual⁷⁴ folgt der Philosophie des eigenständigen Lernens und berücksichtigt Vorgaben des Ministeriums, die autodidaktisches Lernen fördern.

In den Jahren 2001 und 2002 wurde in sechs Distrikten mit der Einführung in Gesundheitszentren begonnen. Seit 2002 wurde der Prozess außer von der GTZ auch von andern Organisationen, wie beispielsweise der PAHO, finanziell und personell unterstützt.

⁷³ Promoción de la Salud Integral de la Mujer: Von der GTZ initiiertes Projekt zur Förderung der integralen Gesundheit der Frau in Nicaragua.

⁷⁴ Ausführliche Bedienungsanleitung in Form eines Handbuchs

Tabelle 6 Meilensteine bei der Einführung von QM in Nicaragua

(Quelle: Eigene Darstellung)

1999	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anfrage nicaraguanischer Behörden nach technischer Assistenz ➤ Testen des Ansatzes in vier Gesundheitszentren in Managua
2000	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erstes Qualitätsforum auf nationaler Ebene
2001	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung von QM in Gesundheitszentren im Projektgebiet ➤ Veröffentlichung des Leitfadens zur Förderung einer Qualitätskultur ➤ Autorisierung durch das Gesundheitsministerium für die landesweite Einführung
2002	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung in Gesundheitszentren außerhalb des Projektgebiets ➤ Beginn der Kooperation mit Universitäten ➤ Einführung auf der Verwaltungsebene der Gesundheitsdistrikte
2003	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung in 13 Distrikten des Landes ➤ Erstes Qualitätsforum auf Distriktebene
2004	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung in 17 Distrikte des Landes ➤ Testen der Methode in zwei Krankenhäusern ➤ Zweites nationales Qualitätsforum mit internationalen Experten
2005	<ul style="list-style-type: none"> ➤ QM ist in 9 Verwaltungen auf Distriktebene eingeführt ➤ Anpassung des Leitfadens an die Situation von Krankenhäusern ➤ Aufnahme in das Curriculum von Universitäten geplant

Bis zum Jahr 2005 wurde QM in allen 17 Distrikten des Landes in 106 Gesundheitszentren und vier Gesundheitsposten eingeführt. Die Ausweitung auf Distriktkrankenhäuser erfolgt ab Februar 2005.

Zusammen mit der Personalabteilung des Gesundheitsministeriums wurde der Leitfaden 2002 an den Verwaltungsbereich angepasst und seither schrittweise in den administrativen Bereich der Distriktgesundheitsverwaltungen eingeführt.

Die Einführung erfolgt anhand einer **Ausbildung** des Gesundheitsfachpersonals mit Hilfe des Leitfadens *Promoviendo una Cultura de Calidad en las Instituciones de Salud del Primer Nivel de Atención*⁷⁵. Die Kurse umfassen zehn, jeweils vierstündigen Module an denen 20 bis 25 Personen teilnehmen.

Die Gesundheitszentren bewerben sich freiwillig um die Teilnahme. Mit der Bewerbung verpflichten sich die Direktoren der Gesundheitseinrichtungen die Einführung von QM zu unterstützen und die Mitarbeiter für die Zeit der Ausbildung sowie Umsetzung von Verbesserungsprojekten freizustellen.

⁷⁵ Vgl. Machado und Piechulek 2001

Tabelle 7 Schulungsinhalte

(Quelle: Machado und Piechulek 2001)

Einheit	Schulungsinhalte
1	Change Management (Förderung des Veränderungsgedankens)
2	Rolle der Kunden im Veränderungsprozess
3	Programme integrierter Gesundheitsversorgung
4	Qualität der Programme
5	Qualitätsprobleme
6	Selektion, Gewichtung der Qualitätsprobleme
7	Qualitätszirkel
8	Ursache von Problemen
9	Lösungsstrategien
10	Monitoring & Evaluierung

Einer der ersten Implementierungsschritte ist die Gründung eines Qualitätskomitees in den Gesundheitseinrichtungen, in dem jeweils ein Mitglied der Bevölkerung vertreten ist. Aufgabe der sogenannten *Facilitadores*⁷⁶ ist es, Qualitätszirkel zu gründen, um Problemkomplexe in den Einrichtungen zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Anhand eines **Monitoringsystems** wird der Fortschritt der Gesundheitseinrichtungen bei der Einführung von QM gemessen. Im ersten Bericht wird die Einführung der Methode detailliert beschrieben.

Im Fortschrittsbericht informiert die Gesundheitseinrichtung alle drei Monate die Distriktgesundheitsdirektion über Fortschritte und Hindernisse sowie darüber, welche Aktionen, Instrumente und Techniken zur Verbesserung verwendet wurden.

Außerdem werden die Ergebnisse der mindestens jährlich durchgeführten Studien zur Personal- und Patientenzufriedenheit beschrieben.

⁷⁶ Menschen, die zu einem bestimmten Zweck ausgebildet wurden, um Wissen und Fertigkeiten an andere weiter zu geben.

Anhand eines einheitlich vorgegebenen Formulars wird eine **Supervision** durchgeführt. Dabei wird überprüft, ob das Qualitätskomitee und die -zirkel funktionieren, welche Ergebnisse erreicht wurden, welche Maßnahmen auf die Resultate der Befragungen hin ergriffen wurden und wie sich die Zufriedenheit von Personal und Patienten verändert hat.

In vier Distrikten wurden in den Jahren 2003 und 2004 **Qualitätsforen** organisiert, im Rahmen dessen die Einrichtungen sowie Vertreter aus El Salvador und Costa Rica ihre Erfahrungen bei der Einführung von QM präsentierten und anschließend veröffentlichten.⁷⁷ An den Foren nahmen der Gesundheitsminister, mehr als 100 Teilnehmer von Universitäten, Vertreter der internationalen und bilateralen Kooperation und Direktoren aus den verschiedenen Distrikten teil.

Das Projekt kooperiert zudem seit 2002 mit verschiedenen Universitäten. So wurde der Einführungsprozess 2002 durch eine Master Thesis in *Public Health* begleitet und seit 2004 hören die Studierenden im fünften Studienjahr Medizin an der Universität UNAN⁷⁸ Leon eine Vorlesung über die Methodologie der Qualitätskultur. Im sechsten Jahr nehmen die Studierenden während eines zweimonatigen Praktikums zum Basisgesundheitswesen in den Gesundheitszentren an den Qualitätszirkeln teil.

Für die Masterstudiengänge *Public Health* an der UNAN in Leon und Reproduktive Gesundheit an der UNAN in Managua wird derzeit ein Curriculum von acht Lehrstunden über Qualitätsmanagement ausgearbeitet, das im Bereich Management des Lehrplans integriert wird.

4.4.3 Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist mittlerweile im *Nationalen Strategieplan für Gesundheit* gesetzlich verankert.⁷⁹ Inzwischen gibt es mehr als 400 ausgebildete *Facilitadores* und 2.856 weitergebildete Angehörige des Gesundheitspersonals in allen Distrikten des Landes.

Auf der Ebene des Basisgesundheitswesens haben 110 Gesundheitszentren und -posten QM eingeführt. Es wurden insgesamt 197 Qualitätszirkel gebildet.⁸⁰ Durch die Gruppenar-

⁷⁷ Vgl. Baretto Arias 2004

⁷⁸ Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua

⁷⁹ Vgl. Gesundheitsministerium Nicaragua 2005

⁸⁰ Die Ergebnisse der Verbesserungsprojekte wurden veröffentlicht (vgl. Solís 2004).

beit innerhalb der Qualitätszirkel war eine Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen unter dem Personal seit der Einführung von QM zu beobachten. Auch der Dialog mit Partnern wurde gestärkt, indem Partnerschaften mit Kirchen und Gärtnereien geschlossen wurden, um Verbesserungsprojekte zu finanzieren.

Neu entstanden ist im Zusammenhang mit der Einführung von QM ein epidemiologisches Monitoringsystem, dessen Daten regelmäßig veröffentlicht werden. Bei den aggregierten Indikatoren wird angenommen, dass neben anderen Faktoren die Einführung von QM wesentlich zur Verbesserung beigetragen hat.

Tabelle 8 Veränderung von Indikatoren der Gesundheitsversorgung in Nicaragua von 2000 -2003
(Quelle: Solís 2004)

Indikatoren	Beispiele (Jahr)
Wartezeit in der Sprechstunde	Gesundheitszentrum <i>Mantica Berio</i> : von durchschnittlich 4,5 (2002) auf 1,5 Stunden (2003)
Eingliederung der Schwangeren ins Vorsorgeprogramm (im 1. Trimenon)	Gesundheitszentrum <i>Mantica Berio</i> : von 51 % der Schwangeren (2002) auf 64 % (2003)
Müttersterblichkeit	Gesundheitszentrum <i>Francisco Buitrago</i> : von 5 Todesfällen (2000) auf 1 (2003) (bei unveränderter Fallzahl)
Perinatale Sterblichkeit	Gesundheitszentrum <i>San Lorenzo</i> : von 11 Todesfällen (2002) auf 7 (2003) (bei unveränderter Fallzahl)
Neonatale Sterblichkeit	Gesundheitszentrum <i>Francisco Buitrago</i> : von 66 Todesfällen (2000) auf 39 (2003) (bei unveränderter Fallzahl)
Impfabdeckung (Polio) von Kindern unter 5 Jahren	Gesundheitszentrum <i>Mantica Berio</i> : von 67 % (2002) auf 82 % (2003)
Überweisung von Risikoschwangerschaften	Gesundheitsposten <i>Primero de Mayo</i> : von 7 Überweisungen in den ersten drei Monaten auf 33 in den letzten drei Monaten (2003)

4.4.4 „Lessons learnt“

Eine Qualitätskultur konnte nur dann erfolgreich etabliert werden, wenn die Leitung einer Gesundheitseinrichtung diesen Prozess befürwortete. Dabei hat sich die schriftliche Verpflichtung des Direktors den Prozess zu unterstützen als sinnvoll erwiesen.

Die Gründung eines, auf Dauer angelegten Qualitätskomitee war sinnvoll, um die Einführung von QM zu begleiten und nachhaltig zu sichern. Ein Erfolgsfaktor war es, das gesamte Personal frühzeitig für den geplanten Prozess der Qualitätsverbesserung zu sensibilisieren. Dabei hat sich die Identifikation des Personals mit einem gemeinsam ausgearbeiteten Leitspruch als nützlich erwiesen. Durch die Zusammenarbeit von Mitarbeitern mit unterschiedlichen Profilen und Positionen in Qualitätszirkeln wurden Hierarchien durchbrochen und das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt.

Der Vorteil der hier beschriebenen Methode ist, dass zu Beginn geringe Ressourcen von außen, wie z.B. Ausbildungsmaterialien, benötigt werden. Doch die Bedingungen, unter denen die Umsetzung von QM erfolgte, waren schwierig. Mangelnde finanzielle und materielle Ressourcen in den Gesundheitseinrichtungen führen zu dauerhafter Frustration bei den Beteiligten und erschweren den Einführungsprozess von QM.

4.4.5 Ausblick

Das Weiterleben einer Qualitätskultur in Nicaragua scheint zum einen dadurch gesichert, dass die Regierung die landesweite Einführung der Methode autorisiert hat, und die Personalentwicklungsabteilung des Gesundheitsministeriums mit der Durchführung betraut ist. Das im Mai 2003 verabschiedete Gesetz *Ley General de Salud* erklärt im Artikel 122 die Förderung einer Qualitätskultur zur Aufgabe des Gesundheitsministeriums.⁸¹

Zum anderen sind viele Angehörige des Gesundheitswesens geschult worden. Sie lernten QM auf allen Ebenen kennen, erlebten die Einführung eines Monitoringsystems sowie die Integration in die Lehrpläne der Universitäten.

⁸¹ Vgl. Gesundheitsministerium Nicaragua 2004: Documento Conceptual del Plan Nacional De Salud

4.5 Musterplan für moderne Wege des Qualitätsmanagements in Tansania

Nach einem erfolglosen Versuch die Qualität von Basisgesundheitsseinrichtungen in Tansania anhand von Fragebögen zu bewerten, wurde seit 2002 an der Entwicklung eines modernen Konzeptes zur Einführung von QM in das Gesundheitssystem in Tansania gearbeitet. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre sowie das Konzept werden im Folgenden vorgestellt.⁸²

4.5.1 Tansania im Überblick: Basisdaten und Ausgangssituation



Abbildung 11 Landkarte Tansania
(Quelle: Central Intelligent Agent 2004)

Die Vereinigte Republik Tansania, mit der Hauptstadt Dodoma (Regierungssitz: Dar es Salaam), liegt im Osten Afrikas und hat 34,5 Millionen Einwohner.

Kurz nach der Unabhängigkeit, haben sich Tanganjika und Sansibar 1964 zur Nation Tansania zusammengeschlossen. 1970 fanden erstmals demokratische Wahlen statt. Offizielle Amtssprache ist Kiswaheli und im öffentlichen Bereich der Wirtschaft und Verwaltung wird Englisch gesprochen. Zudem wird auf Sansibar Arabisch und landesweit viele lokale Sprachen gesprochen.

Auf dem Festland sind 40% Christen, 40% Muslime (97% auf Sansiba) und 20% gehören indigenen Glaubensgemeinschaften an.⁸³

Seit den 1960er-Jahren hat Tansania die Anzahl seiner Gesundheitseinrichtungen stark ausweiten können. Seit 1993 wird die Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen anhand von Reformen angestrebt. Die Verbesserung der Dienstleistungsqualität ist ein wesentliches Ziel dieser Politik. Mangelnde Qualität und Unzufriedenheit der Patienten mit öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen, haben den Bedarf für QM geweckt.

⁸² Die in der Fallstudie dargestellten Informationen beziehen sich, wenn nicht explizit gekennzeichnet, auf Daten die im Rahmen eines Expertengesprächs mit Dr. Rainer Kuelker erhoben wurden (Anhang: Liste der befragten Experten. S.20).

⁸³ Vgl. Auswärtiges Amt 2005: Tansania auf einen Blick

Im Mittelpunkt der Klagen von Patienten stehen die häufige Nichtverfügbarkeit von Medikamenten, eine unzureichende personelle Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen, intransparente Zuzahlungen sowie die häufig zu beobachtende Unfreundlichkeit des Gesundheitspersonals. Ferner fehlt ein funktionierendes Berichtssystem, das die Qualität der Gesundheitsversorgung dokumentiert. In diesem Zusammenhang wurden im Laufe der vergangenen Jahre verschiedene Projekte und Programme der Qualitätsverbesserung mit widersprüchlichen Konzepten auf Distrikt- und nationaler Ebene im Gesundheitssektor durchgeführt.

Ziel der qualitätsverbessernden Maßnahmen in Tansania ist es, langfristig den Gesundheitsstandard der Bevölkerung zu verbessern und die Effizienz und Effektivität der, im Gesundheitswesen erbrachten Dienstleistungen zu steigern.

Zielgruppen sind Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und das Gesundheitsfachpersonal. Vor allem Frauen, Jugendliche und Kinder sind es, die von den verbesserten Gesundheitsdienstleistungen profitieren sollen.

4.5.2 Vorgehensweise

Die Einführung von QM in der Tanga-Region wurde maßgeblich durch das tansanisch-deutsche Programm TGPSH⁸⁴ zur Unterstützung des Gesundheitssektors initiiert. In dem von der GTZ unterstützten Projekt bildeten qualitätsverbessernde Maßnahmen seit 1999 einen Arbeitsschwerpunkt. Die klassischen Instrumente, Weiterbildung des Personals, Verbesserung des Systems zur Gesundheitsberichterstattung und Supervision, standen dabei bislang im Vordergrund. Erst allmählich wächst im Gesundheitsministerium ein Bewusstsein dafür, dass moderne Verfahren der Selbstbewertung, Akkreditierungssysteme oder die Anwendung von Exzellenz-Modellen wichtige Elemente zur erfolgreichen Einführung von QM darstellen.

⁸⁴ Vgl. Tanzanian German Programme to Support Health 2004

Zu Beginn wurden Mitarbeiter des Gesundheitswesens in Weiterbildungsveranstaltungen QM-Ansätze vermittelt und im gleichen Zug mit der Übertragung von QM in den Gesundheitseinrichtungen begonnen.

Hierzu wurde in Anlehnung an das EFQM-Modell ein Bewertungssystem entwickelt, anhand dessen die Qualität der Einrichtungen und der Versorgungsprozesse geprüft werden sollte. Das Bewertungssystem bestand aus einem Supervisionsbogen, der durch zwei Fragebögen ergänzt wurde. Einem Fragebogen der Auskunft über den baulichen Zustand einer Einrichtung, der Wartung sowie der Wasserver- und -entsorgung gab, und einem zweiten Fragebogen mit dem die Zufriedenheit der Patienten ermittelt werden konnte.

Die anhand dieser Erhebungsinstrumente gewonnenen Daten, wurden einmal jährlich computergestützt ausgewertet. Dabei wurden folgende Themengebiete entsprechend gewichtet:

Führung (10 %), Personalmanagement (10 %), Ressourcenmanagement (10 %), Gesundheitsdienstleistung (20 %), Personalfriedenheit (10 %), Ergebnis der Gesundheitsdienstleistung (25 %) und Kundenzufriedenheit (15 %).

Tabelle 9 Bewertungsskala

(Quelle: Tarimo, Ntabaye und Simba 2003. S.35)

Erreichte Punktzahl (in % der maximalen Punktzahl)	Qualitätsniveau	Ergebnis (Wettbewerb)
Über 85	Exzellente Leistung	Ausgezeichnet mit einem exzellenten Qualitätszertifikat
65 bis 85	Gute und sehr gute Leistung	Ausgezeichnet mit einem Qualitätszertifikat
20 bis 64	Akzeptable Leistung	Keine Auszeichnung, für die Umsetzung von Verbesserungen werden Zeitlimits gesetzt
unter 20	Unakzeptable schlechte Leistung	Abmahnung; ein Zeitlimit zur Umsetzung von Verbesserungen wird gesetzt oder die Einrichtung wird unter Umständen geschlossen

Die Bewertungslisten wurden veröffentlicht, und die Erstplatzierten bekamen im Rahmen regionaler Gesundheitstage Auszeichnungen und Geldprämien für qualitätsverbessernde Maßnahmen.⁸⁵

Außerdem arbeitete eine, vom Deutschen Entwicklungsdienst (DED) entsandte, Qualitäts-
expertin für zwei Jahre im Distriktkrankenhaus Korogwe und initiierte dort den Aufbau
eines Qualitätszirkels.⁸⁶ Da dieses Konzept völlig unbekannt war, musste die Expertin zu-
nächst Sensibilisierungs- und Überzeugungsarbeit leisten. Es gelang ihr, interessierte Mit-
arbeiter zu versammeln, die mit Engagement auf die Routineabläufe ihres Arbeitsalltags
schauten und Verbesserungspotenziale ausmachten. Dabei standen alltägliche Fragen im
Vordergrund: Wie können wir die Hygiene im Krankenhaus verbessern? Wie können wir
das Bestellwesen in der Pharmazie verbessern? Wie können wir die Dokumentation in der
Ambulanz vereinfachen? Nachdem der erste Qualitätszirkel etabliert war, zeigten auch
andere Krankenhäuser Interesse. In mehreren Fortbildungsveranstaltungen stellte die DED-
Mitarbeiterin das in Korogwe entwickelte Modell vor, mit dem Ziel andere Krankenhäuser
zur Nachahmung zu ermutigen.

4.5.3 Veränderungen seit der Einführung von Qualitätsmanagement

Die Bewertung der Qualität von Basisgesundheitsseinrichtungen in der Tanga-Region er-
folgte drei Jahre lang anhand der Fragebögen. Zu den positiven Ergebnissen kann gezählt
werden, dass die Entscheidungsträger in der Region QM erstmals als wichtiges Instrument
der Qualitätssicherung anerkannten.

Die Beteiligung der Mitarbeiter aller Ebenen des Gesundheitswesens am Aufbau des Be-
wertungssystems und der regelmäßigen Durchführung der Supervision, war zu Beginn
groß. Die tansanischen Partner engagierten sich dafür, Qualitätsverbesserung im öffentli-
chen Bewusstsein zu verankern und die politisch Verantwortlichen für das Thema zu inte-
ressieren. Dennoch konnte die erhoffte Wirkung, die Verbesserung der Qualität der Ge-
sundheitsversorgung, anhand dieses Ansatzes nicht bewirkt werden.

⁸⁵ Bei jährlich stattfindenden *Primary Health Care Days* kommen in Tanga seit einigen Jahren alle Gesund-
heitsmanagement-Teams der Distrikte für drei Tage zusammen.

⁸⁶ Vgl. Kornahrens 2003

Nach dem gescheiterten Versuch, ein externes Leistungsbewertungssystem einzuführen, wurde intensiv diskutiert, wie man Qualitätsverbesserung bei den Mitarbeitern populärer machen könnte. Beschlossen wurde, das Instrument der Supervision um das einer Selbstbewertung zu ergänzen. Der bislang genutzte Supervisionsbogen wird derzeit zu einem Selbstbewertungsinstrument umgearbeitet und in die Landessprache Kisuaheli übersetzt. Dieser Bogen soll zukünftig von den Mitarbeitern der Gesundheitseinrichtungen genutzt werden, um sich über die eigenen Stärken und Schwächen bewusst zu werden.

Ab 2001 wurde der Fokus auf Maßnahmen der Qualitätsverbesserung auf zentraler Ebene im Ministerium gerichtet. Daraufhin besuchten mehrere Vertreter des Gesundheitsministeriums Qualitätsprogramme im Ausland, um Anregungen für einen tansanischen Ansatz zu finden. Mit Hilfe einer Kommission, bestehend aus Repräsentanten aller Institutionen und Organisationen, die Interesse am Thema Qualität hatten, wurde eine ausführliche Bestandsaufnahme gemacht. Dabei wurden alle Aktivitäten erfasst, die Qualitätsverbesserung im Gesundheitssektor zum Thema hatten. Die Schlussfolgerungen dieser Analyse sind in einem Bericht festgehalten.⁸⁷ Auf dieser Grundlage erarbeiteten Gutachter einen Entwurf für ein tansanisches Qualitätsmodell, den *Tanzanian Quality Improvement Framework (TQIF)*.

Tabelle 10 Inhalte des TQIF-Musterplans
(Quelle: Gesundheitsministerium Tansania: TQIF 2004. S.8)

1	Einführung	
2	Hintergrundinformationen	Das Kapitel informiert über die Geschichte und die bisherigen Entwicklungen des Gesundheitssektors
3	SWOT-Analyse ⁸⁸	Analyse der aktuellen Situation zur Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen
4	Musterplan (Framework)	Wesentliche Komponenten des Musterplans
5	Umsetzung und Ausblick	

⁸⁷ Vgl. Tarimo, Ntabaye und Simba 2003

⁸⁸ Stärken-Schwächen-Analyse und Chancen-Risiko-Analyse

Im vierten Kapitel des *TQI-Frameworks* werden acht Anwendungsfelder vorgestellt:

1. Führung
2. Qualitätsverbesserung und Partnerbeteiligung
3. Qualitätsverbesserung als Thema in der Öffentlichkeit
4. Qualitätsverbesserung im Licht von Nachhaltigkeit, Integration und Versorgungsgerechtigkeit
5. Qualität und Humane Ressourcen
6. Supervision und Monitoring
7. Finanzierung
8. Qualitätsverbesserung und Forschung

Für jedes Arbeitsfeld werden Problembereiche aufgezeigt und Vorschläge gemacht, wie mit diesen Problemen umgegangen werden kann. Der Vorschlag der Gutachter wurde auf einer Konferenz mit Sachverständigen ausführlich diskutiert und Verbesserungsvorschläge wurden eingearbeitet. Die jetzt vorliegende Version soll im Laufe des Jahres 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt werden.⁸⁹ Das Papier wendet sich mit seinen Aussagen sowohl an öffentliche Anbieter, als auch an private Einrichtungen und spricht sich für einen umfassenden Ansatz von Qualitätsverbesserung aus. Es macht deutlich, dass Bemühungen um Qualität nur dann Erfolg haben, wenn alle Ebenen eines Gesundheitssystems einbezogen sind.

Die zentrale Ebene des Gesundheitsministeriums hat die Aufgabe, Qualitätspolitik zu formulieren, Richtlinien und Standards zu verabschieden und ihre Einhaltung zu überprüfen. Der Distrikt als periphere Ebene setzt Qualitätspolitik im klinischen Alltag um und sorgt dafür, dass die Patienten spürbar qualitätsorientiert versorgt werden. Ein Qualitätsbeauftragter des Distrikts stellt sicher, dass die Thematik im jährlichen Gesundheitsplan ausreichend berücksichtigt wird. Zudem ist der Aufbau eines *National Quality Improvement Committees* vorgeschlagen, dessen Mitglieder Vertreter verschiedener Direktionen im Gesundheitsministerium sowie Repräsentanten der berufsständischen Organisationen und der privaten Anbieter sein sollen.

⁸⁹ Vgl. Ministry of Health Tanzania: *Tanzanian Quality Framework 2004*

4.5.4 „Lessons Learnt“

Von großem Vorteil war es, dass Entscheidungsträger auf regionaler und Distriktebene QM gegenüber von Anfang an sehr aufgeschlossen waren. Die Ursachen dafür, dass der Ansatz trotzdem scheiterte sind vielfältig.

Die Erhebung von Daten, zum Zweck einer Leistungsbewertung, wurde in dieser Region zunächst kulturell nicht akzeptiert. Die Erwartung, gut platzierte Einrichtungen würden durch Auszeichnungen und Geldprämien einen Motivationsschub in Richtung Qualitätsverbesserung bekommen, erfüllte sich nicht. Ebenso wenig gelang es, mit diesem Ansatz die schlechter platzierten Einrichtungen zu ermutigen, sich um bessere Qualität zu bemühen. Diese fühlten sich benachteiligt und betonten, dass in der Bewertung wichtige Aspekte, wie die Entfernung einer Einrichtung vom Krankenhaus, sehr unterschiedliche Personalschlüssel oder unterschiedliche Ressourcenausstattung nicht ausreichend berücksichtigt wurden

Zudem ließ der Ansatz die Eigenbeteiligung der Betroffenen fast völlig außer Acht. Methoden wie Selbstbewertung oder Arbeit in Qualitätszirkeln fehlten und entsprechend unbeteiligt standen die Mitarbeiter dem Ansatz gegenüber. Den Supervisoren hingegen fehlte in vielen Fällen die Bereitschaft die Fragebögen sorgfältig auszufüllen, da die Handhabung der Erhebungsinstrumente schwierig und zu komplex war.

4.5.5 Ausblick

Mit der Erstellung des TQIF ist es zum ersten Mal gelungen, mit allen Interessengruppen im Gesundheitssektor über das Thema Qualität zu diskutieren. Der Musterplan ist ein deutlicher Hinweis, dass sich das Gesundheitsministerium des Themas annimmt und bereit ist, den Prozess zu steuern. Jedoch hat sich das Ministerium einer einfachen Übernahme internationaler Ansätze wie EFQM oder ISO stets verweigert. Landesspezifische Gegebenheiten flossen in den Musterplan mit ein. Das Papier ermutigt die Anwender moderne Wege des QM zu gehen. So werden Ansätze wie Selbstbewertung, Akkreditierung und Qualitätszirkel genannt, und die Interessenten ermutigt, diese Instrumente einzusetzen. Es bleibt abzuwarten, ob aus diesem Papier heraus neue Strategien entwickelt werden, die zu einer echten Qualitätsverbesserung im Sektor führen.

5 Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von EFQM

Die Einführung von EFQM hat die kontinuierliche Weiterentwicklung einer Organisation in allen Leistungsaspekten in Richtung nachhaltiger *Excellence* zum Ziel.⁹⁰ EFQM auf Gesundheitssysteme in Ländern der EZ zu übertragen, deren Herausforderung bislang darin besteht, ein Minimum an Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, erscheint möglicherweise utopisch.

Doch die Erfahrungen der in Kapitel vier beschriebenen Länder zeigen, dass derartige Voraussetzungen die Anwendung des EFQM-Konzeptes nicht ausschließen. Elemente des Konzeptes, wie Selbstbewertungen, externe Audits und die Initiierung von Verbesserungsprojekten werden seit Jahren auch in Ländern der EZ umgesetzt. „Durch den Selbstbewertungsprozess lernen die Einrichtungen ihre Stärken und Verbesserungspotenziale kennen; sie lernen, was *Excellence* für sie bedeutet, welche Fortschritte sie auf dem Weg zu *Excellence* bereits gemacht haben, welchen Weg sie noch vor sich haben und wie sie im Vergleich mit anderen abschneiden.“⁹¹ Da EFQM aus einer im Wesentlichen offen gehaltenen Grundstruktur besteht, lässt es dem Anwender Spielraum in der Ausgestaltung und Umsetzung.

Die Ländererfahrungen zeigen zudem, dass sich im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit spezifische Probleme ergeben, die eine 1:1 Übertragung von EFQM nicht zulassen. Insofern ist die Anpassung des EFQM-Modells an das jeweilige Gesundheitssystem sowie an die Lebensumstände in Ländern der EZ von elementarer Bedeutung.

Folgend werden die Inhalte der neun EFQM-Kriterien vorgestellt. Im zweiten Punkt „Möglichkeiten“ wird anhand von Beispielen dargestellt, welche Veränderungen durch die Einführung von QM, in Anlehnung an EFQM, bewirkt werden konnten. Im dritten Schritt werden Probleme und Grenzen aufgezeigt, die sich bei der Umsetzung ergeben haben. Zum Abschluss werden Empfehlungen für den Einführungsprozess von QM in Ländern der EZ gegeben. Diese leiten sich aus den in Kapitel vier beschriebenen Ländererfahrungen ab.

⁹⁰ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S.10

⁹¹ Vgl. Eckert 2004: EFQM in der GTZ

5.1 Befähiger

Die „Befähiger“, im englischen Sprachgebrauch auch als *Enablers* bezeichnet, beschreiben die Potentiale eines Unternehmens. In diesem Bereich wird geprüft, was ein Unternehmen für Maßnahmen ergreift, um umfassende Qualität zu erbringen. Das heißt, es wird bewertet, inwiefern konzeptionelle Ansätze in den Strukturen verankert sind, wie die Wirksamkeit veränderter Abläufe und Strukturen überprüft wird und wie die Organisation aus den Erkenntnissen der Überprüfung lernt.⁹²

5.1.1 Führung

Das EFQM-Konzept: Führung sollte laut EFQM visionär und begeisternd und gleichzeitig beständig hinsichtlich der Zielsetzung sein. Durch eine klare, festgelegte und auf allen Ebenen kommunizierte Ausrichtung der Organisation überzeugt die Führung andere Führungskräfte und motiviert ihre Mitarbeiter. Zu ihren Aufgaben gehört die Erarbeitung von Werten und ethischen Grundsätzen einer Organisationskultur. Darüber hinaus fördern und vermitteln sie durch ihr vorbildliches Handeln und ihre Verhaltensweisen die Umsetzung der Mission und Vision eines Unternehmens. Sie schenken ihren Mitarbeitern Anerkennung und arbeiten mit ihnen in Verbesserungsprojekten zusammen.⁹³

Möglichkeiten: Die bedeutende Rolle der Führung wurde auch bei der Übertragung des EFQM Modells auf Länder der EZ deutlich. Entscheidend zur Dynamik des Einführungsprozesses von QM hat beigetragen, dass Führungskräfte im Stande waren, Interesse für das Thema zu entwickeln. In Tansania zum Beispiel erkannten Führungskräfte die Bedeutung innovativer Managementinstrumente und setzen diese seither gezielt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ein.⁹⁴ Die Erfahrungen im Rahmen der Ausbildungsprogramme in El Salvador und Nicaragua zeigen, dass in den Ländern entsprechendes Potential vorhanden ist, um fachliche, soziale sowie methodische Kompetenz von Führungskräften auszubilden.⁹⁵

⁹² Vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S.18

⁹³ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S.13

⁹⁴ Vgl. Kapitel 4.5.2, S.46

⁹⁵ Vgl. Kapitel 4.1.4, S.22; Kapitel 4.4.3, S.42

Grenzen: Patriarchalische und hierarchische Führungsstrukturen sowie Korruption und Parteiendominanz bei Personalentscheidungen behindern die Einführung von QM. Folgendermaßen werden Veränderungen von Gegner transparenter Führungsmethoden unterlaufen.⁹⁶

Mangelndes Wissen der Führungskräfte über QM führen dazu, dass es in vielen Fällen irrtümlich als Kontroll- oder Rationalisierungsinstrument verwendet wird.⁹⁷

Empfehlungen: Bei der Einführung von QM in ein Gesundheitssystem sollten das Gesundheitsministerium sowie die untergeordneten Leitungsebenen von Anfang an in den Planungsprozess einbezogen werden. Denn nur so können Entscheidungen zeitgerecht gefällt werden.

Die Unterstützung der Führungskräfte des Gesundheitssektors ist entscheidend für eine erfolgreiche Einführung von QM. Daher sollten Führungskräfte sowohl des medizinischen als auch des Verwaltungsbereichs vor Beginn des Einführungsprozesses in mehrtägigen Seminaren geschult und für das Thema sensibilisiert werden. Zusätzlich hat sich in Nicaragua die schriftliche Verpflichtung der Leitung als erfolgreich erwiesen, um den persönlichen Einsatz der Führung zu sichern und Verbindlichkeit hinsichtlich QM zu erzeugen.⁹⁸

5.1.2 Politik und Strategie

Das EFQM-Konzept: Auf Basis der Vision und Mission werden in einem Unternehmen Politik und Strategie festgelegt. In der Politik kommt das Wertesystem eines Unternehmens zum Ausdruck und wird mittels einer Unternehmensstrategie umgesetzt. Wichtig ist es, dass die Politik und Strategie auf allen Ebenen kommuniziert werden. Bei der Formulierung, Umsetzung, Überprüfung und Verbesserung dieses Kriteriums sollten die gegenwärtigen und zukünftigen Bedürfnisse und Erwartungen aller Interessensgruppen einbezogen werden.⁹⁹

⁹⁶ Vgl. Kapitel 4.1.1, S.16; Kapitel 4.2.1, S.24; Kapitel 4.5.1, S.46

⁹⁷ Vgl. Kapitel 4.3.2, 33-35; Kapitel 4.5.2, S.46-48

⁹⁸ Vgl. Kapitel 4.4.2, S.40

⁹⁹ Vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S.39-40

Möglichkeiten: In Nicaragua und Kenia wurde QM als Bestandteil nationaler Gesundheitsstrategien auf zentraler Ebene verankert. Im Gesundheitsministerium sind Abteilungen speziell mit der Umsetzung von QM betraut.¹⁰⁰ In El Salvador, Guinea und Tansania wird an der gesetzlichen Verankerung von QM derzeit gearbeitet.¹⁰¹

In El Salvador wurde beispielsweise eine Koordinatorengruppen gebildet, deren Funktion vom Ministerium offiziell ist. Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Vertreter der Bevölkerung haben landesweit die Möglichkeit sich daran zu beteiligen. Dadurch fließen die Bedürfnisse und Erwartungen verschiedener Interessensgruppen stärker als zuvor in die Konzeptionierung der Qualitätspolitik des Gesundheitswesens mit ein.¹⁰²

In Kenia und Tansania wird die Politik und Strategie anhand von Standards und Checklisten umgesetzt.¹⁰³ In Nicaragua, El Salvador und Guinea hingegen stehen Verbesserungsprojekte im Vordergrund.¹⁰⁴ Durch regelmäßig stattfindende Qualitätsforen wird der Dialog über QM bereits seit mehreren Jahren in El Salvador, Kenia und Nicaragua gefördert und QM öffentlich zur Diskussion gestellt.¹⁰⁵

Grenzen: Am Beispiel Tansanias und Kenias wurde deutlich, dass Strategien und Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung versickern, wenn die Beteiligten hinsichtlich der Wirkung von QM zu hohe Erwartungen haben. Die Regierung sowie auch die Mitarbeiter hatten sich von QM eine weitaus stärkere Wirkung erhofft.¹⁰⁶ Zudem führte die Implementierung verschiedener, sich widersprechender QM-Konzepte in Tansania zu Verunsicherung und Frustration bei den Mitarbeitern des Gesundheitswesens.¹⁰⁷

¹⁰⁰ Vgl. Kapitel 4.4.5, S.44; Kapitel 4.3.1, S.33

¹⁰¹ Vgl. Kapitel 4.1.5, S.22; Kapitel 4.2.5, S.31; Kapitel 4.5.3, S.50

¹⁰² Vgl. Kapitel 4.1.4, S.25

¹⁰³ Vgl. Kapitel 4.3.2, S.33- 36; Kapitel 4.5.2, S.46-48

¹⁰⁴ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.19-20; Kapitel 4.2.2, S.28; Kapitel 4.4.2, S.41

¹⁰⁵ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.19; Kapitel 4.3.2, S.36, Kapitel 4.4.2, S.42

¹⁰⁶ Vgl. Kapitel 4.3.3, S. 36; Kapitel 4.5.3, S.48

¹⁰⁷ Vgl. Kapitel 4.5.1, S.46

Empfehlungen: Um Enttäuschung und Frustration bei den Beteiligten zu vermeiden, ist es wichtig Ziele, Möglichkeiten und Grenzen der Einführung von QM zu Beginn verständlich und realistisch zu kommunizieren. Ziele die nicht durchschaut werden finden wenig Akzeptanz und verfehlen damit ihre motivierende Wirkung.

Empfehlenswert ist die Einführung eines landesweit einheitlichen QM-Konzeptes. Vor Beginn des QM-Einführungsprozesses sollte zwischen den Interessensgruppen Einigkeit über die Vorgehensweise erzielt werden. Darüber hinaus sollten QM-Aktivitäten landesweit von einer zentralen Stelle koordiniert werden. Daher ist es sinnvoll QM auf nationaler Ebene gesetzlich zu verankern. In diesem Kontext sollte der EFQM-Kriterienkatalog an kulturelle Gegebenheiten angepasst und Begrifflichkeiten in einem Glossar vereinheitlicht werden. Dies schließt die Übersetzung von QM-Materialien in die vorherrschenden Landessprachen mit ein. Die Ländererfahrungen zeigen, dass die Entwicklung eines nationalen QM-Programms strategisch wichtig ist, um ausreichend Akzeptanz bei den Mitarbeitern des Gesundheitswesens zu schaffen und darüber hinaus häufige Personal- und Regierungswchsel, Finanzkrisen sowie Naturkatastrophen während des Einführungsprozesses zu überstehen.¹⁰⁸

Zur Förderung des Dialogs über QM sollten regelmäßig regionale, nationale oder internationale QM-Foren organisiert werden, um Mitarbeitern die Gelegenheit zu bieten, ihre Ergebnisse der Verbesserungsprojekte und Qualitätszirkel der Öffentlichkeit zu präsentieren.

5.1.3 Mitarbeiter

Das EFQM-Konzept: Exzellente Organisationen regen ihre Mitarbeiter dazu an, sich weiterzuentwickeln und ihr gesamtes Potenzial auf der Individual-, Team- und Organisations-ebene zu entfalten. Die Beteiligung der Mitarbeiter wird maximiert, indem eine Kultur des Vertrauens und der Offenheit geschaffen und Eigeninitiative gefördert wird. Dabei nutzen exzellente Organisationen diese Beteiligung, um Verbesserungsideen zu generieren und umzusetzen.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Vgl. Kapitel 4.1.4, S.22

¹⁰⁹ Vgl. EFQM 2003: Excellence einführen, S.13

Möglichkeiten: Die Erfahrungen in Nicaragua verdeutlichen, dass dauerhafte Qualitätsverbesserungen nur erzielt werden können, wenn das Personal in das Zentrum der Verbesserungsbemühungen gestellt wird. Das Personal wurde zur Weiterentwicklung motiviert und in Form von Ausbildung und der Mitarbeit in Qualitätszirkeln in den Prozess der Qualitätsverbesserung einbezogen. Bereits wenige Wochen nach dem Beginn der Aktivitäten war eine Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen in den Gesundheitseinrichtungen spürbar.¹¹⁰

Durch die Schaffung monetärer sowie nichtmonetärer Anreize konnte die Motivation der Mitarbeiter im Gesundheitswesen gesteigert werden, wie zum Beispiel in El Salvador durch eine Studienreise nach Costa Rica oder in Guinea in Form einer Prämie.¹¹¹ In Nicaragua hingegen hatte die Identifizierung des Personals mit einem gemeinsam ausgearbeiteten Leitspruch eine motivierende Wirkung.¹¹²

Grenzen: In Ländern der EZ sind Einrichtungen des Gesundheitswesens durch häufigen Personalwechsel geprägt. In Folge dessen geht mit dem Verlust der Mitarbeiter auch Erfahrungswissen verloren. Mangelndes Verständnis führt dazu, dass die Selbst- und Fremdbewertung nach EFQM von Seiten der Mitarbeiter als formeller Akt empfunden wird. In Kenia und Tansania beispielsweise wurden externe Audits stärker als Kontrolle, anstatt als Chance dazu zu lernen empfunden.¹¹³

Häufig erhalten Teams und Mitarbeiter des Gesundheitswesens keinerlei Anerkennung für gute Leistung und Engagement. Demzufolge ist die Motivation des Personals, sich mit QM auseinanderzusetzen, gering.

Empfehlungen: Mitarbeiter zu motivieren bedeutet, sie ernst zu nehmen und ihren Ideen, Ansprüchen und Kritik Raum zu geben. Das erfordert, dass sie erfahren, warum EFQM eingeführt wird und welchen Nutzen und Stellenwert es haben kann und haben wird.

¹¹⁰ Vgl. Kapitel 4.4.3, S.43

¹¹¹ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.19; Kapitel 4.2.2, S.28

¹¹² Vgl. Kapitel 4.4.4, S.44

¹¹³ Vgl. Kapitel 4.3.4, S.37; Kapitel 4.5.4, S.51

Dafür bedarf es der Sensibilisierung des gesamten Personals im Gesundheitswesen bezüglich des geplanten Prozesses zur Qualitätsverbesserung.

Um langfristig Veränderungen in einem System bewirken zu können, bedarf es einer profunden Ausbildung einer großen Anzahl von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, der sogenannten *critical mass*. Hierzu bedarf es eines didaktisch klaren Konzeptes und eines stetig weiter zu entwickelnden Curriculums.

Das umfassende Ausbildungsprogramm CALSAP in El Salvador kann diesbezüglich für andere Länder als Vorbild dienen. Daran hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist, im Rahmen der Ausbildung partizipative Arbeitsmethoden sowie Konzepte der Erwachsenenbildung zu verwenden.¹¹⁴

Die Teilnahme an Schulungen und Verbesserungsprojekten sollte auf Freiwilligkeit beruhen. Erfahrungsgemäß müssen sich Mitarbeiter selbst dazu entschließen, eine grundlegende Änderung in der Einrichtung vornehmen zu wollen. Dies wird durch die Erfahrung in Tansania untermauert, wo der Versuch misslang, QM in Gesundheitseinrichtungen verpflichtend einzuführen.¹¹⁵ Vielmehr sollten existierende Anreizsysteme überarbeitet werden, um diese attraktiver zu gestalten und innerhalb eines Gesundheitssystems transparenter zu machen. Dabei können die in den Fallstudien beschriebenen Erfahrungen als Anregung dienen.¹¹⁶

Die Gründung einer interinstitutionellen Gruppe von QM-Trainern ist empfehlenswert, um QM nachhaltig und breitenwirksam in einem Gesundheitssystem zu etablieren. Sie übernehmen die fachliche Betreuung und Koordination der Auszubildenden während und nach der Ausbildung.¹¹⁷

¹¹⁴ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.17

¹¹⁵ Vgl. Kapitel 4.5.4, S.51

¹¹⁶ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.19; Kapitel 4.2.2, S.28; Kapitel 4.4.3, S.43

¹¹⁷ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.19

5.1.4 Partnerschaften und Ressourcen

Das EFQM-Konzept: Exzellente Organisationen erkennen, dass ihr Erfolg von Partnerschaften abhängt, die sie planen, aufbauen und managen. In einer Welt des kontinuierlichen Wandels und wachsender Anforderungen wird es zunehmend wichtiger, Partnerschaften mit anderen Organisationen, Kunden, der Gesellschaft, Lieferanten oder sogar Wettbewerbern einzugehen und zu entwickeln. Partnerschaften beruhen auf einem klar definierten gegenseitigen Nutzen. Durch die Optimierung der Kernkompetenzen kann eine verstärkte Wertschöpfung für ihre Interessengruppen erzielt werden. Um gemeinsame Ziele zu erreichen, arbeiten Partner zusammen und unterstützen sich gegenseitig mit Erfahrung, Ressourcen und Wissen. Sie schaffen somit den Ausgleich zwischen den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen der Organisation, der Gemeinschaft und der Umwelt.¹¹⁸

Möglichkeiten: Mit der Einführung von QM wurden in den Beispielländern vermehrt Partnerschaften mit Internationalen Organisationen, Regierungen, Universitäten, privatwirtschaftlichen Unternehmen und Kirchen eingegangen. In Nicaragua beispielsweise haben Gesundheitseinrichtungen Allianzen mit Kirchen oder Gärtnereien geschlossen, um finanzielle Ressourcen für die Umsetzung von Verbesserungsprojekten zu mobilisieren.¹¹⁹ QM-Aktivitäten werden von Internationalen Organisationen nicht nur in finanzieller Hinsicht unterstützt. Vertreter der PAHO und der WHO nehmen an Qualitätsforen teil oder agieren als Referenten bei Bildungsveranstaltungen.¹²⁰

El Salvador, Nicaragua und Guinea kooperieren mit akademischen Institutionen und profitieren somit vom gegenseitigen Wissensaustausch. Studierende aus dem medizinischen Bereich (Universität, Pflege- und Hebammenschulen) sind in Guinea zum Beispiel aktiv am *Concours Qualité* beteiligt, indem sie im Rahmen ihrer Praktika oder als Abschlussarbeit Aktionsforschung betreiben.¹²¹ Ferner werden in El Salvador Studierende sozialwissenschaftlicher Studiengänge in die Befragung von Kunden einbezogen.¹²²

¹¹⁸ Vgl. EFQM 2003, S.13

¹¹⁹ Vgl. Kapitel 4.4.2, S.43

¹²⁰ Vgl. Kapitel 4.1.2, S.17; Kapitel 4.4.2, S.39

¹²¹ Vgl. Kapitel 4.2.2, S.28

¹²² Vgl. Kapitel 4.1.3, S.21

Grenzen: Gesundheitssysteme in Ländern der EZ sind oftmals durch diskontinuierliche Förderung sowie zeitlich begrenzten Finanzmitteln aus nationalen und internationalen Quellen gekennzeichnet. Bedingt durch knappe finanzielle und personelle Ressourcen im Gesundheitswesen werden für die Einführung von QM in vielen Einrichtungen nach wie vor zu wenige Mitarbeiter freigestellt.¹²³

Die bereits im Punkt „Politik und Strategie“ angesprochene Einführung widersprüchlicher QM-Konzepte in Tansania, ist einerseits auf mangelnde Koordination zwischen verschiedenen Geberorganisationen und andererseits auf mangelnde Absprachen der Partnerländer mit Geberorganisationen zurückzuführen.¹²⁴

Empfehlungen: Es bedarf mehrere Jahre, um in einem Land eine Qualitätskultur zu etablieren. Daher sollte der Einführungsprozess mit genügend zeitlichen Ressourcen ausgestattet und anhand einer sorgfältig ausgearbeiteten Finanzplanung vorbereitet und begleitet werden. Die Finanzierung durch das Ministerium oder durch Drittgeschäfte sowie die Abstimmung mit anderen Gebern muss von Beginn an nachhaltig gesichert sein.

Zudem sollten frühzeitig Allianzen mit multi- und bilateralen Organisationen aufgebaut werden, um die Einführung von QM zu koordinieren und Breitenwirksamkeit zu erzielen.

5.1.5 Management von Prozessen

Das EFQM-Konzept: Eine Organisation wird durch ein Netzwerk untereinander abhängiger und miteinander verbundener Systeme, Prozesse und Fakten gesteuert. Um die Bedürfnisse und Erwartungen aller Interessengruppen zu erfüllen, verfügt eine exzellente Organisation über ein Managementsystem. Dieses stellt die systematische Umsetzung von Politik und Strategien, durch ein klar strukturiertes und integriertes Netzwerk von Prozessen sicher. Die Organisation wird kontrolliert, ob sie Prozesse auf Basis von verlässlichen Kennzahlen effektiv umsetzt, managt und Vorbeugemaßnahmen entwickelt, um die Prozesse laufend zu verbessern. Dies schafft und erhält das Vertrauen bei den Interessengruppen auf hohem Niveau.¹²⁵

¹²³ Vgl. Kapitel 4.1.4, S. 22; Kapitel 4.3.3, S. 36; Kapitel 4.4.4, S.44

¹²⁴ Vgl. Kapitel 4.5.1, S.46

¹²⁵ Vgl. EFQM 2003: Grundkonzepte der Excellence, S.6

Möglichkeiten: Durch die Gründung von Qualitätszirkeln und der Umsetzung von Verbesserungsprojekten in El Salvador, Nicaragua und Aktionsplänen in Guinea konnten eine Reihe von Prozessverbesserungen erzielt werden.¹²⁶ Zur Ermittlung des Qualitätsniveaus von Gesundheitsdienstleistungen wird beispielsweise in Guinea und in Zukunft auch in Tansania regelmäßig Selbstbewertungen und externe Audits durchgeführt.¹²⁷

Am Beispiel von Guinea wird deutlich, dass durch derartige Maßnahmen das Image öffentlicher Gesundheitseinrichtungen verbessert und das Vertrauen der Patienten in öffentliche Versorgungssysteme gefördert werden kann.¹²⁸

Der in Tansania entwickelte Framework sowie das Kenian Quality Modell enthalten Standards für Behandlungs- und Versorgungsprozesse, die gewährleisten sollen, dass ein vorgegebener Mindeststandard eingehalten wird.¹²⁹

Grenzen: QM erfährt in Ländern der EZ eindeutig Grenzen durch mangelnde Infrastruktur und den häufig schlechten Zustand von Gesundheitseinrichtungen. Grundsätzlich ist fraglich, inwieweit Prozesse optimiert werden können, wenn technische Ausstattung oder Medikamente für Therapien nicht in ausreichendem Maße verfügbar sind. Mit einem monatlichen Budget für Gesundheit von knapp einem Euro pro Kopf in Guinea ist es schwierig ausreichende, hochwertige und dem neusten Stand der Wissenschaft entsprechende medizinische Versorgung zu leisten.¹³⁰

Grenzen erfährt die Qualität von Prozessen gleichermaßen, wenn Standards, *Checklisten* und technische Geräte lediglich verteilt, aber von Mitarbeitern nicht konsequent genutzt werden oder deren Anwendung nicht beherrschen, wie es in Kenia der Fall war.¹³¹

¹²⁶ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.20; Kapitel 4.3.2, S.29-30; Kapitel 4.3.3, S.43

¹²⁷ Vgl. Kapitel 4.2.2, S.26; Kapitel 4.5.3, S.49

¹²⁸ Vgl. Kapitel 4.2.3, S.29

¹²⁹ Vgl. Kapitel 4.3.2, S.35; Kapitel 4.5.3, S.50

¹³⁰ Vgl. Kapitel 4.2.1, S.23

¹³¹ Vgl. Kapitel 4.3.4, S.37

Empfehlungen: Um Probleme der Versorgungsprozesse in einem Gesundheitssystem zu identifizieren und anzugehen, ist die Gründung von Qualitätszirkeln im Sinne von EFQM aufgrund bislang gemachter Erfahrungen auch für Länder der EZ empfehlenswert. Qualitätszirkel machen jedoch nur Sinn, wenn die Beteiligten davon überzeugt sind, dass sie Potential zur Verbesserung und Weiterentwicklung haben. Der Fokus sollte zu Anfang auf leicht realisierbare Verbesserungen gelegt werden, damit diese für Patienten umgehend spürbar und sichtbar sind. In Nicaragua zum Beispiel wurden mit Einführung von QM in Gesundheitszentren Wartezeiten während der Sprechstunde verkürzt.¹³² Denn positive Ergebnisse motivieren Mitarbeiter, sich weiterhin für Qualitätsverbesserungen einzusetzen, und steigern gleichermaßen die Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit.

Es ist sinnvoll Qualitätsteams Werkzeuge wie zum Beispiel Standards oder *Checklisten* anzubieten, damit sie anhand derer Qualitätsmängel der medizinischen Versorgung einfacher identifizieren können. Die Standardisierung von Dienstleistungen sollte jedoch dort ihre Grenze finden, wo Kunden den Leistungsprozess aktiv beeinflussen können.

Bei der Erstellung von Checklisten ist darauf zu achten, dass diese an die Bedürfnisse verschiedener Versorgungsebenen angepasst sind. Um einen einheitlichen Mindeststandard der Versorgungsqualität in Einrichtungen eines Gesundheitswesens gewährleisten zu können, sollten derartige Instrumente auf nationaler Ebene entwickelt und flächendeckend verbreitet werden. Darüber hinaus sollten Mitarbeiter über den Zweck dieser Instrumente informiert und im Umgang damit geschult werden.

Um die Akzeptanz externer Audits zu fördern, ist es wichtig, dass die zu beurteilenden Einrichtungen im Anschluss an die Fremdbewertung ein konstruktives Feedback erhalten. Auditoren nehmen dabei die Rolle eines Qualitäts-Coachs ein. Um dies leisten zu können, bedarf es der Schulung externer Auditoren hinsichtlich ihrer sozialen sowie methodischen Kompetenz.

¹³² Vgl. Kapitel 4.4.3, S.43

5.2 Ergebnisse

Die Betrachtung der Ergebnisse konzentriert sich darauf, mit welchen Daten und Informationen Erfolgsbewertungen im Unternehmen vorgenommen werden. Die Ergebnisse werden im Vergleich zu den Vorjahren oder zu anderen Unternehmen bewertet.¹³³ Anhand der gewonnenen Informationen werden Politik und Strategie festgelegt. Auf Basis der gesammelten Informationen können Organisationen ausgewogene Ergebnisse planen, um Kunden und Mitarbeiter sowie das Umfeld, bezogen auf die gesellschaftliche Verantwortung, zufrieden zu stellen.¹³⁴

5.2.1 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

Das EFQM-Konzept: Die Mitarbeiterzufriedenheit gehört in einem exzellenten Unternehmen zu den wichtigsten Führungsgrößen. Um deren Zufriedenheit zu ermitteln, werden meist Umfragen unter den Mitarbeitern durchgeführt. Mitarbeiterbefragungen geben Aufschluss über die Einstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter in Bezug auf die Arbeitswelt und Umwelt. Dadurch können Ursachen ermittelt werden, die zu Frustration, Ärger oder häufiger Abwesenheit des Personals führen. Neben direkt abgefragten Größen müssen zudem Messgrößen systematisch erfasst und ausgewertet werden, die eine objektivere Einschätzung der Situation ermöglichen. Die aus den Erhebungen gewonnenen Informationen werden gezielt für Planungs- und Verbesserungsprozesse im Unternehmen eingesetzt.¹³⁵

Möglichkeiten: Einige Jahre nach Beginn des QM-Einführungsprozesses konnten in den Beispielländern wesentliche Ergebnisse erzielt werden. Mitarbeiter nehmen an Schulungen und Ausbildungsangeboten teil und Audits sowie Beratungsangebote werden wahrgenommen. In Folge dessen verfügt eine große Anzahl an Mitarbeitern in den Beispielländern über ein Grundverständnis hinsichtlich QM.¹³⁶

¹³³ Vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S.18

¹³⁴ Vgl. EFQM: Grundkonzepte der Excellence 2003, S.5

¹³⁵ Vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S.85-91

¹³⁶ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.20; Kapitel 4.2.2, S.26; Kapitel 4.4.3, S.42

Die Erfahrungen in El Salvador, Guinea und Nicaragua zeigen, dass sich die Einführung von QM positiv auf die Motivation der Mitarbeiter auswirkt und dass das Zusammengehörigkeitsgefühl durch die gemeinsame Arbeit in den Qualitätskomitees und Qualitätszirkeln gefördert wird. Im Gegensatz zu früher setzen sich Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit einer ganzheitlicheren Perspektive mit den, in ihrer Einrichtung ablaufenden Prozessen auseinander.¹³⁷

Grenzen: Am Beispiel Tansanias und Kenias hingegen zeigt sich, dass die Erhebung von Daten zum Zweck der Leistungsbewertung sich negativ auf die Motivation der Mitarbeiter auswirkt.¹³⁸ Der Grund, weshalb dieses Vorgehen in Tansania kulturell nicht akzeptiert wurde, ist möglicherweise auf die jahrzehntelange Existenz staatlicher Kontrolle zurückzuführen.¹³⁹ Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass das Prinzip von QM in Ländern, deren Vergangenheit durch totalitäre Regime und Bürgerkriege geprägt ist, unter Umständen nur bedingt Akzeptanz findet.

Gesundheitsdienstleitungen werden in der Regel unter ständig wechselnden Bedingungen erbracht. Daher können Abläufe nur bedingt durch ein Regelwerk vorgegeben werden. Zudem lässt sich beispielsweise die Kundenorientierung eines Mitarbeiters durch externe Audits oder Akkreditierungen nur bedingt bewerten. Derartige Verfahren stellen lediglich einen Ausschnitt aus der täglichen Arbeitspraxis dar und sind daher nur bedingt repräsentativ.

Empfehlungen: Leistungsbewertungen wie beispielsweise in Tansania lassen die Eigenbeteiligung der betroffenen Mitarbeiter fast völlig außer Acht.¹⁴⁰ Damit Mitarbeiter dem Ansatz zur Einführung von QM nicht unbeteiligt gegenüber stehen, sind Methoden wie Selbstbewertungen oder die Arbeit in Qualitätszirkeln den Leistungsbewertungen vorzuziehen.

¹³⁷ Vgl. Kapitel 4.13, S.20; Kapitel 4.2.4, S.31; Kapitel 4.4.3, S.43

¹³⁸ Vgl. Kapitel 4.3.4, S.37; Kapitel 4.5.4, S.53

¹³⁹ Vgl. Kapitel 4.5.1, S.45

¹⁴⁰ Vgl. Kapitel 4.5.4, S.51

Vereinzelt wurden in den beschriebenen Ländern Mitarbeiterbefragungen durchgeführt.¹⁴¹ Um valide Aussagen über die Mitarbeiterzufriedenheit machen zu können, ist die Befragung des Personals anhand qualitativer Methoden unerlässlich. Verzerrungen bei Mitarbeiterbefragungen lassen sich vermeiden, indem diese anonym durchgeführt werden. Dabei ist der Aspekt zu berücksichtigen, dass Arbeitnehmer in Ländern der EZ einem geringen Arbeitsschutz unterliegen und offene Äußerungen das Risiko bergen, den Arbeitsplatz zu verlieren. Daher ist es wichtig eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, damit das Personal aufgrund seiner Aussagen nicht um negative Konsequenzen fürchten muss. Auf Grundlage der gewonnenen Informationen sollte ein detailliertes Kennzahlensystem entwickelt werden, um Ursachen für die Unzufriedenheit von Mitarbeitern zu ermitteln und entsprechende Anreizsysteme zu gestalten.

5.2.2 Kundenbezogene Ergebnisse

Das EFQM-Konzept: Ein Unternehmen stellt den Kunden mit seinen derzeitigen und zukünftigen Erwartungen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt all seiner Aktivitäten. Exzellente Unternehmen verstehen ihre Kunden und kennen deren Bedürfnisse, da sie die Erfahrungen und Wahrnehmungen ihrer Kunden beobachten und analysieren. Auftretende Probleme werden schnell und effektiv gelöst, um exzellente Beziehungen zu allen Kunden zu unterhalten. Kunden werden als letztendliche Entscheider über Produkt- und Service-Qualität verstanden. Darüber hinaus verfolgen exzellente Unternehmen die Aktivität der Wettbewerber und ermitteln deren Wettbewerbsvorteil.¹⁴²

Möglichkeiten: Der Kunde und dessen Bedürfnisse werden seit der Einführung von QM stärker als zuvor in den Dienstleistungsprozess mit einbezogen. Ein Element des *Kenyan Quality Framework* sieht die aktive Beteiligung von Patienten am Verbesserungsprozess vor.¹⁴³

Kundenbefragungen wurden in El Salvador, Guinea, Nicaragua und Tansania durchgeführt.¹⁴⁴ In El Salvador hat sich die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Projektregion nach Ansicht der Patienten verbessert.¹⁴⁵

¹⁴¹ Vgl. Kapitel 4.2.3, S.30; Kapitel 4.4.2, S.42; Kapitel 4.5.2, S.47

¹⁴² Vgl. EFQM 2003: Grundkonzepte der Excellence, S. 5

¹⁴³ Vgl. Kapitel 4.3.2, S.35

¹⁴⁴ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.21; Kapitel 4.2.3, S.30-31; Kapitel 4.4.2, S.42; Kapitel 4.5.2, S.47

Bislang verfügbare Informationen deuten an, dass der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen seit der Einführung von QM erleichtert wurde.¹⁴⁶ Es ist anzunehmen, dass sich durch eine optimierte Gesundheitsversorgung langfristig der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern und sich in Folge dessen deren Lebensqualität und Leistungsfähigkeit erhöhen wird.

Grenzen: In Ländern der EZ wird der Kundenorientierung nach wie vor eine zu geringe Bedeutung beigemessen. Kundenbefragungen werden selten und unregelmäßig durchgeführt. Diese sind mit großem finanziellen und organisatorischen Aufwand verbunden, da abgelegene Gesundheitszentren in ländlichen Regionen Afrikas oder Lateinamerikas nur schwer zu erreichen sind.

Zudem werden die Ergebnisse von Kundenbefragungen aufgrund von Bias immer wieder in Frage gestellt. Ein Bias könnte sein, dass Kunden aufgrund einer schwach ausgeprägten Zivilgesellschaft im Rahmen von Befragungen nicht offen ihre Meinung äußern. Ein systematischer Fehler ergibt sich im Fall, dass bei einer Erhebung lediglich die Qualität aus Anbietersicht abgefragt wird. Das heißt, der Anbieter gibt die zu beurteilenden Kriterien vor, von denen er meint, von ihnen hänge die Kundenzufriedenheit ab. Wenn diese Kriterien für den Kunden jedoch nur von untergeordneter Bedeutung sind, entsteht fälschlicherweise das Bild höchstzufriedener Kunden.

Erschwerend kommt hinzu, dass Kunden in vielen Ländern der EZ, aufgrund der Monopolstellung staatlicher Gesundheitseinrichtungen nicht die Möglichkeit haben zwischen verschiedenen Anbietern zu wählen. In vielen Gesundheitseinrichtungen werden obendrein illegale Nutzergebühren verlangt.¹⁴⁷ In Folge dessen kann sich ein Großteil der Bevölkerung eine Behandlung aufgrund mangelnder finanzieller Mittel nicht leisten.

¹⁴⁵ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.21

¹⁴⁶ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.21; Kapitel 4.4.3, S.43

¹⁴⁷ Vgl. Kapitel 4.1.1, S.15-16; Kapitel 4.2.1, S.23-24; Kapitel 4.3.1, S.32-33; Kapitel 4.4.1, S.38, Kapitel 4.5.1, S. 45-46

Empfehlungen: Mindestens einmal jährlich sollte die Kundenzufriedenheit mittels einer Befragung gemessen werden, um die Wirkung auf den Kunden und den Fortschritt qualitätsverbessernder Maßnahmen zu überprüfen.

Bias können minimiert werden, indem neben objektiv messbaren Daten wie der Nutzerrate, Überweisungsraten sowie epidemiologischen Daten, die Zufriedenheit der Kunden mit Hilfe qualitativer Methoden erfragt wird. Auf diese Weise können Ursachen für die Unzufriedenheit der Kunden ermittelt werden.

Empfehlenswert ist es, Kunden in die Erarbeitung des Erhebungsinstruments mit einzubeziehen. Somit kann sichergestellt werden, dass in einer Kundenbefragung Merkmale abgefragt werden, die für die Kunden relevant sind. Als sinnvoll erwiesen hat es sich, Befragungen nicht von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, sondern von Externen, wie zum Beispiel Studierenden der Sozialwissenschaften oder der Medizin, durchführen zu lassen.¹⁴⁸ Dadurch können Kunden unbefangener artikulieren, was ihnen an der Qualität der Dienstleistungen nicht gefällt.

Entscheidend ist letztlich, wie die Ergebnisse von Kundenbefragungen verarbeitet werden. Die anhand der Ergebnisse ermittelten Ansprüche der Kunden sollten im Dienstleistungsprozess in besonderer Weise Berücksichtigung finden.

5.2.3 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

Das EFQM-Konzept: *Excellence* wird danach bewertet, inwiefern das Unternehmen auf die Bedürfnisse und Erwartungen des gesellschaftlichen Umfeldes eingeht und diese erfüllt. Exzellente Organisationen stellen sich einem hohen ethischen Anspruch, indem sie ihr Handeln gegenüber den Interessensgruppen transparent machen und Rechenschaft darüber ablegen. Dies schließt soziale Verantwortung und Umweltschutz sowie die Erhaltung globaler Ressourcen mit ein. Ziel ist es, sich das Vertrauen, die Akzeptanz und Unterstützung der Gesellschaft zu sichern, indem sich die Organisation ihres Einflusses auf die Gemeinschaft bewusst ist und sich darum bemüht, negative Einflüsse zu vermeiden.¹⁴⁹

¹⁴⁸ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.21

¹⁴⁹ Vgl. EFQM 2003: Grundkonzepte der Excellence, S.7

Möglichkeiten: Das Konzept gesellschaftsbezogener Verantwortung wurde in vielerlei Hinsicht in den beschriebenen Ländern umgesetzt. Traditionelle Hierarchien wurden durch eine verstärkte Beteiligung der Mitarbeiter bei der Gestaltung von Prozessen aufgebrochen. Dementsprechend arbeiten Führungskräfte und Mitarbeiter verschiedener Bereiche und unterschiedlicher Qualifikation in Qualitätszirkeln gleichberechtigt zusammen.¹⁵⁰

Durch die Einführung von QM wurde auch der Dialog mit Partnern aus Politik, Wirtschaft und NROs¹⁵¹ intensiviert und das Image öffentlicher Gesundheitseinrichtungen konnte verbessert werden.¹⁵²

Die bisherigen Erfahrungen lassen darauf schließen, dass sich durch die Einführung von QM langfristig ein entwicklungspolitischer Nutzen ergibt, wenn eine Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zur Minderung krankheitsbedingter Armut beiträgt.

Grenzen: Epidemiologische Daten geben Aufschluss darüber, ob sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung insgesamt verbessert hat. Doch sie lassen keine Rückschlüsse zu, über kausale Zusammenhänge zwischen einer Maßnahme im Rahmen der Einführung von QM und der beobachtbaren Veränderung.

Empfehlungen: Nach wie vor besteht Bedarf valide und reliable Verfahren zu entwickeln, um die Wirkung der Einführung von QM in Gesundheitssysteme in Ländern der EZ zu messen. In Zukunft müssen qualitätsverbessernde Maßnahmen noch stärker als bislang evaluiert und mittels eines Monitoringsystems kontinuierlich überwacht werden.

Das Aufbrechen traditioneller Hierarchien erfordert zum einen, dass Menschen dazu befähigt werden Eigenverantwortung zu übernehmen und zum anderen, dass sie dazu bestärkt werden ihre Meinung offen zu vertreten. Parallel müssen auf nationaler Ebene transparente Strukturen geschaffen werden, die mit einem QM-System vereinbar sind.

¹⁵⁰ Vgl. Kapitel 4.4.3, S.43; Kapitel 4.5.2, S.48

¹⁵¹ Nicht-Regierungsorganisationen

¹⁵² Vgl. Kapitel 4.2.3, S.29

5.2.4 Schlüsselergebnisse

Das EFQM-Konzept: Schlüsselergebnisse einer exzellenten Organisation sind vor allem die Ergebnisse, die Aufschluss über die Qualität der Prozesse in einem Unternehmen geben. Um die Leistung und den Erfolg hinsichtlich festgelegter Ziele zu messen, führen exzellente Organisationen umfangreiche Messungen z.B. anhand eines *TQM-gerechten Controllings*¹⁵³ durch.¹⁵⁴

Möglichkeiten: Selbst- und Fremdbewertungen haben in Gesundheitseinrichtungen in El Salvador, Guinea, Kenia, Nicaragua und Tansania dazu beigetragen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren. In Folge dessen konnte die Qualität der Gesundheitsversorgung durch die Umsetzung von Verbesserungsprojekten und Aktionsplänen nachweislich verbessert werden. In Nicaragua zum Beispiel wurde die Vorsorge bei Schwangeren im Rahmen eines Verbesserungsprojektes optimiert und die Impfabdeckung von Kindern unter 5 Jahren verbessert.¹⁵⁵ In El Salvador konnte die Sterblichkeit von Säuglingen aufgrund eines verbesserten Transportsystems gesenkt und nosokomiale Infektionen in Pflege- und Behinderteneinrichtungen verringert werden.¹⁵⁶ In Guinea wurde der Unterbesetzung von Gesundheitszentren durch die Einstellung arbeitsloser, diplomierter Hilfskrankenpfleger erfolgreich begegnet.¹⁵⁷

Grenzen: Eine umfassende Bewertung von Schlüsselergebnissen setzt eine Evaluation der Maßnahmen und ein funktionierendes Monitoringsystem voraus. Außer Nicaragua verfügt keines der Länder bislang über ein umfangreiches Monitoringsystem.¹⁵⁸ Daher kann die Wirkung von QM auf die Gesundheitssysteme der beschriebenen Länder zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht vollständig erfasst werden.

¹⁵³ Erweiterung des bisherigen Controllingverständnisses, der Sammlung von Daten zur Ermittlung der finanziellen Situation und der Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens, um die Aspekte der Prozess- und Innovationsfähigkeit sowie Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit. D.h. die Sammlung von Informationen, die eine qualitätsorientierte Entscheidungsfindung der Führung unterstützen (vgl. Kamiske, Hummel und Malorny 2002, S. 107-108)

¹⁵⁴ Vgl. Kamiske, Radtke und Wilmes 2002, S.9

¹⁵⁵ Vgl. Kapitel 4.4.3, S.43

¹⁵⁶ Vgl. Kapitel 4.1.3, S.20

¹⁵⁷ Vgl. Kapitel 4.2.3, S.29

¹⁵⁸ Vgl Kapitel 4.4.2, S.41

Empfehlungen: Nach einer gewissen Zeit wird die Einführung von QM daran bemessen, welche Wirkungen dokumentiert werden können. Um die Wirkung festzustellen, bedarf es einer systematischen Evaluierung unter Kosten-Nutzen-Aspekten in Form regelmäßig stattfindender Selbstbewertung, externer Audits sowie Kunden- und Personalbefragungen. Die Durchführung von Akkreditierung¹⁵⁹ ist eine Möglichkeit, dem steigenden Rechenschaftsdruck gegenüber Geberorganisationen gerecht zu werden.

Die Ergebnisse sollten im Gesundheitsministerium in einer regelmäßig aktualisierten Datenbank dokumentiert werden. Auf Basis dieser Daten können transparente Vergleiche zwischen Einrichtungen in einem Gesundheitssystem angestellt werden.

Tabelle 11 Empfehlungen zur Einführung von QM in Gesundheitssysteme in Ländern der EZ

(Quelle: Eigene Darstellung)

1	Führung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einbezug der Führungsebene von Anfang an ➤ Schriftliche Verpflichtung der Leitung ➤ Mehrtägige Schulung der Führungskräfte im Gesundheitswesen
2	Politik und Strategie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ziele sollten von Anfang an transparent auf allen Ebenen kommuniziert werden ➤ Koordination von QM-Aktivitäten auf zentraler Ebene ➤ Anpassung des EFQM-Kriterienkatalogs an kulturelle Gegebenheiten ➤ Entwicklung eines nationalen QM-Programms mit gesetzlicher Verankerung ➤ Durchführung nationaler und regionaler Qualitätsforen
3	Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilisierung einer ausreichenden Anzahl von Mitarbeitern ➤ Freiwillige Teilnahme an einem umfassenden Ausbildungsprogramm ➤ Training der Mitarbeiter anhand partizipativer Lernmethoden ➤ Mitarbeit an Verbesserungsprojekten ➤ Gründung einer Koordinatorengruppe

¹⁵⁹ Formale Anerkennung der Kompetenz einer Einrichtung, bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen.

4	Partnerschaften und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sorgfältige Zeitplanung ➤ Nachhaltiges Finanzmanagement ➤ Frühzeitiger Aufbau von Allianzen mit multi- und bilateralen Organisationen
5	Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gründung von Qualitätszirkeln ➤ Entwicklung und Einführung von Standards und Checklisten ➤ Durchführung externer Audits in Form von Coaching
6	Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durchführung von Selbstbewertungen ➤ Aktive Beteiligung durch Mitarbeiter in Qualitätszirkeln ➤ Durchführung von Mitarbeiterbefragungen
7	Kundenbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jährliche Durchführung einer Kundenbefragung anhand qualitativer Methoden ➤ Einbezug der Kunden in die Entwicklung des Erhebungsinstruments ➤ Durchführung der Befragung von Studierenden der Sozialwissenschaften oder der Medizin
8	Gesellschaftsbezogene Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation und Monitoring von QM-Aktivitäten ➤ Stärkung der Zivilgesellschaft in Ländern der EZ ➤ Schaffung transparenter Strukturen im öffentlichen Gesundheitswesen
9	Schlüsselergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entwicklung von Verfahren zur Messung der Wirksamkeit von QM ➤ Aufbau einer regelmäßig aktualisierten Datenbank des Gesundheitsministeriums

6 Fazit und Ausblick

Die Ländererfahrungen zeigen, welches Potential ein Konzept wie EFQM in Gesundheitssystemen in Ländern der EZ entfalten kann. Das Modell hat vielseitige Anwendungspotenziale. Es kann ein umfassendes Grundverständnis für QM fördern und für dieses Thema sensibilisieren. Durch EFQM können Verbesserungspotenziale identifiziert werden, die für die Planung von Projekten nützlich sind, und anhand derer die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden kann. Dies setzt voraus, dass sich Führungskräfte und Mitarbeiter gemeinsam für die Qualität ihrer Dienstleistungen verantwortlich fühlen.

Gleichzeitig zeigt sich auch, was EFQM nicht leisten kann. Es hilft nur begrenzt dabei, die oft schwerwiegenden Personal- oder Finanzprobleme der Gesundheitssysteme in Ländern der EZ zu lösen. Umfangreiche Reformen eines Gesundheitssystems können durch QM nicht ersetzt, sondern lediglich ergänzt werden.

Die Übertragung des EFQM-Konzeptes erfordert einen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen. Das heißt, dass Kunden zwischen verschiedenen Anbietern wählen können und Gesundheitseinrichtungen um ihre Kunden werben müssen. Eine Voraussetzung, die bislang in den wenigsten Ländern der EZ gegeben ist.

Doch trotz dieser Einschränkungen bietet EFQM einen Ansatz, um in Ländern der EZ Gesundheitssysteme zu entwickeln, die aufgrund eines umfassenden Qualitätsmanagements in der Lage sind, Prozesse zu beherrschen, Ressourcen effizient einzusetzen und einen Mindeststandard medizinischer Versorgung zu gewährleisten.

Folglich kann aus dieser Arbeit die Erkenntnis gezogen werden: Die Übertragung von EFQM auf Gesundheitssysteme in Ländern der EZ ist möglich- allerdings in angepasster Form. Das bedeutet, dass die Einführung von QM flexibel gestaltet werden sollte. Wie die in Kapitel fünf diskutierten Erfahrungen verdeutlichen, können Ansätze und Methoden nicht willkürlich und unkritisch auf unterschiedliche Länder übertragen werden. Der Erfolg setzt einen sensiblen Umgang mit sozialen und kulturellen Gegebenheiten voraus. Die EFQM-Kriterien können vielmehr als Leitstruktur bei der Entwicklung von Modellen dienen, die an landesspezifische Rahmenbedingungen angepasst werden müssen.

Das Ziel, die Erfahrungen von fünf Ländern der EZ bei der Einführung von QM in Gesundheitssysteme aufzuarbeiten um daraus Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von EFQM und Empfehlungen abzuleiten, wurde mit dieser Arbeit erreicht.

Aufgrund eines zeitlich beschränkten Rahmens und der zum Teil unvollständigen Datengrundlage waren dieser Arbeit Grenzen gesetzt. Demzufolge bleiben die Handlungsempfehlungen auf relativ allgemeine Erkenntnisse beschränkt. Weiterführend ist es daher wichtig, innerhalb der GTZ ein Informationssystem zu schaffen, das Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge kontinuierlich und detailliert dokumentiert, um diese weltweit und organisationsübergreifend zu kommunizieren.

Ein Anfang in diese Richtung war ein Fachgespräch im April 2005 bei der GTZ in Eschborn, wo die Ländererfahrungen vorgestellt wurden.¹⁶⁰ Im Mai 2005 werden die Ergebnisse auf einem internationalen Kongress in Marokko QM-Experten präsentiert.

Es bleibt offen, welche Wirkung die Einführung von QM auf die Gesundheitsversorgung in Ländern der EZ langfristig haben wird. Erst in einigen Jahren wird ersichtlich sein, inwiefern QM dazu beigetragen hat die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

In diesem Kontext sollten in Zukunft folgende Fragen geklärt werden: Kann das Spannungsniveau einer erfolgreich verlaufenen Einführung von QM dauerhaft aufrecht erhalten werden? Können Verteilungskonflikte in einem Gesundheitssystem dadurch minimiert und ein gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsversorgung garantiert werden? Welche Wirkung hat QM nachweislich auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung?

¹⁶⁰ Siehe Anhang Präsentation Fachgespräch 2005. S.15

7 Abkürzungsverzeichnis

CALSAP	Calidad aplicada a Salud Pública (Qualitätsmanagement für Public Health)
CESAG	Institut Supérieur de Santé (westafrikanische Ausbildungseinrichtung)
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
DSRS	Department of Standards and Regulatory Services
EBM	Evidence Based Medicine
EFQM	European Foundation of Quality Management
EQA	European Quality Award
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
ISO	International Organization for Standardization
KQM	Kenyan Quality Modell
NRO	Nicht-Regierungsorganisation
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
PAHO	Pan American Health Organization
PASS	El Proyecto de Apoyo al Sector Salud (Projekt zur Förderung des Gesundheitssektors)
PROSIM	Promoción de la Salud Integral de la Mujer (Projekt zur Förderung der Gesundheit von Frauen)
QM	Qualitätsmanagement
RADAR	Results, Approach, Deployment, Assessment (Methode zur Bewertung der Leistungsfähigkeit eines Unternehmens)
TGPSH	Tanzanian German Programme to Support Health (Tansanisch-deutsches Programm zur Förderung des Gesundheitssektors)
TQIF	Tanzanian Quality Improvement Framework
TQM	Total Quality Management
UNAN	Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua
USAID	US Agency for International Development
WHO	World Health Organization

8 Darstellungsverzeichnis

Abbildung 1	Das EFQM-Modell	8
Abbildung 2	Landkarte El Salvador	15
Abbildung 3	Systematik der QM-Ausbildung in El Salvador	18
Abbildung 4	Landkarte Guinea	23
Abbildung 5	Ablauf des <i>Concours Qualité</i>	26
Abbildung 6	Fragenschema zur Bewertung der Qualität	27
Abbildung 7	Landkarte Kenia	32
Abbildung 8	Dimensionen von KQM	34
Abbildung 9	Kriterium zur Qualitätsbemessung des KQM	35
Abbildung 10	Landkarte Nicaragua	38
Abbildung 11	Landkarte Tansania	45
Tabelle 1	Meilensteine bei der Einführung von QM in El Salvador	17
Tabelle 2	Ergebnisse einer Kundenbefragung in <i>Nueva Guadalupe</i>	21
Tabelle 3	Meilensteine bei der Einführung von QM in Guinea	25
Tabelle 4	Öffentliche Gesundheitseinrichtungen in Kenia	33
Tabelle 5	Meilensteine bei der Einführung von QM in Kenia	35
Tabelle 6	Meilensteine bei der Einführung von QM in Nicaragua	40
Tabelle 7	Schulungsinhalte	41
Tabelle 8	Veränderung von Indikatoren der Gesundheitsversorgung in Nicaragua	43
Tabelle 9	Bewertungsskala	47
Tabelle 10	Inhalte des TQIF-Musterplans	49
Tabelle 11	Empfehlungen zur Einführung von QM in Gesundheitssysteme	70

9 Quellenverzeichnis

Literaturquellen

- Bran S., Razeghi G., Huss G.** Salud descentralizada para lograr calidad en salud para todos. San Salvador 2003
- Baretto Arías C.** Foro Nacional de Calidad en Salud. Republica de Nicaragua. Managua 2004
- Criel B.** District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa, Part II: Case-studies. In: Studies in Health Services Organisation & Policy. ITGPress, Antwerpen 1998
- Department of Standards and Regulatory Services (Hrsg.)** Health Standards and Master Checklist for Health Services and Systems- Monitoring and Evaluation. Nairobi 2002
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (Hrsg.)** Qualitätsmanagement bei Dienstleistungen. Beuth Verlag GmbH, 1.Aufl., Berlin, Wien, Zürich 1995
- Deutsches Institut für Normung (Hrsg.)** Qualitätsmanagement und Statistik: Begriffe. 3.Aufl., Berlin 2001
- Eser A. (Hrsg.)** Biomedizin und Menschenrechte. Verlag Josef Knecht, Frankfurt 1999
- European Foundation for Quality Management (Hrsg.)** Grundkonzepte der Excellence. Brüssel 2003
- European Foundation for Quality Management (Hrsg.)** Excellence einführen. Brüssel 2003
- Hagedorn C., Weißhuhn S. (Hrsg.)** Best Practices in Total Quality: Experiences from East Asia and the USA. Verlag Dräger Druck, Lübeck 1995

- Kamiske G.F. (Hrsg.), Brauer, J.P.** ABC des Qualitätsmanagements. Carl Hanser Verlag, 2.Aufl., München, Wien 2002
- Kamiske G. (Hrsg.), Radtke, P., Wilmes, D.** European Quality Award. 3.Aufl., Carl Hanser Verlag, München, Wien 2002
- Lohr K.N. (Hrsg.)** Medicare- a strategy for quality assurance. Washington D.C. 1990. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln 2001, S.24
- Machado M., Piechulek H.** Gerencia de Calidad: Promoviendo una Cultura de Calidad en las Instituciones de Salud del Primer Nivel de Atención. Republica de Nicaragua: Ministerio de Salud, División General de Recursos Humanos y Docencia, Proyecto de Promoción de la Salud Integral de la Mujer, Managua 2001
- Ministère de la Santé Publique de Guinée (Hrsg.)** Concours Qualité- Rapport final 2004. Conakry 2004
- Ministry of Health Tanzania (Hrsg.)** Tanzanian Quality Framework. Dar es Salaam 2004
- Riemann K.** Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4.Aufl., Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2003
- Schmidt-Ehry G., Prytherch H.** Tanzanian German Programme to Support Health. In: Tanzanian-German Technical Cooperation. Dar es Salaam 2005
- Schneck O.** Lexikon der Betriebswirtschaftslehre. 2.Aufl., Verlag C.H.Beck, München 1994
- Solís F.** Implementación de la Cultura de Calidad en Nicaragua. Republica de Nicaragua, Ministerio de Salud, Managua 2004

Tarimo E., Ntabaye M., Simba D. Towards a National Quality Framework in health care - experiences and lessons. Dar es Salaam 2003

Wehkamp K.H. Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderung der Ökonomie. In: Berliner Medizinische Schriften. 1.Aufl., Humanitas Verlag, Berlin 2004

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) World Health Report 2000. Genf 2000

Artikel

Kornahrens C. Trainieren für effektive Gesundheitsdienste. In: Zeitschrift für Entwicklung und Zusammenarbeit (2004), Heft 03, 2003

Stückelberger C. Grundwerte und Prioritäten globaler Entwicklung. In: Entwicklungspolitik (2004), Heft 14/15, S.34-38

Wehkamp K.H. Brücke zwischen Qualität und Ökonomie. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg.101 (2004), Heft 36, S.A2374

Internetquellen

American Society for Quality ASQ Survey. Milwaukee 2004
Zugriff 13.12.04: www.asq.org/mr/psisurvey.html

Auswärtiges Amt Länder- und Reiseinformationen. Berlin 2004
Zugriff 20.12.04: www.auswaertiges-amt.de/www/de/laenderinfos

Central Intelligent Agency (CIA) The World Factbook. Washington D.C. 2004
Zugriff 30.01.05: www.cia.gov/cia/publications/factbook/

Department of Standards and Regulatory Services
Zugriff: 18.12.04 <http://www.dsrs.org/Finalcongressreport.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. Ludwig Erhard Preis. Frankfurt 2003

Zugriff 28.01.05: <http://www.ludwig-erhard-preis.org/>

Gesundheitsförderung Schweiz Qualitätskriterienliste für Projekte. Lausanne 2004

Zugriff 13.12.04: www.quint-essenz.ch

Gesundheitsministerium Nicaragua

Zugriff: 11.01.05: www.minsa.gob.ni/pns/plan/pdf/capV.pdf

Gesundheitsministerium El Salvador

Zugriff 18.12.04: www.mspas.gob.sv

Gesundheitsministerium Tansania

Zugriff 15.01.2005: www.tanzania.go.tz/government/health.htm

Grupo Salud El Salvador San Salvador 2004

Zugriff 20.12.04: www.gruposaludgtz.org/

Human Development Index Human Development Report 2004

Zugriff 25.04.05:

http://hdr.undp.org/statistics/data/country_fact_sheets/cty_fs_GIN.html

Kenyan Familiy Health Programe

Zugriff 20.12.04: www.sdc-

[health.ch/priorities_in_health/reproductive_health/reproductivehealth_and_rights/reproductive_health_update_2004](http://www.sdc-health.ch/priorities_in_health/reproductive_health/reproductivehealth_and_rights/reproductive_health_update_2004)

National Health Insurance Fund

Zugriff 15.01.05: <http://www.nhif.bg/eng/default.phtml>

Regierung El Salvador Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

Zugriff 15.12.04: www.isri.gob.sv/

Weltgesundheitsorganisation Health Facility Survey. Genf 2003

Zugriff 13.12.04: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/HFS.htm>

Weltgesundheitsorganisation Countries

Zugriff 11.01.05: www.who.int/countries/en/

Quellen aus dem Intranet der GTZ

Eckert A. EFQM in der GTZ. Eschborn 2003

Zugriff 04.12.04: <http://intranet.gtz.de/efqm/>

Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit EFQM in der GTZ. Eschborn 2003

Zugriff 14.12.04: <http://intranet.gtz.de/efqm/>

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Angela Schneiderhan geb. 11.05.1979 versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 23.Mai 2005

Angela Schneiderhan

Anhang siehe Druckversion