

Block, Martina

Working Paper

Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus: Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der AIDS-Hilfen in Deutschland

WZB Discussion Paper, No. SP I 2006-301

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Block, Martina (2006) : Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus: Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der AIDS-Hilfen in Deutschland, WZB Discussion Paper, No. SP I 2006-301, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47363>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Martina Block

Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus.
Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen
der AIDS-Hilfen in Deutschland

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale Sicherung

Januar 2006
Bestell-Nr. SP I 2006-301
ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Das vorliegende Papier beschreibt eine Untersuchung zum Umfang sowie zur Qualitätssicherung und Evaluation der primärpräventiven Aktivitäten in deutschen Aids-Hilfe-Organisationen. Als Datenquelle diente ein selbst entwickelter Fragebogen, der in allen 119 deutschen Einrichtungen eingesetzt wurde. Systematisch wurde erhoben, welche Maßnahmen und Konzepte der Evaluation und Qualitätssicherung bereits eingesetzt werden und inwiefern Unterstützungsbedarf für den weiteren Auf- und Ausbau besteht. Auch die Einstellungen der Akteure in den Einrichtungen zu diesem Thema, die Kenntnisse und der Bedarf an partizipatorischen Verfahren, die alle Akteure in qualitätssichernde Prozesse mit einbeziehen, wurden erfasst. Strukturelle Bedingungen wie die Kapazität der Einrichtungen, das Ausmaß der primärpräventiven Tätigkeit und die Größe des Einzugsgebiets wurden als potentiell fördernde oder hemmende Bedingungen für die Aktivitäten und den Bedarf an Unterstützung überprüft.

Die Befragung, mit einer Rücklaufquote von 89 %, zeigte, dass Primärprävention bis auf wenige Ausnahmen in allen Aids-Hilfe-Organisationen der Bundesrepublik durchgeführt wird. Der Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen erfolgt bereits in großem Umfang. Darüber hinaus wird ein großer Unterstützungsbedarf für deren weiteren Auf- und Ausbau angemeldet. Die Grundeinstellung der Akteure in den Projekten der Deutschen AIDS-Hilfe gegenüber Qualitätssicherung ist sehr positiv. Sie bildet eine solide Basis für deren aktuelle und zukünftige Umsetzung. Von einem Teil der Einrichtungen werden qualitätssichernde Maßnahmen als Mehrbelastung empfunden. Als Hemmnisse für die Umsetzung von Qualitätssicherung werden steigende Arbeitsbelastung, mangelnde Ressourcen und Unsicherheit bei der Anwendung angegeben.

Für die Prävention und deren Qualitätssicherung müssen weiterhin angemessene Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Für zukünftige Prozesse der Evaluation und Qualitätssicherung der HIV/Aids-Primärprävention wird eine partizipatorische Vorgehensweise bei der Entwicklung und Implementierung von flexiblen, einrichtungsorientierten Instrumenten, die auf die Vielfalt der Bedürfnisse in den Einrichtungen zugeschnitten sind, vorgeschlagen.

Abstract

The main focus of this study was to examine the experience with and attitudes towards quality assurance and evaluation of primary prevention interventions within the AIDS service organizations (ASOs) in Germany. In addition the need for the development and implementation of appropriate quality assurance and evaluation measures was documented. A total of 89% of the ASOs responded to the questionnaire. Virtually all of the ASOs practice primary prevention and have already employed numerous quality assurance measures. A few have experience with evaluation also. The data reflect a clear need for more support to develop further instruments of quality assurance and evaluation. The majority of the respondents expressed a positive and open attitude regarding the topic of quality assurance, an encouraging result for future development. Some of the respondents expressed the opinion that quality assurance and evaluation constitute an unnecessary burden in their daily work. The growing workload over the last several years, a lack of financial resources, and a lack of confidence in their ability to carry out quality assurance are hindering factors for the implementation of such measures.

In order for quality assurance and evaluation to be implemented fully, more resources need to be made available for this purpose, thus creating the capacity needed for the organizations to invest in this activity. Technical assistance using a participatory action research approach supplemented by further training in methods of quality assurance and evaluation would provide the additional support needed for the implementation of measures tailored to the diverse needs of the individual organizations.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1. Einleitung	9
1.1 Einführung in die Thematik: Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention	9
1.2 Evaluation und Qualitätssicherung der Primärprävention in den Aids-Hilfen – eine Bestandsaufnahme	10
1.3 Übersicht über die Kapitel.....	11
2. Epidemiologie von HIV/Aids.....	12
2.1 Die aktuelle Aids-Situation in Deutschland	12
3. Ansätze und Formen der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung	14
3.1 Prävention.....	14
3.2 Primärprävention bei HIV und Aids	15
3.3 Finanzierung von HIV/Aids-Primärprävention.....	17
3.4 Gesundheitsförderung	17
4. Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention.....	18
4.1 Schlüsselbegriffe und Elemente von Evaluation und Qualitätssicherung.....	18
4.2 Partizipatorische Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention.....	22
4.3 Angebote zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Deutschen AIDS-Hilfe	27
4.4 Bedingungen für erfolgreiche Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention und Gesundheitsförderung	27
4.5 Zusammenfassung	29
5. Fragestellung und Forschungsansatz.....	30
5.1 Das Erhebungsinstrument: ‚Fragebogen zu Erfahrungen mit Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV/Aids-Primärprävention‘	30
5.2 Die Fragebogenerhebung	35
5.3 Datenbasis	36
5.4 Forschungsfragen und methodisches Herangehen	37
6. Ergebnisse	41
6.1 Die Situation in den Aids-Hilfen.....	43
6.2 Überblick über die Ergebnisse zu den einzelnen Forschungsfragen.....	49
6.3 Stand der Evaluation und Qualitätssicherung primärpräventiver Angebote	50
6.4 Wechselwirkung zwischen strukturellen Bedingungen und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung.....	55
6.5 Wechselwirkungen zwischen Einstellungen der Mitarbeiter und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung.....	59
6.7 Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen der Einrichtungen und Unterstützungsbedarf	67
6.8 Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Mitarbeiter und dem Bedarf an Aus- und Weiterbildung	74
6.9 Einstellungen der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung.....	76
6.10 Zusammenhänge zwischen den strukturellen Bedingungen und den Einstellungen der Mitarbeiter	80
6.11 Kenntnisse, Umsetzungstand und Unterstützungsbedarf bei partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung.....	82
6.12 Wechselwirkungen von strukturellen Bedingungen mit Kenntnissen und Weiterbildungsbedarf zu partizipatorischen Ansätzen.....	84
6.13 Zusammenhang zwischen Einstellungen und Kenntnissen sowie Weiterbildungsbedarf zu partizipatorischen Ansätzen.....	87
7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	89

7.1	Reflexion über die Ziele der Untersuchung	89
7.2	Erfahrungen in deutschen Aids-Organisationen mit Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention.....	91
7.3	Bedarf der Aids-Hilfen an Unterstützung bei der Durchführung und dem Auf- bau von Evaluation und Qualitätssicherung.....	92
7.4	Einstellungen zur Qualitätssicherung.....	93
7.5	Fördernde und hemmende Bedingungen beim Einsatz und Unterstützungs- bedarf zu evaluativen und qualitätssichernden Maßnahmen.....	94
7.6	Kurze Reflexion der Studie	98
7.7	Bewertung der wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis	99
8.	Abkürzungsverzeichnis	103
9.	Bibliographie der verwendeten und zitierten Literatur	104
10.	Appendix	109

Vorwort

In einem Kooperationsprojekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und der Deutschen AIDS-Hilfe wurde die gängige Praxis von Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung der Primärprävention systematisch beschrieben und der Unterstützungsbedarf ermittelt. Gemeinsam mit Michael Wright habe ich eine Bestandsaufnahme zu den Aktivitäten der Aids-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung veröffentlicht, in die Teile der hier referierten Daten komprimiert eingegangen sind (vgl. Wright, Block 2005). Das vorliegende Diskussionspapier ist die ausführliche Darstellung der Ergebnisse aus dem quantitativen Teil der Bestandsaufnahme, die mit Hilfe einer Fragebogenerhebung, versendet an alle deutschen Aids-Hilfen, durchgeführt wurde.

Die nachfolgend präsentierte Publikation bettet die Untersuchung in den aktuellen Forschungsstand ein und liefert detaillierte Ergebnisse, wie es auch von den teilnehmenden Aids-Hilfen gewünscht worden war.

Ich möchte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Prof. Rolf Rosenbrock, die diese Veröffentlichung durch einen Werkauftrag ermöglicht haben, danken. Das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung hat die Infrastruktur für die Erstellung und Auswertung des Erhebungsinstrumentes zur Verfügung gestellt. Mein besonderer Dank gilt Dr. Michael Wright, der die Fragebogenerhebung angestoßen und den Prozess der Arbeit mit wissenschaftlichem und kollegialem Interesse verfolgt und begleitet hat. Frau Dr. Birgit Babitsch möchte ich für ihre anregenden Kommentare danken. Robert Kordts hat als Praktikant einen wichtigen Beitrag für die Dateneingabe und die telefonische Nachfassaktion geleistet.

Der Deutschen AIDS-Hilfe als Kooperationspartnerin und insbesondere deren Einrichtungen sei für die rege Teilnahme gedankt. Ohne sie wäre der einzigartige Rücklauf des Fragebogens nicht möglich gewesen.

Martina Block

1. Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik: Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention

Präventive Maßnahmen im Gesundheitsbereich sind in Deutschland vermehrt Gegenstand wissenschaftlicher und politischer Diskussionen geworden – vor allem vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform 2000. Messbare Qualität und Kosteneffektivität rücken zunehmend in das öffentliche Interesse. Angesichts der aktuellen Ressourcenverknappung spielen Evaluation, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement eine immer größere Rolle, auch als Anhaltspunkte für Kostenträger und Zuwendungsgeber, die über Bestand oder Streichung von präventiven Maßnahmen entscheiden. Die prekäre finanzielle Lage zwingt Länder und Kommunen, Kriterien für die Leistungsfähigkeit der von ihnen finanzierten sozialen Einrichtungen zu formulieren. Das betrifft auch die Aids-Hilfen. Altgeld und Kollegen bemerken zur aktuellen Lage im Gesundheitssektor treffend:

„Kaum ein anderer Diskussionsstrang hat sich in den vergangenen Jahren als virulenter erwiesen als die Qualitätssicherungsdiskussion im Gesundheitswesen. Angesichts chronisch angespannter Haushaltslagen der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger sowie des zunehmenden Qualitätsbewusstseins in anderen Dienstleistungsbereichen ist auch der Gesundheitssektor keine Insel nicht hinterfragter Routinen und für die Akteure kaum nachvollziehbarer Ressourcenallokation mehr.“ (Altgeld et al. 2001, S. 170)

Bei den kurativen und rehabilitativen Verfahren der Sekundär- und Tertiärprävention, die überwiegend im gut kontrollierbaren klinischen Setting stattfinden, ist eine Überprüfung der Wirksamkeit vergleichsweise gut leistbar. Primärpräventive Maßnahmen, die eine Erkrankung bzw. einen Krankheitsausbruch verhindern sollen, sind weitaus schwieriger zu evaluieren. Hinzu kommt, dass sich die finanziellen Kürzungen auch auf die Evaluation auswirken. Werden Zuwendungen gekürzt, so wird das Geld für Evaluation zuerst gestrichen (vgl. Wright 2003b). Davon sind auch die Aktivitäten von Nichtregierungsorganisationen (NRO) wie der Deutschen Aids-Hilfe (DAH) betroffen, dem größten deutschen Anbieter von Primärprävention im HIV/Aids-Bereich.

In den achtziger Jahren führte die weltweit wahrgenommene Bedrohung durch HIV/Aids zu einer bundesweiten Aufklärungskampagne im Sinne einer strukturellen Prävention. Maßgeblich wurde diese Kampagne durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit der Deutschen Aids-Hilfe gesteuert. Seitdem bietet vor allem die DAH erfolgreich Prävention für hauptsächlich betroffene Gruppen an.

In den Aids-Hilfen und unter Fachleuten herrscht zwar weitgehend Konsens, dass Primärprävention eine bewährte Maßnahme ist, wie die Wirksamkeit einzelner Interventionen nachgewiesen werden kann, darüber gehen die Einschätzungen jedoch auseinander. Die BZgA bemüht sich intensiv darum, die Wirksamkeit ihrer bundesweiten Kampagnen festzustellen. Sie wertet beispielsweise Kondomabsatzzahlen aus und befragt Hauptbetroffenengruppen wie Schwule mit jeweils aktuellem Fokus (Ost/West, safer sex etc.) zu ihrem Sexual- und Gesundheitsverhalten. Bochow führt diese Befragungen seit 1994 durch (vgl. Bochow 1997, Bochow 2001, Bochow et al. 2004, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004b).

Zwar ist man sich einig, dass die Arbeit der Aids-Hilfen systematisch ausgewertet werden soll, aber es fehlt noch immer an klar definierten partizipatorischen einrichtungsbezogenen Theorien und Methoden der Evaluation und Qualitätssicherung. Erste Probleme zeigen sich bereits, wenn man die Kriterien für die Wirksamkeit festlegen will: Sollen Neuinfektionsraten berücksichtigt werden oder sind das Erreichen und die Akzeptanz durch die Zielgruppe als Wirksamkeitsnachweise ausreichend? Es gibt bislang weder zufrieden stellende Evaluationsverfahren noch umfassende Evaluationen (vgl. Wright 2001). Aufgrund aktueller finanzieller Engpässe ist der Spielraum für deren Entwicklung und Durchführung in den betroffenen Einrichtungen sehr begrenzt. Häufig herrscht eine Diskrepanz zwischen Praxis und Wissenschaft. ‚Beforschte‘ werden gar nicht oder unzureichend in den Forschungsprozess mit einbezogen, so dass die Studienergebnisse für die Aids-Hilfen nicht relevant sind. Evaluative Forschung sollte Projekte von Anfang an *partizipatorisch* an der Konzeption und Durchführung beteiligen. Nur dann bringen die aufgeworfenen Forschungsfragen, die gewählten Methoden und die Resultate einen direkten Gewinn für die Projekte (vgl. Wright 2001, Wright 2004a).

Für eine bedarfsgerechte oder, wie Altgeld und Mitarbeiter (Altgeld et al. 2001) es nennen, einrichtungsbezogene Qualitätssicherung müssen erst einmal die Konzepte und Verfahren, die in den Einrichtungen bereits genutzt werden, bekannt sein. Darüber hinaus muss sie sich am individuellen Unterstützungsbedarf orientieren. Hier setzt die vorliegende Bestandsaufnahme an, deren Anliegen in Kapitel 1.2 näher beschrieben werden.

1.2 Evaluation und Qualitätssicherung der Primärprävention in den Aids-Hilfen – eine Bestandsaufnahme

Die Deutsche AIDS-Hilfe und das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) führten ein Kooperationsprojekt zur „Bestandsaufnahme der Aktivitäten der Aids-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention“ (vgl. Wright, Block 2005) durch, um die oben genannte Lücke zu schließen. Im Rahmen dieses Projektes sollten die Formen und der Umfang der in den Aids-Hilfen gängigen Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten systematisch beschrieben werden. Darüber hinaus interessierte auch der Bedarf an fachlicher Unterstützung für die Durchführung dieser Aktivitäten in den teilnehmenden Einrichtungen.

Dazu wurde per Fragebogenerhebung eine Bestandsaufnahme in allen 119 Aids-Hilfen (Totalerhebung) zu Konzepten und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung von primärpräventiven Angeboten durchgeführt. Auch der Bedarf an Aus- und Weiterbildung und wissenschaftlicher Begleitung für solche Verfahren wurde erfragt, ebenso wie die Einstellungen zu Evaluation und Qualitätssicherung. Darüber hinaus wurde erfasst, ob spezielle Kenntnisse zu partizipatorischen Vorgehensweisen vorhanden sind und ob solche Ansätze bereits umgesetzt werden. Ziel war eine differenzierte Analyse des Ist-Zustands und des Bedarfs an Unterstützung beim Auf- bzw. Ausbau von Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung. Daraus sollten gezielte Begleitung und Fortbildungsmaßnahmen entwickelt werden. Außerdem stellte sich die Frage, wovon der Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen beeinflusst wird. Dabei standen vor allem die strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen und die Einstellungen der Mitarbeiter¹ zur Qualitätssicherung als potentiell fördernde oder hem-

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird hier und im Folgenden bei Personalbegriffen die maskuline Form verwendet. Selbstverständlich haben weibliche und männliche Mitarbeiter gleichberechtigt teilgenommen. Von anonymisierten Daten werden ohnehin keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen gezogen.

mende Bedingungen im Fokus. Als Mitarbeiter dieses Kooperationsprojektes sind wir einer partizipatorischen Vorgehensweise verpflichtet. Daher ist sowohl der Projektbericht, in den die hier präsentierten Ergebnisse in Auszügen eingehen, als auch diese Publikation allen Aids-Hilfen und Zuwendungsgebern zugänglich.

Ein wünschenswerter Nebeneffekt der Erhebung wäre, das Interesse der Aids-Hilfen an der Anwendung von Evaluations- und Qualitätssicherungsmethoden in der Primärprävention zu verstärken und einzelne Einrichtungen für die Teilnahme an einem Folgeprojekt, das noch zu beantragen ist, zur Entwicklung von Instrumenten partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention im Sinne einer längerfristigen Zusammenarbeit zu gewinnen.

1.3 Übersicht über die Kapitel

Nach dieser Einführung in das Thema der Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention im HIV/Aids-Bereich skizziert Kapitel 2 die Entwicklung der HIV/Aids-Epidemie und die aktuellen Befunde. Damit wird der Gegenstandsbereich der in den Aids-Hilfen angebotenen präventiven Maßnahmen umrissen. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die Literatur zum aktuellen Forschungsstand zu Prävention und Gesundheitsförderung. Außerdem wird Primärprävention speziell im HIV/Aids-Bereich beschrieben und in den Kontext der Prävention eingeordnet. Die besondere Rolle der Deutschen AIDS-Hilfe als Dachverband aller regionalen deutschen Aids-Hilfe-Organisationen wird beleuchtet und das Spektrum der Angebote dargestellt.

Kapitel 4 erläutert den Forschungsstand zu Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitssektor. Damit wird der Untersuchungsgegenstand des Kooperationsprojektes in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet. Dabei wird besonders auf strukturelle Bedingungen und auf Einstellungen als potentielle Einflussfaktoren auf Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention eingegangen. Zudem werden, als besondere Form, Ansätze partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung dargestellt.

Kapitel 5 beschreibt die methodische Herangehensweise an die Untersuchung. Die in den vorhergehenden Kapiteln referierte Literatur dient dazu, Forschungsfragen zu explizieren und das Messinstrument zu beschreiben. Außerdem werden der entwickelte Fragebogen, seine Auswertung und die Datenbasis erläutert.

Die Ergebnisse der Studie werden in Kapitel 6 vorgestellt. Dabei geht es zum einen um das Ausmaß, in dem deutsche Aids-Hilfen Primärprävention durchführen, und zum anderen um die strukturellen Bedingungen, unter denen sie diese Arbeit leisten. Auch die Einstellungen der Mitarbeiter in den Einrichtungen, die mit die Basis für die Verwirklichung von Qualitätssicherung bilden, werden beschrieben. Die Bestandsaufnahme zu evaluierenden und qualitätssichernden Aktivitäten der Aids-Hilfen reflektiert die aktuelle Lage in den Einrichtungen. Darüber hinaus wird ein Bild über den Bedarf nach Unterstützung bei ihrem Auf- und Ausbau gegeben. In Kapitel 7 werden diese Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. Ein Schwerpunkt liegt hier auf den Empfehlungen für die zukünftige Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention.

2. Epidemiologie von HIV/Aids

1983 wurde HIV erstmals diagnostiziert. In den folgenden Jahren breitete sich das HI-Virus weltweit epidemisch vor allem in Entwicklungsländern aus. Bis heute steigt die Zahl der Neuinfektionen in vielen Regionen unvermindert und führt zu ernststen wirtschaftlichen und sozialen Problemen. Das Robert-Koch-Institut (RKI) gab die weltweite Prävalenz mit 40 Mio. und die Inzidenz für das vergangene Jahr mit 5 Mio. an (vgl. RKI Epidemiologisches Bulletin 2004). 3 Mio. Menschen starben in diesem Jahr weltweit an Aids (RKI 2004).

Bereits 1983 war in Deutschland und den westlichen Industrieländern die männliche homosexuelle Population am stärksten von Neuinfektionen betroffen. 1986/87 gab es die meisten Neuinfektionen in der Gruppe der i.v.-Drogenbenutzer (vgl. Hamers, Downs 2004). Für den Abfall des Inzidenz Gipfels kann wohl hauptsächlich ein Sättigungseffekt verantwortlich gemacht werden, da die Hauptbetroffenengruppen nach kurzer Zeit weitgehend durchinfiziert waren. Durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragene Infektionen nahmen von 1980 bis in die frühen neunziger Jahre allmählich zu. Ab Mitte der achtziger Jahre blieb die Neuinfektionsrate in allen Gruppen relativ konstant, sie fiel zum Jahrtausendwechsel sogar leicht ab. Dennoch kann keine Entwarnung gegeben werden. Die seit 2000 wieder ansteigenden Zahlen geben nicht nur in Deutschland Anlass zur Besorgnis. So sind im westlichen Europa die Inzidenzen der HIV-Infektion im Jahr 2002 um 28 % gegenüber 2001 angestiegen. Unter den i.v.-Drogenbenutzern sank sie zwar um 16 %, stieg jedoch immens durch heterosexuelle Übertragungswege (122 %). Hier war vor allem ein Anstieg von Infektionen bei Personen, die aus Hochrisikoländern wie der Sub-Sahara stammen, zu verzeichnen (179 %). Auch die Anzahl der Infektionen bei männlichen Homosexuellen stieg erstmalig nach einem kontinuierlichen Abfall in den Vorjahren wieder an (um 22 %). Vor allem der Anstieg der Inzidenz von Frauen verweist auf die Veränderung der Transmissionswege. 2002 lag ihr Anteil bei den Erstdiagnosen mit 38 % erheblich über dem von 2001 mit 25 %. Allerdings sollte die Bewertung der Anstiege kritisch hinterfragt werden, empfehlen Hamers und Downs (2004). Die Daten repräsentieren nicht unbedingt tatsächliche Inzidenzen. Auch unterschiedliche Meldemoral und Testverhalten können für die Schwankungen verantwortlich sein. Nicht alle gemeldeten Erstdiagnosen entsprechen einer aktuellen Infektion. Der Getestete kann sich durchaus in den Vorjahren infiziert haben. Aber eine Zunahme des Testens produziert einen scheinbaren Anstieg. In England und Dänemark nahm bspw. die Testhäufigkeit zu, in Belgien dagegen ging sie zurück. Die Infektionszahlen der heterosexuellen Bevölkerung in Deutschland blieben in den letzten Jahren etwa gleich. In der Gruppe der homosexuellen Männer sind sie in den letzten zwei Jahren, vor allem bei den 30- bis 44-jährigen Männern, eher gestiegen (vgl. Bochow et al. 2004).

Im folgenden Kapitel wird die aktuelle HIV/Aids-Situation in Deutschland beleuchtet.

2.1 Die aktuelle Aids-Situation in Deutschland

Seit einigen Jahren wird – neben dem Verweis auf die nach wie vor bestehende Möglichkeit einer HIV-Infektion – verstärkt auf die erneute Zunahme von HIV-Infektionen hingewiesen. Die Pressemitteilungen des Robert-Koch-Institutes anlässlich der Welt-Aids-Tage titeln bspw. *„Aids ist nicht erledigt“* (November 2001) und *„In Deutschland nimmt die Zahl der Menschen mit HIV weiter zu“* (25.11.2003). Im Epidemiologischen Bulletin von 2004 wird festgestellt: *„Die Epidemie ist längst nicht unter Kontrolle“* (S. 402). Und das trifft nicht nur auf Länder

der dritten Welt zu. Wenngleich dort die Infektionsraten wesentlich höher sind, so ist auch für Deutschland die Gefahr noch nicht gebannt.

In einer gemeinsamen Presserklärung vom 24.3.04 weisen RKI und BZgA darauf hin, dass sich auch in Deutschland die Anzeichen für eine neue Dynamik der HIV-Epidemie mehren. Die Ursache könnte in einer ‚Gewöhnung‘ – im psychologischen Sinn – liegen, bedingt durch den langen Bestand der Epidemie. Einige Forscher wie Bochow, Wright und Lange (2004) oder Rosenbrock und Schaeffer sprechen von einer Normalisierung von Aids (vgl. Bochow et al. 2004, Rosenbrock, Schaeffer 2002). Wenn von einer Normalisierung gesprochen werden kann, dann nur im Sinne einer sozialen, wie sie seit Gründung der DAH als Vermeidung von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung angestrebt wird. Denn Aids ist nach wie vor eine tödliche, nicht heilbare Erkrankung. Eine HIV-Infektion ist immer noch tragisch; viele Mitglieder der Gesellschaft stellen sie aber mittlerweile eher in eine Reihe mit den potentiell tödlichen chronischen Erkrankungen wie Krebs. Durch den Einsatz von HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) leben Menschen in den industrialisierten Ländern oft lange mit dem Virus und werden nicht mehr so stark ausgegrenzt.

Gepaart mit der Entwicklung erfolgreicher medikamentöser Behandlungsstrategien hat diese Normalisierung vermutlich zu einer Einstellungsänderung beigetragen, die sich in einer wachsenden Risikobereitschaft beim Sexualverhalten widerspiegelt. Vielen Menschen erscheint die Erkrankung beherrsch- bzw. therapierbar. Damit hat sich auch die Angst vor einer Infektion reduziert. Vor allem Jugendliche halten HIV/Aids für eine behandelbare Geschlechtskrankheit. Die Werbekampagnen der pharmazeutischen Industrie, die mittels ‚kerngesunder‘, attraktiver Werbeträger suggerieren, dass eine HIV-Infektion die Lebensqualität nicht einschränkt, unterstützen dieses Bild.

HIV und die Folgeerkrankung Aids sind heute zwar besser behandelbar, dennoch handelt es sich um eine tödlich verlaufende Krankheit mit ca. 23.500 Todesfällen in Deutschland seit Beginn der Epidemie (Stand Ende 2004). Die folgenden aktuellen Zahlen des RKI zeichnen ein alarmierendes Bild der Lage in Deutschland.

Eckdaten zu HIV/Aids

Die Gesamtzahl der Neuinfektionen erhöhte sich 2003 in Deutschland leicht. Die bereits im ersten Halbjahr 2003 steigende Zahl der Erstinfektionen blieb auch im zweiten Halbjahr bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten erhöht. In derselben Gruppe nahmen auch Syphilisinfektionen, die zu der Gruppe der STD (Sexual Transmitted Disease) zählen, zu. Parallel hierzu verminderte sich das Schutzverhalten bei sexuell aktiven Personen. Der Kondomgebrauch ließ nach und die Kondomabsatzzahlen sanken.

Im Jahr 2003 wurden 1.958 Neuinfektionen gemeldet, hauptsächlich aus Ballungsräumen wie Berlin, Hamburg, München, Frankfurt am Main und Köln. 41 % der Betroffenen waren Männer, die Sexualkontakte mit Männern hatten (MSM). Die Anzahl der Erstinfektionen ohne Angabe des Übertragungsweges lag bei 22 %. Auch hier gab es einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (vgl. RKI 2004).

Ähnliches gilt für das Jahr 2004. Allerdings lagen zum Jahresende bislang nur Schätzungen vor. Die Inzidenz wurde mit etwa 2.000 Fällen angegeben. Rund 55 % waren auf gleichgeschlechtliche Kontakte zwischen Männern zurückzuführen (vgl. RKI 2005a). Damit ist die männliche homosexuelle Transmission weiterhin der vorherrschende Übertragungsweg.

3. Ansätze und Formen der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung

Angesichts der hohen HIV-Infektionsrate, die seit Beginn des neuen Jahrtausends sogar wieder ansteigt, ist die Verhinderung von Infektionen wie HIV nach wie vor erklärtes Ziel präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich. Bevor konkret auf die HIV/Aids-Primärprävention und die besondere Rolle, die die Deutsche Aids-Hilfe hierbei einnimmt, eingegangen wird, führt das folgende Kapitel allgemein in den Gegenstandsbereich von *Prävention* als Krankheitsverhütung ein und zieht die Grenzen zur *Gesundheitsförderung*.

3.1 Prävention

Unter Prävention werden alle vorbeugenden Maßnahmen verstanden, die unerwünschte physische oder psychische Zustände verhindern (vgl. Bührlen-Armstrong 1998). Gesundheitsschädigende Faktoren sollen bereits vor ihrem Wirksamwerden erkannt und ausgeschaltet werden. Präventive Strategien und Maßnahmen werden gezielt eingesetzt, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden. In westlichen Industrienationen bedeutet dies, dass chronische und degenerative Erkrankungen verhindert werden oder, wenn das nicht möglich ist, ihr Beginn verzögert wird. Gemeint sind weitgehend vermeidbare Erkrankungen, die mit zunehmendem Lebensalter auftreten.

Prävention lässt sich nach der Interventionsphase, der Interventionsebene, der Zielgruppe, den Instrumenten und den Trägern von Interventionen unterscheiden (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2004, S. 57). Im Folgenden werden die Interventionsphasen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und die Interventionsebenen (Verhaltens- und Verhältnisprävention) am Beispiel der Zielgruppen für HIV/Aids-Prävention erläutert. Träger der Maßnahmen ist die Deutsche Aids-Hilfe.

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Der Eingriffszeitpunkt in den Prozess der Krankheitsentstehung, d. h. wann die Intervention einsetzt, bestimmt die Art der präventiven Maßnahme. Ein umfassendes Konzept von Prävention hat Caplan (1964) vorgelegt. Es hat die Begrifflichkeit nachhaltig geprägt und differenziert zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention.

Bei der *Primärprävention* i. S. v. Krankheitsverhütung kann zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention differenziert werden. Erstere wird als Modifikation gesundheitsrelevanten Verhaltens verstanden (z. B. die Benutzung eines Sicherheitsgurtes beim Autofahren), letztere als gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie die Bereitstellung von hygienisch einwandfreiem Wasser. Die Kombination beider nennt sich strukturelle Prävention. Sie kommt auch in der HIV/Aids-Prävention zum Einsatz. Sie setzt vor der Erkrankung an und zielt darauf, die Krankheitswahrscheinlichkeit vor allem für besonders bedrohte und betroffene Gruppen zu senken.

Rosenbrock (2003) schlägt eine Klassifikation primärpräventiver Aktivitäten je nach Interventionsebene (Individuum, Setting oder Bevölkerung) vor, die zusätzlich nach Instrumenten (Information, Beratung) oder Stoßrichtung (Beeinflussung des Kontextes) differenziert wird. Die daraus abgeleiteten sechs Interventionstypen senken bei angemessener Durchführung die Belastung und stärken die Ressourcen.

Abbildung 1: Typen und Arten der Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
Individuum	z. B. ärztliche Gesundheitsberatung	z. B. ‚präventiver Hausbesuch‘
Setting	z. B. Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen, gesundes Kantinenessen	z. B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z. B. ‚Esst mehr Obst‘, ‚Sport tut gut‘, ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘	z. B. HIV/Aids-Kampagne

Darstellung Rosenbrock (2003, S. 6) entnommen

Sekundärprävention, verstanden als Sicherstellung einer frühestmöglichen Diagnose und Therapie von Krankheiten, soll den individuellen Behandlungszeitpunkt durch Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennung vorverlegen. Das bedeutet, eine HIV-Infektion so schnell wie möglich zu erkennen und eine antiretrovirale Therapie anzusetzen. So kann die Viruslast gesenkt und der Ausbruch von Aids hinausgeschoben werden. Die Ziele der Sekundärprävention sind eng mit der *Tertiärprävention* verzahnt. Sie zielt auf Ausgleich bzw. die Eingrenzung von Krankheitsfolgen (z. B. Krankenversorgung, Rehabilitation), wenn eine Erkrankung wie Aids ausgebrochen ist.

Obwohl Verhältnisprävention vor allem ein Instrument der Primärprävention ist, greift sie bei HIV/Aids in alle Bereiche der Prävention ein. Die Reduktion psychosozial bedingter Risikofaktoren, wie sie die Deutsche AIDS-Hilfe propagiert, ist auf allen Ebenen der Prävention wirksam: In den Hauptbetroffenengruppen kann die Veränderung der sozialen Lebensbedingungen eine Infektion verhindern. Der Zugang zu Schutzmaßnahmen wie Kondomen oder zu sterilen Spritzen bei i. v. Drogenkonsumenten verringert die Gefahr einer Infektion. Die Stabilisierung der sozialen Situation Infizierter oder Erkrankter wirkt verzögernd auf den Ausbruch und die Progredienz der Krankheit und führt so zu einem Gewinn an Lebensqualität.

3.2 Primärprävention bei HIV und Aids

Die Anfang der achtziger Jahre weltweit bekannt gewordene HIV-Infektion stellte nicht nur die deutsche Gesundheitspolitik vor eine große Herausforderung. Die Frage, wie mit dieser nur schwer einschätzbaren Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung umgegangen werden sollte, spaltete die Verantwortlichen in zwei Lager. Wright zitiert Frankenberg, der eine Kontroverse zwischen Minimalisten und Maximalisten beschreibt (vgl. Wright 2004c). Konzepte traditioneller seuchenpolizeilicher Krankheitsabwehr i. S. v. ‚old public health‘ standen ‚new public health‘-Strategien, die auf kollektive Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung setzten, gegenüber (vgl. Rosenbrock 1998, S. 38). In Deutschland setzte sich im Rahmen der HIV-Prävention ein gemeindeorientiertes Konzept gesellschaftlichen Lernens gegenüber der klassischen Ermittlung und Isolierung von ‚Infektionsquellen‘ durch.

Nichtregierungsorganisationen wie die Deutsche AIDS-Hilfe führen mit staatlicher Förderung zielgruppenspezifische Primärprävention durch. Zentrales Element der Kampagnenstruktur ist bis heute die Kooperation und Arbeitsteilung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als staatlicher Einrichtung und der DAH als Selbsthilfeorganisation. Die BZgA steuert massen- und personalkommunikative Kampagnen, z. B. durch massenmediale Angebote. Die DAH fokussiert ihre Angebote auf von HIV besonders bedrohte und betroffene Zielgruppen (vgl. BZgA 2004).

Die Rolle der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)

Da die vorliegende Publikation aus einem Kooperationsprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe und des WZB entstanden ist, wird im Folgenden die Entstehungsgeschichte des Dachverbandes und seine besondere Rolle in der aktuellen Primärprävention vorgestellt.

Die Deutsche AIDS-Hilfe wurde 1983 von schwulen Männern und einer Krankenschwester gegründet, um Aufklärung und Informationen zu HIV und Aids anzubieten. Erkrankte sollten unterstützt und ihrer sozialen Stigmatisierung entgegengewirkt werden. Seit 1985 ist die DAH der Dachverband aller 119 regionalen Aids-Hilfe-Organisationen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, Jahresbericht 2003, 2004). Als Nichtregierungsorganisation (NRO) mit Selbsthilfecharakter versteht sie sich als Interessenvertretung von und für Menschen mit HIV und Aids und als Fachverband der Gesundheitsförderung und Prävention. Die DAH betreibt strukturelle Prävention. Dabei orientiert sie sich an der Ottawa-Charta von 1986 und dem ihr zugrunde liegenden Konzept der Lebensweisen und -welten.

„Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten sind nicht nur Folge individueller Entscheidungen, sondern hängen maßgeblich von politischen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen ab. Eine Prävention, die sich allein auf die Krankheit konzentriert und die Rahmenbedingungen außer Acht lässt, ist zum Scheitern verurteilt. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollen nicht auseinander gerissen werden. Die Konzentration auf den Menschen und seine Lebenswirklichkeit ist somit unerlässlich.“

(Zitat aus der Selbstdarstellung der DAH im Internet vom 28.06.2004)

Die DAH ist weltweit die einzige Aids-Organisation, die sowohl HIV-Primärprävention durchführt als auch gleichermaßen als Interessenvertretung von Menschen mit HIV und Aids fungiert.

Aktuelle primärpräventive Aktivitäten der Deutschen AIDS-Hilfe

Im Laufe der Jahre hat die DAH das Spektrum ihrer Zielgruppen stetig erweitert. Nicht nur die multimediale Kampagne in Kooperation mit der BZgA, sondern auch die einzelnen im Dachverband organisierten Aids-Hilfen zielen mit ihrer breit gefächerten Primärprävention sowohl auf gesellschaftliche Randgruppen als auch auf die Allgemeinbevölkerung. Im Zentrum der präventiven Maßnahmen stehen homo- und bisexuelle Männer, männliche und weibliche Sexarbeiter, Migranten, Frauen und Männer mit HIV/Aids, Menschen in Haft, i. v. drogengebrauchende Frauen und Männer, Angehörige von Menschen mit HIV/Aids und die Allgemeinbevölkerung. Anfangs lag der Fokus auf der Schwulenszene, die am stärksten von der Ausbreitung der Infektion betroffen war. 1985 rückten als besonders gefährdete Gruppe die i. v. Drogengebraucher in das Blickfeld. Plakate wiesen auf die Infektionsgefahr bei der gemeinsamen Benutzung von Injektionsbesteck hin. Mittlerweile bietet die DAH Informationen für alle Bevölkerungsgruppen an. In den letzten Jahren wurde die Online-Beratung verstärkt ausgebaut, um der zunehmenden Nutzung des Internets als Informations- und Kommunikationsmedium gerecht zu werden. Das Internet eignet sich laut DAH besonders gut zur Prävention von HIV und anderen übertragbaren Geschlechtskrankheiten (STD). Sehr viele Männer, die Sex mit Männern haben, nutzen dieses Medium zur Kommunikation. Vor allem auch Jüngere orientieren sich mit Hilfe des Netzes, knüpfen Kontakte und probieren sich aus. So können auch Menschen informiert werden, die mit traditionellen Angeboten nur schwer erreichbar sind.

Die DAH nutzt unterschiedlichste Zugangswege, um mit ihren vielfältigen primärpräventiven Angeboten die Zielgruppen zu erreichen. Sie veröffentlicht zielgruppenspezifische Medien wie Faltblätter, Broschüren, Plakate, Postkarten, Anzeigen und Fachbücher. Die regionalen Aids-Hilfen beraten darüber hinaus alle Bevölkerungsgruppen telefonisch, persönlich oder auch per E-Mail. Zusätzlich setzen sie vielfach aufsuchende Arbeit (Streetwork, Vor-Ort-Arbeit) ein, um besonders betroffene Gruppen, wie Schwule, i. v. Drogenbenutzer und Sexarbeiter, zu kontaktieren und zu beraten. Außerdem sind die Aids-Hilfen auf Veranstaltungen, die von den Zielgruppen besucht werden, z. B. mit Infoständen oder Aktionen präsent. Darüber hinaus werden Informationsveranstaltungen und Fortbildungen für Multiplikatoren durchgeführt.

3.3 Finanzierung von HIV/Aids-Primärprävention

Die Finanzierung der HIV/Aids-Primärprävention spiegelt ihre gesundheitspolitische Bedeutung wider. Von 1987 bis 1995 wurden von der Bundesregierung jährlich etwa 35 Mio. DM bereitgestellt. Nach der Gesundheitsreform 1996 sank die Summe auf jährlich etwa die Hälfte (18 Mio. DM) (vgl. Bührlen-Armstrong 1998). Aktuell investiert der Bund ca. 9 Mio. Euro in primäre Prävention, deren Hauptempfängerin, die BZgA, ca. 3,5 Mio. Euro an die Deutsche AIDS-Hilfe für eine zielgruppenspezifische Intervention weiterleitet. Die regionalen Aids-Organisationen werden über die Länder und Kommunen finanziert. Einige wenige erhalten Zuwendungen über karitative Verbände wie die Diakonie. Ein weiterer bedeutsamer Beitrag wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern in Form von Zeitspenden erbracht, wofür die Aids-Hilfen als Selbsthilfeorganisation prädestiniert sind.

3.4 Gesundheitsförderung

Nach der ausführlichen Einführung soll die Primärprävention gegen den Begriff der Gesundheitsförderung abgegrenzt werden, da beide fälschlicherweise oft synonym verwendet werden. Rosenbrock (2003) hat beide Begriffe definitorisch klar voneinander abgegrenzt. ‚Gesundheitsförderung‘ wurde von der WHO programmatisch in der Ottawa-Charta von 1986 formuliert (vgl. Conrad, Kickbusch 1988). Sie bezeichnet Prozesse der Stärkung individueller und kollektiver Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung (vgl. Rosenbrock 2003, S. 60, 61).

Rosenbrock (2004b) gibt zu bedenken, dass die irreführende und inflationäre Verwendung des Begriffs Gesundheitsförderung anstelle von Prävention fachlich verfehlt ist und gesundheitspolitische Gefahren birgt. Erst bei einem Zusammenspiel von Gesundheitsförderung plus Belastungssenkung kann von Prävention gesprochen werden (vgl. hierzu folgendes Schaubild).

Abbildung 2: Zusammenhang von Primärprävention und Gesundheitsförderung

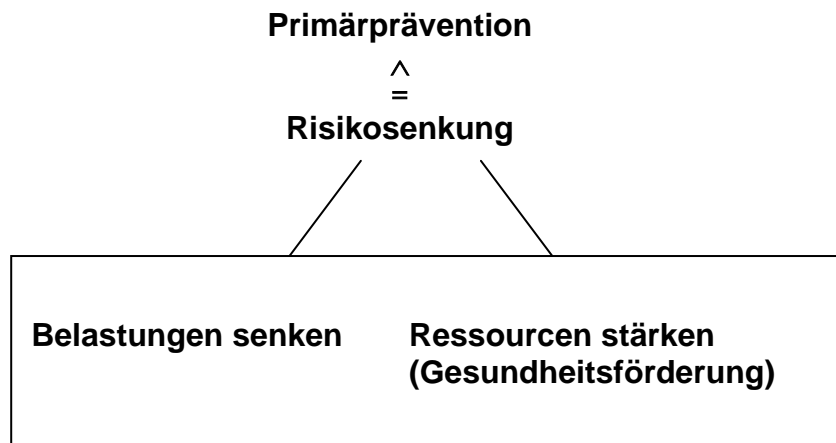


Abbildung Rosenbrock (2004a, S. 61) entnommen

Gesundheitsförderung ist, für sich betrachtet, weder ein Handlungstyp noch eine Strategie, sondern ein Querschnittsaspekt der Gesundheitssicherung, dessen Ausbau sowohl in der Prävention als auch in der Kuration und Pflege vonnöten ist (vgl. Rosenbrock 2004a).

4. Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention

Zwar spricht Rosenbrock (2003) von einer Phase der Hochkonjunktur für Prävention und Gesundheitsförderung, doch scheint sie sich überwiegend auf der Ebene von Ankündigungen und Programmatik zu bewegen. Doch mehr als Akklamationen im Hinblick auf die Bemühungen Prävention voranzutreiben ist fachlicher und wissenschaftlicher Einsatz zur Umsetzung gefragt. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung. Es geht nicht nur um „normale Verbesserungs- und Entwicklungsprozesse“, sondern vielmehr darum, auch politische Rahmenbedingungen zu schaffen, die zum Gelingen beitragen (vgl. Rosenbrock 2004a, S. 60).

Bevor auf die bereits vorhandenen Ansätze und die Bedingungen für eine erfolgreiche Qualitätssicherung und Evaluation eingegangen wird, soll zur besseren Verständlichkeit der Themenbereich definitorisch umrissen werden.

4.1 Schlüsselbegriffe und Elemente von Evaluation und Qualitätssicherung

Evaluation, Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement werden oft in einem Atemzug genannt. Eine Abgrenzung und Spezifikation fehlen jedoch, und die zum Teil inflationäre Verwendung der Begriffe lässt die notwendige Klarheit vermissen. Da sie überwiegend aus der Betriebswirtschaft entlehnt sind, ist die noch recht neue Übertragung auf den Gesundheitssektor mit Schwierigkeiten behaftet. Die Tradition im betriebswirtschaftlichen Kontext reicht zurück bis zum Beginn des letzten Jahrhunderts (vgl. Zollondz 2002). In den Gesundheitswissenschaften wurden Qualitätsbegriffe in den sechziger Jahren von Donabedian eingeführt und anfangs fast ausschließlich für die Beurteilung und Optimierung medizinischer Dienstleitungen im stationären Bereich verwandt. Durch den zunehmenden wirtschaftlichen und politischen Druck und den Ruf nach Evidenzbasierung fanden sie auch Eingang in den Bereich der Primärprävention.

Im Folgenden werden die in der Studie verwendeten Schlüsselbegriffe näher vorgestellt.

Evaluation

Der Terminus Evaluation lässt sich allgemein als Bewertung oder Beurteilung übersetzen. Eine prägnante Definition für den Gesundheitssektor ist allerdings schwer zu finden (vgl. Kromrey 2004). Die gesundheitswissenschaftliche Literatur bietet keine allgemein anerkannte Definition des Begriffes. Wright greift in seiner Dissertation auf ein Zitat von UNAIDS zurück, für das er einen allgemeinen Konsens voraussetzt.

„Evaluation is a collection of activities designed to determine the value or worth of a specific program, intervention or project.“ (UNAIDS 2000, zitiert nach Wright 2003a, S. 35)

Im sozialwissenschaftlichen Kontext dient Evaluation der Überprüfung von Ergebnissen politischer oder sozialer Maßnahmen. Neben der Prüfung des Erfolgs einer Intervention wird auch ihre Wirkungsweise analysiert. Die Erkenntnisse fließen in Optimierungsprozesse oder Maßnahmenentwicklung ein, mit dem Ziel, stärkeren Einfluss auf gesellschaftliche Veränderungsprozesse ausüben zu können (vgl. Wright 2004d).

Unpräzise, aber treffend beschreibt Halkow (2004) den Gegenstandsbereich.

„Es geht – stark verkürzt – zunächst darum, durch Evaluation die gesundheitsfördernden Projekte und Interventionen zu entwickeln, zu bewerten, Wirkungsweisen zu erfahren und Wirkungen zu erfassen.“ (Halkow 2004, S. 177)

Øvretveit stellt in seinem Buch zur Evaluation gesundheitsbezogener Intervention eine Vielzahl von Definitionen vor, von denen hier die aussagkräftigste zitiert wird:

„Die Evaluation nimmt eine vergleichende Einschätzung des Evaluierten oder der Intervention vor und benutzt dabei systematisch gesammelte, analysierte Daten, um entscheiden zu können, wie man sich verhalten soll.“ (Øvretveit 2002, S. 25)

Zur Evaluation gehören die **Bedarfsanalyse** als systematische Erhebung der Ausgangs-/Problemlage, die **Prozessevaluation**, die die Umsetzung und Durchführung von Präventionsprogrammen begleitet, und schließlich die **Ergebnisevaluation**, die ihre Wirksamkeit überprüft (vgl. Wright 2003a). Bei der Evaluation sind unterschiedliche Akteure aktiv: Externe Evaluatoren stehen Institutionen beratend zur Seite, interne Evaluatoren gehören der Organisation, bspw. Schwester- oder Tochterunternehmen, an und Selbstevaluation wird innerhalb von Institutionen durch eigene Fachkräfte oder Teams durchgeführt (vgl. Øvretveit 2002).

Im Rahmen der Evidenzbasierung dient Evaluation der systematischen Bewertung. In der Begleitforschung ist sie ein verwertungs- und bewertungsorientiertes Instrument, um Informationen methodisch kontrolliert zu sammeln und auszuwerten. Sie ermöglicht damit ein prozessorientiertes Informationsmanagement. Gleichzeitig ist sie ein Resultat dieses Prozesses: Ein Werturteil über das Zielobjekt des Evaluierens wird gefällt (vgl. Kromrey 2004).

Evaluationsforschung

Auch die Evaluationsforschung ist in der Literatur nicht einheitlich definiert. Begriffe wie Programmevaluation und Begleitforschung werden oft synonym verwendet. Die Konzepte und Methoden sind vielfältig und eng mit der zugrunde liegenden erkenntnistheoretischen Position verknüpft. Evaluationsforschung verwirklicht einen wissenschaftstheoretisch geforderten Aspekt, der in der Grundlagenforschung häufig nur beiläufig behandelt wird. Sie fragt, neben den Gütekriterien Reliabilität und Validität, auch nach der Nützlichkeit von Ergebnissen – in der Forschung auch Verwertungszusammenhang genannt. Hierin liegt ihre Stärke, denn die Ergebnisse werden an ihrer Relevanz, Glaubwürdigkeit, Transparenz i. S. v. Nachvollziehbarkeit und Aktualität gemessen (vgl. Bührle-Armstrong 1998).

Christiansen (1999) konstatiert eine vermehrte Beschäftigung mit Evaluation und Qualitätssicherung. Der Grund, sagt er, ist der Mangel an Verfahren zur Qualitätsmessung in der Gesundheitsförderung, wie sie bereits im Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung vorhanden sind. Diese Lücke wird durch die Evaluationsforschung geschlossen, die in den letzten drei Dekaden Forschungstechniken entwickelt hat, mit denen sich soziale Prozesse untersuchen lassen. Sie kann auf vorhandene Techniken zurückgreifen und lässt sich damit für die Gesundheitsförderung als wenig aufwendige Strategie zur Qualitätssicherung einsetzen. Sowohl Qualitätssicherung als auch Evaluationsforschung betonen, laut Christiansen, den Aspekt der Verbesserung. Qualitätssicherung zielt entsprechend dem Grundprinzip des Qualitätsmanagements auf eine kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsprozesse. *„Evaluationsforschung bedeutet die unmittelbare und direkte Verbesserung von Sozialprogrammen“* (Weiss 1972 nach Christiansen 1999). Hinter beiden Ansätzen steht eine ähnliche Qualitätsphilosophie.

Qualität

Qualität bezeichnet, laut Duden, den Wert oder die Güte eines Gegenstandes. Sie umfasst Merkmale und Eigenschaften von regelgerecht erbrachten Dienstleistungen oder Produkten, die für den Adressaten nützlich sind (vgl. Badura 2002). Um Kriterien für Qualität festzulegen, werden im Gesundheitswesen u. a. Definitionen nach DIN-Norm 55350 oder ISO-Norm verwendet. Der Nachteil dieser Normierung ist allerdings, dass sie recht weit vom eigentlichen Gegenstand entfernt ist (vgl. Medizininfo 2005). Es fehlt, so scheint es, an einer verbindlichen Definition. Gleichzeitig herrscht im Hinblick auf die Qualität eine Begriffsverwirrung, wie Øvretveit (2002) sie beschreibt. Im Gesundheitsbereich ist der Begriff der Qualität als Konzept gedacht. Problematisch an diesem konzeptionellen Ansatz ist zum einen, dass er mit vieldeutigen Vorstellungen verknüpft ist, und zum anderen, dass er stark wertend angelegt ist. Die treffendste Beschreibung von Qualität in der Gesundheitssicherung stammt aus dem US Institute of Medicine: Qualität bezeichnet *„das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Populationen die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissenstand übereinstimmen“* (Lohr 1990 zit. n. Rosenbrock 2004a).

Donabedian definierte 1968 als einer der ersten den Qualitätsbegriff für das Gesundheitswesen. Er versteht Qualität als Umfang des Erfolgs, der unter optimalen Bedingungen bei vertretbaren Kosten erreichbar ist. Donabedians Definition – er gilt als Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen (vgl. Lernunderter 2005) – gehört zu den am häufigsten rezipierten. Donabedian unterscheidet drei Aspekte der Qualität: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Strukturqualität bewertet die Organisations- und Trägerformen. Prozessqualität vereinigt Elemente systematischer Organisationsentwicklung, Evaluation und Qualitätsverbesserung. Ergebnisqualität schließlich befasst sich mit Maßnahmen zur Sicherstellung des Wirkungsnachweises von Interventionen. Trojan (2001) ergänzt einen weiteren Qualitätsaspekt: die konzeptionelle Qualität, die darauf zielt, die programmatische Klarheit zu erhöhen. Er kritisiert, dass Programme der Gesundheitsförderung oft diffus sind und einer Konkretisierung ihrer konzeptionellen Grundlage bedürfen.

Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention kann sich auf verschiedene Referenzsysteme wie Settings, Interventionsprogramme oder Organisationen beziehen (Walter et al. 2001).

Qualitätssicherung

Das Programm *„Gesundheit für alle im Jahr 2000“*, vom europäischen Regionalbüro der WHO in den achtziger Jahren mit 38 Einzelzielen formuliert, forderte u. a., dass die Qualität

der Gesundheitsversorgung laufend verbessert und die Weiterentwicklung von Technologien bedarfsgerecht eingesetzt werden sollte. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für Leistungserbringer im Gesundheitswesen wurde in Novellierungen von europäischen Gesetzen umgesetzt (vgl. Baartmanns, Geng 2000). In den USA gab es entsprechende Ansätze bereits wesentlich früher.

Die Qualitätssicherung hat ihren Ursprung in der Wirtschaft und versteht sich als Versuch, die Leistung einer Firma durch kontinuierliche Kontrolle nach festgelegten Kriterien zu überprüfen. Ihr Ziel ist die Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit. Um Qualitätssicherung auf den Gesundheitssektor sinnvoll übertragen zu können, ist es wichtig, zunächst ihre Rolle und Funktion zu klären. Eine allgemeine Definition von Qualitätssicherung bietet Øvretveit an:

„Qualitätssicherung ist ein allgemeiner Begriff für Aktivitäten und Systeme, die der Überwachung und Verbesserung der Qualität dienen. Sie beinhaltet Messung und Evaluierung der Qualität, aber auch Tätigkeiten, um gute Qualität zu garantieren und schlechte zu vermeiden.“ (Øvretveit 2002, S. 248)

In der Forschungsliteratur werden verschiedene Begriffe synonym zu Qualitätssicherung verwendet. Baartman und Geng setzen Qualitätssicherung mit Qualitätsmanagement gleich. Im selben Kontext verwenden sie ihn gleichbedeutend mit Qualitätsförderung. Qualitätssicherung kann extern und intern betrieben werden. Extern definieren fremde Instanzen die Qualitätsanforderungen und -standards, z. B. in Krankenversicherungsgesetzen. Bei interner Qualitätssicherung wird von den Berufsangehörigen selbst bestimmt, welche Qualitätskriterien gelten (vgl. Baartman, Geng 2000).

Christiansen (1999) unterscheidet bei Qualitätssicherungsaktivitäten drei Ansätze. Zum einen werden mit Hilfe von Handlungskriterien Gesundheitsprojekte auf bestimmte Standards gebracht. Zum anderen soll durch Fortbildungsmaßnahmen die Planungsqualität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen verbessert werden. Der dritte Ansatz ist die Programmevaluation als qualitätssichernde Maßnahme in der Gesundheitsförderung. Bührlen-Armstrong bezieht sich auf Jürgen Töppich von der BZgA, der 1995 als Auskunft auf eine Anfrage der Bundesvereinigung für Gesundheit folgende Kriterien zur Sicherung der Qualität von Programmen der Gesundheitsförderung formuliert hat (Zitat: Bührlen-Armstrong 1998, S. 81)

- *„die Dokumentation der materiellen und personellen Ressourcen*
- *die Qualifizierung des Personals*
- *die Beschreibung der möglichen spezifischen Leistungen auf der Grundlage der Ressourcen*
- *die Beschreibung der Konzepte/Strategien der Intervention und ihrer Qualitätsüberprüfung*
- *die Berücksichtigung sozialer Strukturen bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen*
- *die Entwicklung integrierter Konzepte/Programme durch Beteiligung von Kooperationspartnern*
- *den Einbezug von Zielgruppen*
- *Berücksichtigung des ‚state of the art‘*
- *multimediale Ansätze*
- *Beschreibung der eingesetzten Methoden und Wirkungserwartungen*
- *Prozessevaluation/Rückkopplungsverfahren während der Durchführung*
- *Erfahrungsaustausch zwischen Organisationen*
- *Ergebnisevaluation“.*

4.2 Partizipatorische Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention

Partizipatorische Ansätze bei Evaluation und Qualitätssicherung haben eine lange Tradition. Sie bieten durch die **Einbeziehung aller Akteure** („bottom up“) eine zunehmend rezipierte Alternative zum klassischen Vorgehen („top down“²), um Evaluation und Qualitätssicherung befriedigender und erfolgreicher zu gestalten.

Historische Wurzeln partizipatorischer Ansätze

Partizipative Forschung hat ihren Ursprung in der von Lewin 1945 etablierten Aktionsforschung oder ‚Action Research‘, kommend aus der experimentellen Sozialpsychologie. Synonyme sind Tat- und Handlungsforschung. Handlungsforschung will Bedingungen und Wirkungen unterschiedlicher Formen sozialen Handelns vergleichend erforschen und selbst zu sozialem Handeln führen. Praxisnahe Hypothesen sollen aufgestellt und sinnvolle Veränderungen des sozialen Feldes durchgeführt werden, die von unmittelbarem Nutzen für Sozialarbeiter, Pädagogen etc. sein sollen. Das Individuum wird erstmalig als Teil eines von ihm erlebten und mitbestimmten Lebensraumes begriffen. Dies rekurriert auf Lewins Feldtheorie (vgl. Frey 1987), die davon ausgeht, dass Verhalten eine Funktion von Person und Umwelt ist. Bestimmte Dinge der Umwelt ziehen einen Menschen an, während andere ihn abstoßen. Diese Kräfte, die gegenwärtig auf einen Menschen einwirken, müssen, laut Lewin, analysiert werden, um Verhalten erklären und vorhersagen zu können. Anders als die Feldtheorie blieb Lewins ‚Action Research‘-Ansatz lange Zeit unbeachtet. Später fand er sowohl in Deutschland als auch im angloamerikanischen Raum Eingang in die partizipatorische Aktionsforschung. Einen Überblick bietet folgende Darstellung.

Abbildung 3: Entwicklung der Handlungsforschung

‚Action Research‘ (Lewin 1945)	
Aktions-, Handlungsforschung (BRD) 60er, 70er Jahre Rezeption in: Pädagogik, Soziologie, krit. Psychologie <i>Vom Forschungsobjekt zum Subjekt, mit dem partnerschaftlich zusammengearbeitet wird</i>	Participatory Action Research (USA) Minkler und Mitarbeiter (1997 ff.) angewendet im Kontext von Kollaboration zwischen Forscher und Beforschten: Gesundheitsförderung, ‚Healthy Communities‘, Selbsthilfe/Bürgerinitiativen
Neuere Ansätze umgesetzt in Entwicklungszusammenarbeit und Organisationsentwicklung	

Eigene Darstellung

Die Aktionsforschung in Deutschland

Die Rezeption von Lewins Ansatz durch die Soziologie, Pädagogik und vor allem die Kritische Psychologie begann in den sechziger und siebziger Jahren und reichte bis in die achtziger Jahre. Aktionsforschung sollte einen Ausweg aus dem Dilemma bieten, in das die Wissenschaftstheorie durch den so genannten Positivismusstreit zwischen der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule und den Anhängern des ‚Kritischen Rationalismus‘ Karl Poppers geraten war (vgl. Geschichte der Aktionsforschung, Exkurs I, 2004). Es ging dabei um erkenntnistheoretische Fragen und deren moralische Implikationen. Der Diskurs zwischen Adorno und Popper war im Wesentlichen ein Streit über die Herangehensweise an die sozialwissenschaftliche Theoriebildung. Adorno vertrat das Konzept der Totalität, während Popper für den skept-

² Unter einer Bottom-up-Vorgehensweise wird die gleichberechtigte Einbeziehung aller Akteure in alle Prozesse verstanden. Im Gegensatz dazu ist ein Top-down-Vorgehen hierarchisch: Eine Führungsebene gibt Anweisungen, wie die Prozesse ausgeführt werden sollen, und kontrolliert die Ergebnisse.

tischen Ansatz des Kritischen Rationalismus stand. Diskutiert wurden Fragen zur Funktion der Theorie: Sind Theorien ein System von Sätzen mit dem Ziel, die Wirklichkeit zu erklären, oder sollen sie ein Instrument zur Veränderung der gesellschaftlichen Wirklichkeit hin zu mehr Mündigkeit und letztlich mehr Demokratie sein. Streitfragen waren unter anderem die Wertfreiheit der Wissenschaft, das Verhältnis von Empirie und Theorie und die Verantwortlichkeit des Wissenschaftlers für die Verwertung seiner wissenschaftlichen Forschung (vgl. Hyper-Lexikon 2005). Lewins Aktionsforschung wurde in den sechziger und siebziger Jahren von Pädagogen und Soziologen aufgegriffen, um aus der Misere des neopositivistischen Paradigmas zu entkommen, das für philosophische und wissenschaftliche Probleme nur drei Lösungsansätze zulässt: empirisch, mathematisch oder logisch. Andernfalls seien die Probleme Scheinprobleme. Vor allem die kritische Erziehungswissenschaft intendierte, ihre Kritik in den pädagogischen Alltag umzusetzen. Die kritische Theorie wollte einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenswirklichkeit leisten. Angestoßen von Ansätzen einer Befreiungspädagogik/Pädagogik der Unterdrückten des Brasilianers Freire und des wissenschaftlichen Feminismus (z. B. Mies) wurde als primäres Ziel die Verbesserung der Situation der untersuchten Personen formuliert.

In dieser Tradition bewertet die Soziologin Schneider (heute Maschewsky-Schneider) die Aktionsforschung Ende der siebziger Jahre als sinnvolle Erweiterung einer empirisch-analytischen Vorgehensweise. Sie hebt drei Vorzüge der Aktionsforschung hervor:

„a) Im Gegensatz zur traditionellen Sozialforschung bleiben in der Handlungsforschung die Erforschten nicht länger nur Objekte der Forschung, sondern treten auch im Forschungsfeld als Subjekte auf.

b) Diese Subjektivität der Forschungsobjekte äußert sich im selbstbewussten Handeln der Individuen. Im Handlungsforschungsprozess verbinden sich – zumindest dem Anspruch nach – Handlungs- und Forschungsperspektiven untereinander. Forscher und Erforschte initiieren in einem kollektiven Prozess Veränderungsstrategien im untersuchten Feld.

c) Entgegen dem traditionellen Vorgehen der Isolation und Manipulation einzelner Variablen, insbesondere in der experimentellen Forschung, macht Handlungsforschung das ‚gesamte real existierende Untersuchungsfeld zum Gegenstand der Forschung‘.“

(Schneider bzw. Maschewsky-Schneider 1977, zitiert nach

www-gewi.kfunigraz.ac.at/edu/studium/materialien/meth.doc (Kap. 3.2. Die Handlungsforschung))

Mit dem Perspektivenwechsel der Kritischen Psychologie vom beforschten Objekt zum teilhabenden Subjekt, zumindest in diesem Bereich der Sozialforschung, wurde ein beachtlicher Paradigmenwechsel angestoßen.

„Erkenntnisgewinnung ergibt sich nicht durch die Handlungsabstinenz des Forschers im Feld, sondern durch sein aktives Eingreifen in bestehende Sozialzusammenhänge und durch einen gleichberechtigten Kommunikationsprozess zwischen Forscher und Untersuchten. Ziel von Handlungsforschungsprojekten ist es nicht, allein wissenschaftliche Erforschung von Bedingungsbeziehungen zu betreiben, sondern sie will auch direkt im Feld zu einer Veränderung der dort bestehenden Verhältnisse beitragen. Handlungsforschung versteht sich als ein politisches Forschungskonzept, mit dem Ziel der Emanzipation der Untersuchten und Demokratisierung.“ (Schneider 1980, S. 7)

Aktuelle Ansätze der Aktionsforschung finden derzeit vor allem Eingang in die Entwicklungszusammenarbeit mit Dritte-Welt-Ländern (z. B. Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ 2004) und in die Organisationsentwicklung und -beratung.

Partizipatorische Ansätze im angloamerikanischen Raum

Partizipatorische Forschung ist heute vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet. Seit etwa 15 Jahren wird der Begriff Partizipation dort fast inflationär benutzt. Häufig ist er dabei so schlecht operationalisiert, dass sein eigentlicher Wert oft übersehen wird (vgl. Kelly, Van Vlaenderen 1996). Die dominierenden partizipatorischen Ansätze sind ‚Participatory Action Research‘, ‚Community-Based Participatory Research‘ und ‚Empowerment‘. Sie sind nicht auf Gesundheitsförderung beschränkt, sondern bezeichnen z. T. auch positive Ergebnisse von Bürgerbeteiligung und Interessenwahrnehmung in Städten und Kommunen. In diesen Fällen sind die Mitglieder der Community in jede Stufe der Forschung miteinbezogen.

Beiträge zur gesundheitlichen Ungleichheit rückten in der Gesundheitsforschung den Einzelnen in den Fokus eines ökologischen Ansatzes: Das Individuum ist Teil eines sozialen, politischen und ökonomischen Systems, das das Verhalten beeinflusst und den Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen regelt.

Die Wichtigkeit und Notwendigkeit, die Community und ihre einzelnen Mitglieder in die Gesundheitsförderung einzubinden, wird z. B. von Israel und Mitarbeitern (1998) betont. Zahlreiche sozialwissenschaftliche Modelle tragen der Einbeziehung aller Mitglieder in den Forschungsprozess Rechnung: ‚Participatory Research‘, ‚Participatory Action Research‘, ‚Action Research‘, ‚Cooperative Inquiry‘, ‚Participatory Evaluation‘ und ‚Empowerment Evaluation‘, um nur einige zu nennen.

Ein kollaborativer Ansatz, der alle Partner gleichberechtigt berücksichtigt, ist die Forschung zu ‚Community-Based Organizations‘ (CBO’s) (vgl. Israel et al. 1998). Einer der am stärksten rezipierten Ansätze ist der ‚Participatory Action Approach‘ (PAR) der Arbeitsgruppe um Minkler. PAR geht auf Kurt Lewin und seine ‚School of Action Research‘ zurück und ist

- partizipatorisch,
- kooperativ,
- ein Prozess des gegenseitigen Lernens zwischen Forscher und Community,
- eine Methode der Systementwicklung und Kapazitätsentwicklung der Community,
- ein ‚Empowering‘-Prozess und
- ein Weg, die Balance zwischen Forschung und Aktion zu finden

(vgl. Minkler 2000, S. 192).

Minkler sieht viele Parallelen zwischen Settingansätzen, die mit PAR arbeiten, und den Ansätzen zu gesunden Städten und Kommunen.

Beide sind

- Bottom-up-Ansätze,
- beinhalten demokratische partizipatorische Prozesse und soziales Lernen,
- betonen die Stärken der Mitglieder und der Community (salutogen),
- sind von Belangen der Community gesteuert,
- müssen an die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe angepasst werden und es gibt
- kein allgemein gültiges ‚cookbook‘

(vgl. Minkler 2000, S. 192).

Um ihre Position zu untermauern, zitiert Minkler Chavis und Mitarbeiter:

„To transform society in support of more fundamental health promotion, a more democratic and ecological approach to scientific study is necessary“ one in which “education between scientists and the public must take place in both directions.” (zitiert nach Minkler 2000, S. 196)

Für diesen zeitaufwendigen und komplexen Prozess des gegenseitigen Austauschs beim Aufbau von gesunden Städten und Kommunen bietet PAR einen probaten Ansatz.

Partizipatorische Ansätze in der Primärprävention von HIV/Aids

Die umfangreiche Literatur zu partizipatorischen Konzepten der Gesundheitsförderung liefert kaum dezidierte Ansätze für die Primärprävention, insbesondere im Hinblick auf HIV/Aids. Zum einen mag es an der unterschiedlichen Begrifflichkeit zwischen deutscher und englischsprachiger Literatur liegen. Letztere unterscheidet nicht zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung, sondern verwendet übergreifende Termini wie ‚Health Promotion‘, ‚Health Improvement‘.

Ausrichtung der präventiven Ansätze

Bei der Bekämpfung von gesundheitlichen Problemen (u. a. HIV/Aids) beschränkt sich, vor allem in der präventiven Arbeit in Dritte-Welt-Ländern, Partizipation auf die Einbindung einzelner ‚Community‘-Mitglieder. Sie sollen helfen, die jeweiligen Programme besser implementieren zu können.

Gerade partizipatorische Ansätze, die eigentlich die Gleichberechtigung aller Beteiligten voraussetzen, arbeiten häufig nach dem Top-down-Prinzip. Das führt sowohl auf Seiten der Initiatoren als auch auf Seiten der Programmteilnehmer zu unbefriedigenden Ergebnissen.

Schensul (1999), die einige der wenigen Arbeiten zur Partizipation im HIV/Aids-Bereich vorgelegt hat, fordert, dass die Community, d. h. die Betroffenen, mit einbezogen werden sollen. Grundlage ihrer Kritik sind unbefriedigende Ergebnisse von Programmimplementierungen. Schensul favorisiert *„promoting community consortia as a means of preventing widespread problems“* (Schensul 1999, S. 270).

Bei der Prävention von HIV/Aids werden partizipatorische Ansätze immer wichtiger. Schensul, die Mitarbeiterin des Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) in San Francisco ist, betont:

„A good research partnership begins and ends with the participation of researchers, community or clinic partners, and their staffs.“ ... „the involvement of all relevant parties in conceptualising the intervention study is recommended.“ (Schensul 1999, S. 276)

Im Zusammenhang mit partizipatorischen Ansätzen werden häufig Partnerschaft und Kollaboration thematisiert. Die Probleme der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Community werden in zahlreichen Publikationen diskutiert. Häufig werden dabei die Verbesserung der Zusammenarbeit, Analyse der Prozesse der Zusammenarbeit und Ansätze des Co-Learning angesprochen. Dabei werden Forscher und Praktiker als Lernende beschrieben. Community Diagnosis (CD) ist mittlerweile Teil des Curriculums der amerikanischen Public-Health-Ausbildung.

Die zunehmende Bedeutung von Zusammenarbeit und Partizipation spiegeln auch die Titel der Publikationen wider: ‚Community Partnerships‘ (El Ansari et al. 2002), ‚Doing Things with – Not to the Community‘ (O’Donnell, 2000). Auch Phrasen wie ‚power to‘ und ‚power with‘ statt ‚power over‘ the community deuten auf einen Bedeutungszuwachs hin (Minkler, Wallerstein 1997).

Dennoch wird in Publikationen zur Kollaboration häufig eine Top-down-Vorgehensweise beschrieben. So lauten die zentralen Fragen: ‚Wie bringe ich ein Programm in die Community?‘, ‚Mit welchen Mitteln gewinne ich die Community für die Teilnahme?‘, ‚Welche Bedürfnisse der Community muss ich kennen, um mein Programm erfolgreich implementieren zu können?‘ Meist wird eine Form der Mitarbeit angestrebt. Aber selten wird Community als gleichberechtigter Mitakteur und eigenständiger Multiplikator von Prävention verstanden, geschweige denn als Bewerter der internen Umsetzungsqualität und des Erfolges des angebotenen Programms. Dies trifft verstärkt auch auf Ansätze zur Aids-Bekämpfung in Ländern der dritten Welt zu.

Modelle zur Qualitätssicherung und Evaluation von Primärprävention

Die eingangs erwähnte Forderung nach Methoden zur Qualitätssicherung und Evaluation von Primärprävention, insbesondere für den HIV/Aids-Bereich, bleibt in der recherchierten Literatur weitgehend unbeachtet. Dies mag daran liegen, dass die Aids-Epidemie erst zu Beginn der achtziger Jahre ausbrach und die Aktivitäten vordringlich auf die Bekämpfung zielten.

Andere Bereiche, wie die Evaluation zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung zur Verhinderung von Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. Pirie et al. 1994, Naylor et al. 2002), haben eine längere Tradition. Aktuell gibt es Bestrebungen von Koch aus Hamburg, in Zusammenarbeit mit Töppich von der BZgA, Evaluationsprogramme zu entwickeln, die den Nutzen präventiver Angebote der Krankenkassen nach § 20 SGB V, wie Kurse zur Rückenschulung und medizinische Rehabilitation, bewerten (vgl. Kliche et al. 2004).

Sucht man gezielt nach der Evaluation partizipatorischer Konzepte, reduzieren sich die Ergebnisse noch stärker. Angesichts der Flut partizipatorischer Ansätze in der Gesundheitsförderung (vor allem im englischsprachigen Raum) zeigt sich ein deutlicher Mangel an Modellen zu ihrer Evaluation und Qualitätssicherung.

„Despite the extensive body of literature on partnership approaches to research, more in-depth, multiple case-study evaluations of the context and process (as well as outcomes) of community-based research endeavors are needed. The results of such evaluations will provide a better understanding of the challenges and factors raised in this article.“ (Israel et al. 1998, S. 194).

Bereits die Operationalisierung von Konstrukten wie ‚Community Competence‘ als Ergebnisvariable gestaltet sich trotz der vorhandenen Definitionen schwierig.

„A major challenge has been to find measurement variables that encompass community competence and capacity change and are not simply aggregates measures on individuals or service providers.“ (Minkler, Wallerstein 1997, S. 253)

Will man die Zusammenarbeit der Akteure in partizipatorischen Ansätzen evaluieren, bleibt in vielen Programmen unklar, ob die Kooperation das Ziel, d. h. Ergebnisvariable, oder nur

Mittel zur Zielerreichung, also Prozessvariable, ist (vgl. Socolar 2002). Es mangelt an eindeutigen Definitionen und Operationalisierungen. Hinzu kommt, dass der Prozess der Zusammenarbeit der teilnehmenden Mitglieder einer Messung schwer zugänglich ist. Dabei ist seine Evaluierung für ein besseres Verständnis der zugrunde liegenden Prozesse dringend notwendig (vgl. Socolar 2002, S. 36).

Die Analyse der Literatur verdeutlicht den Mangel an Konzepten zur partizipatorischen Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention, nicht nur im HIV/Aids-Bereich.

4.3 Angebote zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Deutschen AIDS-Hilfe

Die Schaffung eines Ressorts für Qualitätsentwicklung zeigt, wie sehr dieses Thema in der DAH präsent ist. In die Curricula der Fortbildungen, die das Referat z. B. für den schwulen Bereich anbietet, fließen die Themen Evaluation und Qualitätssicherung an geeigneten Stellen mit ein. Im Laufe der vergangenen Jahre hat die DAH Prozesse der Qualitätssicherung initiiert, begleitet und ihre Mitgliedsorganisationen bei der Integration von Maßnahmen unterstützt. Sie betreffen die Bereiche Aus- und Weiterbildung von Haupt- und Ehrenamtlichen, Stricherarbeit, Telefonberatung oder akzeptierende Drogenarbeit, um nur einige zu nennen. Die DAH stellt Leitlinien für verschiedene Tätigkeitsfelder der Aids-Arbeit bereit. In den Jahresberichten werden ausgewählte Themen, wie Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung der Ehrenamtlerarbeit und der Internet-Online-Beratung als aktuellste Projekte (Jahresbericht des Jahres 2003, S. 31, erschienen 2004), vorgestellt. Ein Reader, der allen Mitgliedsorganisationen zugänglich ist, stellt die Ergebnisse einer 2001 gegründeten Arbeitsgruppe zur Qualitätsentwicklung in der Internetberatung zu HIV und Aids vor (Deutsche AIDS-Hilfe 2003).

Die Fortbildungen und Angebote des Dachverbandes selbst unterliegen ebenfalls einer Qualitätsprüfung. Seminare und Broschüren werden durch Pretests im Hinblick auf Lesbarkeit und Akzeptanz evaluiert.

Viele der regionalen Aids-Hilfen haben, laut DAH, in den letzten Jahren Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Primärprävention eingesetzt, wenngleich sie nicht immer als solche bezeichnet wurden. Diese Tatsache unterstreicht die Befunde aus der Literaturrecherche (vgl. auch Kapitel 4.1), wo Wissenschaftler wie Øvretveit und Kromrey die Begriffsvielfalt und ihre mangelnde Präzision kritisieren. Eine Unschärfe, die auch Praktiker vor Ort beklagen. Ein ausreichendes Basiswissen in diesem Bereich ist eine Bedingung für den erfolgreichen Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen.

Die Entwicklung der Evaluationsforschung in den Aids-Hilfen ‚steckt noch in den Kinderschuhen‘. Wright hat 2001 gefordert, die Diskussion zur Qualitätsentwicklung und -sicherung auf die Evaluationsforschung auszudehnen und mit einer bundesweiten Initiative der DAH eine Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern und Aids-Hilfen zu organisieren. Im Rahmen dieser Kooperation sollen Konzepte und Methoden für Evaluationsprozesse erarbeitet werden (vgl. Wright 2001).

4.4 Bedingungen für erfolgreiche Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention und Gesundheitsförderung

Der erfolgreiche Einsatz von Evaluation und Qualitätssicherung hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. In erster Linie ist zu bedenken, dass Evaluation und Qualitätssicherung erst in jüngster Zeit im Rahmen der Evidenzbasierung von Leistungsanbietern im sozialen und me-

dizinischen Bereich diskutiert werden. Anders als in den USA ist eine Evaluation in deutschen Beratungsstellen und Projekten häufig nicht in den Strukturen der Einrichtungen verankert. Wright führt an, dass die starke politische Unterstützung der Arbeit von Aids-Hilfen bislang wenig wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise verlangt hat (vgl. Wright 2001). Zahlreiche Projekte werden nach wie vor beantragt und bewilligt, ohne dass ein angemessener Prozentsatz der Gelder für Evaluation und Qualitätssicherung bereitgestellt wird. Dabei ist die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen schon fast zu einer Überlebensfrage von einzelnen Anbietern avanciert (vgl. Altgeld et al. 2001). Sind Qualitätsnachweise gewünscht oder notwendig, werden die einzelnen Leistungsanbieter vor eine Reihe von Problemen gestellt: Zertifizierung ist kostenaufwendig und geht, wenn sie nicht mit den Akteuren gemeinsam entwickelt und durchgeführt wird, häufig an deren Bedürfnissen vorbei. Zudem hat die vehement geäußerte Forderung nach Evidenzbasierung eine geradezu inflationäre Entwicklung von Leitlinien angestoßen. Die Gesundheitsförderung als relativ junges Konzept hat noch keine ausreichenden Methoden für Wirksamkeitsnachweise. Anders als in der evidenzbasierten medizinischen Forschung können Effekte von Interventionen nur langfristig und mit weichen Nutzungsdefinitionen gemessen werden. Zusätzlich hat sie mit einer doppelten Unschärferelation, wie Altgeld sagt, zu kämpfen (vgl. Altgeld et al. 2001, S. 171): Zum einen lässt die Forderung der Ottawa-Charta nach Gesundheit für alle die Frage nach Leitlinien für ihre Umsetzung unbeantwortet. Zum anderen erschwert die Qualitätsforderung durch ihre Abstraktion diesen Prozess. Zum aktuellen Zeitpunkt kann sie sich nur auf die Ziele und Handlungsfelder beziehen und muss abstrakt bleiben.

Die Bewertung primärpräventiver Aktivitäten im Aids-Bereich stellt darüber hinaus besondere Anforderungen, da die Konstellation von staatlichen Akteuren und Selbsthilfe-Projekten unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe in Deutschland einmalig ist. Maßnahmen werden auf unterschiedlichsten Ebenen durchgeführt, die von einer sozialwissenschaftlichen Evaluationsforschung berücksichtigt werden müssen. Für erfolgreiche Wirksamkeitsnachweise, die der besonderen Situation der Aids-Hilfen gerecht werden, ist praxisnahes Qualitätsmanagement ohne Zertifizierungsautomatismen oder Leitlinieninflation notwendig. Die Forderung von Altgeld und Kollegen nach einrichtungsbezogenem Qualitätsmanagement gilt deswegen nicht nur für gesundheitsfördernde Maßnahmen, sondern im besonderen Maß auch für die Bewertung des Erfolgs der Aids-Arbeit.

Eine Grundbedingung für befriedigende Wirksamkeitsnachweise ist die Verfügbarkeit von eigens für die Evaluation und Qualitätssicherung ausgewiesenen Ressourcen. Strukturelle Rahmenbedingungen spielen eine wesentliche Rolle. Dazu gehören z. B. die personelle, finanzielle und zeitliche Kapazität sowie das Umfeld, in dem Projekte angesiedelt sind. Gerade im HIV/Aids-Bereich differieren die Infektionsraten und damit auch der bestehende Handlungsdruck stark je nach Größe und Lage der Einzugsgebiete. Die aktuellen Zahlen (s. Kap. 2.2) belegen den stärksten Anstieg von Neuinfektionen in Ballungsräumen. Auch die Zielgruppen können sich eklatant unterscheiden. Nicht zuletzt sind auch die Möglichkeiten zur Weiterbildung in einer Großstadt umfangreicher und besser erreichbar. Auch der interdisziplinäre Austausch oder der Besuch von Fachgruppen ist, durch die räumliche Nähe der Projekte, in einem Ballungsraum leichter.

Die materielle Ausstattung von Einrichtungen spielt ebenso eine Rolle wie das vorhandene Wissen der einzelnen Mitarbeiter, die die von ihnen geleistete Primärprävention evaluieren und Qualitätssicherung gewährleisten sollen. Evaluation und Qualitätssicherung sind nur möglich, wenn geeignete und praktikable Instrumente zur Verfügung stehen.

Neben den materiellen Ressourcen und dem Basiswissen ist ein Bewusstsein für Qualitätsmanagement in den Einrichtungen entscheidend (vgl. Rosenbrock 2003). Ablesbar ist dieses Bewusstsein bspw. an den Einstellungen der Mitarbeiter zu Qualitätssicherung, die wiederum das Handeln beeinflussen. Neben persönlichkeitspezifischen Aspekten prägt auch das Erleben fördernder und hemmender struktureller Bedingungen die Einstellungen maßgeblich.

Da Einstellungen ein zentraler Untersuchungsgegenstand für diese Studie sind, wird nun kurz die Entstehungsgeschichte dargestellt und der Begriff definiert.

Der Begriff Einstellung wurde erstmals 1862 von Spencer in psychologischen Publikationen als ‚attitude of mind‘ erwähnt. Rosch und Frey (1987) übersetzen ‚attitude of mind‘ zeitgemäß als Informationsverarbeitungsprozesse der sozialen Urteilsbildung. Ab 1900 wurden zahlreiche empirische Studien zum Einfluss von Haltungen, Richtungsvorstellungen und Einstellungen auf Denken und Verhalten durchgeführt. Allports Definition von 1935 beschreibt *„Einstellung als den gedanklichen oder neutralen Zustand der Reaktionsbereitschaft, der einen steuernden oder motivierenden Einfluss auf das Verhalten hat und durch Erfahrungen strukturiert wird“* (Allport 1935, zitiert nach Rosch, Frey 1987).

Denken und Verhalten können also, laut Allport, durch Einstellungen prädiziert werden. Je spezifischer Einstellungen und Begleitvariablen beschrieben sind, desto eher ist auch spezifisches Verhalten vorhersagbar – auch wenn empirische Studien belegen, dass dies nicht uneingeschränkt eins zu eins möglich ist.

Im Hinblick auf Einstellungen zur Qualitätsverbesserung bedeutet dies, dass eine Veränderung in den Einrichtungen von externen Experten nur schwer eingeführt werden kann. Die Möglichkeiten, von außen gestaltend in die Institutionen einzugreifen, sind beschränkt. Jede Veränderung muss Selbstveränderung sein. Geschützte Freiräume zur Selbstbeobachtung und Reflexion unterstützen diese Veränderungsprozesse (Grossmann, Scala 2001). Leitsätze in Teams spiegeln Werte und Einstellungen wider und werden als Grundsätze oder Ethik der Gruppe verstanden (Schmidt-Tanger 2005). Erst durch Bewusstmachung und Offenlegung kann eine Auseinandersetzung damit stattfinden.

4.5 Zusammenfassung

Angemessene Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement müssen für alle gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen im Gesundheitswesen gefordert werden. Sie beginnen bei der Festlegung von Zielen, Zielgruppen, Zugangswegen und Interventions- und Evaluationsverfahren (vgl. SVR 2002). Es existiert, wie oben beschrieben, zwar eine Vielzahl von Konzepten, die jedoch für den Einsatz bei der Bewertung und zur Verbesserung von Primärprävention nur bedingt geeignet sind. Dies liegt vor allem auch daran, dass sie häufig unverbunden nebeneinander stehen und sich der Diskurs noch weitgehend auf der Ebene von Programmatiken bewegt (vgl. Bührlen-Armstrong 1998). Auch wenn die Forderung nach einer Evidenzbasierung i. S. eines Wirksamkeitsnachweises in der Primärprävention angestrebt werden sollte, braucht es hierzu geeignete Instrumente. Letztlich lassen sich sinnvolle Wirkungsnachweise nur dann erbringen, wenn die Akteure der Projekte mit einbezogen und die dort herrschenden Rahmenbedingungen identifiziert und berücksichtigt werden. Hier schließt die Bestandsaufnahme an, deren Anliegen und Umsetzung im folgenden Kapitel beschrieben werden.

5. Fragestellung und Forschungsansatz

Die vorhergehenden Kapitel haben gezeigt, dass qualitätssichernde Prozesse grundlegend für das Gelingen von HIV/Aids-Primärprävention sind. Erst die Kenntnis der Prozesselemente ermöglicht ihre potentielle Modifikation und Optimierung. Die im Folgenden beschriebene Bestandsaufnahme zu Aktivitäten, Konzepten und Bedarf zu Evaluation und Qualitätssicherung soll diese Elemente aufspüren und darstellen. Es geht nicht um die Beurteilung bereits vorhandener Strategien, sondern um eine systematische Beschreibung des Ist-Zustands. Ziel ist es zu klären, welches Potential in den Aids-Hilfen bereits vorhanden ist und wo es zusätzlicher Hilfe zur Steuerung und Auswertung der Primärprävention bedarf. Ein besonderes Augenmerk wird auf potentielle hemmende und fördernde Bedingungen gelegt (Kap. 4.4).

Die Erhebung ist ein Zensus aus allen Aids-Hilfen, die im Dachverband der DAH organisiert sind. Er wurde mittels Fragebogen erhoben.

Im folgenden Kapitel werden die Fragebogenentwicklung, die Auswertung, die erhobene Datenbasis, die Fragestellungen der Studie und die Auswertungsstrategie beschrieben.

5.1 Das Erhebungsinstrument: ‚Fragebogen zu Erfahrungen mit Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV/Aids-Primärprävention‘

Die Erhebung zu Maßnahmen der Evaluation und Qualitätssicherung in den deutschen Aids-Hilfen wurde mit einem hierfür von der Autorin konzipierten Fragebogen (vgl. Appendix II) durchgeführt. Dieser wurde in Kooperation mit Fachexperten des WZB und dem Ressort Qualitätsentwicklung der DAH entworfen. Im Pretest wurde er unterschiedlichen Aids-Beratungsstellen vorgelegt. Die Kritik, die von den ausgewählten Beratungsstellen kam, wurde für die Endfassung soweit wie möglich berücksichtigt.

Fragebogenkonzeption

Im Vorfeld wurden, neben einer intensiven Recherche der Literatur zu Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention, Mitarbeiter der DAH und des WZB um ein Brainstorming gebeten. Besonderer Wert wurde dabei auf die Erfahrungen des Ressorts Qualitätsentwicklung der DAH gelegt. Da es Aus- und Weiterbildung zu Evaluation, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement anbietet, konnte für die Konzeption des Fragebogens unmittelbar auf die Erfahrungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter aus den Einrichtungen zurückgegriffen werden.

Die Ergebnisse des Brainstormings wurden anhand inhaltlicher Kriterien zu fünf Fragenkomplexen zusammengefasst:

- I Aktuelle und retrospektive Aktivitäten und Modalitäten der HIV/Aids-Primärprävention
- II Kapazität der Einrichtungen
- III Verfahren, die zur Evaluation und Qualitätssicherung benutzt werden (inklusive Unterstützungs- und Fortbildungsbedarf)
- IV Kenntnisse und Anwendung partizipatorischer Verfahren
- V Einstellungen zur Qualitätssicherung

Inhalte und Aufbau der Fragenkomplexe

Jeder Abschnitt des Fragebogens beginnt mit einer ausführlichen Erläuterung der enthaltenen Fragen und ist zur besseren Lesbarkeit farblich vom nachfolgenden Fragenteil abgesetzt. Es

wird sowohl erläutert, wie die folgenden Fragen zu beantworten sind, als auch eine thematische Einführung zum Gegenstand der Fragen gegeben. Diese Einleitung ist bei den Abschnitten zu Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung und den partizipatorischen Verfahren sehr ausführlich, um den Mitarbeitern der Aids-Hilfen das verwendete Vokabular nahe zu bringen, Ressentiments zu vermeiden und ‚sie an ihrem Kenntnisstand abzuholen‘.

Der Fragenkomplex I: Aktuelle und retrospektive Aktivitäten und Modalitäten der HIV/Aids-Primärprävention umfasst drei Fragen zur Primärprävention. Es wird erhoben, ob die Einrichtungen aktuell gezielt präventiv aktiv sind und ob sie es in der Vergangenheit waren. So lässt sich bestimmen, wie viele der Aids-Hilfen Primärprävention durchführen. Durch die retrospektive Erfassung ist ein Vergleich zum Jetztstand möglich; es lässt sich sagen, ob eine Zunahme oder ein Abbau primärpräventiver Aktivitäten stattgefunden hat. Hier schließt ggf. die Frage an, warum Primärprävention nicht mehr durchgeführt wird. Diese Fragen zielen darauf, nicht nur ein Bild der aktuellen Lage zu zeichnen, sondern auch zu eruieren, ob sich die Situation in den Aids-Hilfen in den letzten Jahren verändert hat und in welche Richtung diese Veränderung geht. Eine Abnahme der primärpräventiven Aktivitäten könnte ein Hinweis auf schwindende Ressourcen sein. Davon kann derzeit ausgegangen werden. Fraglich ist jedoch, ob sich die Ressourcenverknappung auch in den Daten widerspiegelt. Daher wird auch erhoben, welche Gründe zu einer Abnahme der Aktivitäten geführt haben. Es können sowohl finanzielle Gründe als auch die inhaltliche Verlagerung des Schwerpunktes angegeben werden.

Weiter wird erfragt, für welche Zielgruppen Primärprävention durchgeführt wird und über welche Modalitäten sie stattfindet. In Kapitel 3.2 wurde auf das beachtliche Spektrum an Zielgruppen verwiesen. Die DAH gibt auf ihren Internetseiten zehn Zielgruppen an, die in den Fragebogen übernommen und um die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ergänzt wurden. Für die Befragung ist von Interesse, welche Gruppen im Fokus der Beratungsarbeit stehen und wie die Schwerpunktsetzung der Mitgliedsorganisationen ist. Das heißt, es wird ermittelt, für welche Zielgruppen Primärprävention eher häufig und für welche eher selten durchgeführt wird und welche Zielgruppen nicht berücksichtigt werden.

Es werden acht Modalitäten zur Auswahl gestellt, die sich ergänzen. Von Telefonberatung bis zur Präsenz auf Veranstaltungen werden alle Angebotsmöglichkeiten abgefragt. Die Frage bietet für die Erfassung der Angebotshäufigkeit eine dreistufige Antwortmöglichkeit. Damit kann ein Bild der aktuellen Palette der eingesetzten Medien in den regionalen Aids-Hilfen entworfen werden.

Der Fragenkomplex II: Kapazität der Einrichtung/Beratungsstelle gehört zu den für diese Arbeit zentralen. Wie in Kapitel 4.4 zu fördernden und hemmenden Bedingungen für die Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention ausgeführt wurde, dürfen die personellen und finanziellen Ressourcen ebenso wie die Lage in der Bestandsaufnahme nicht fehlen. Die Kapazität der Einrichtung ist über die Arbeitsstunden operationalisiert. Es werden die wöchentlichen Arbeitsstunden insgesamt und getrennt nach Festfinanzierung und zeitlich befristeten Verträgen für den Referenzzeitraum der letzten zwölf Monate erfasst. Ebenso wird der Stundenanteil an primärpräventiver Arbeit erhoben. Die Operationalisierung über Arbeitsstunden bietet den Vorteil, dass durch die Umrechnung ein genaues Bild über die Stellenkapazität der Projekte gegeben wird. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass die Stellenkapazität nicht mit den finanziellen Ressourcen gleichgesetzt werden darf. Es ist zwar wahr-

scheinlich, dass personelle Kapazität mit finanziellen Ressourcen korrespondiert, dennoch erheben wir in diesem Fragenblock keine Angaben zu den tatsächlichen finanziellen Zuwendungen der Einrichtungen, die zu einer solchen Schlussfolgerung berechtigen würden. Zusätzlich werden die Zeitspenden und die Geldspenden (Stellen aus Eigenmitteln des Vereins) der Einrichtungen erfasst.

Um einen genaueren Eindruck über die Entwicklung der primärpräventiven Aktivitäten in den letzten Jahren zu erhalten, werden für die zurückliegenden 20 Jahre die geschätzten prozentualen Anteile pro Woche abgefragt. Die erfassten Zeitspannen betragen jeweils fünf Jahre, d. h. es sollen Prozente von 1985 bis heute eingetragen werden. Auch können, wie in Fragenkomplex I, Angaben über eine Zu- bzw. Abnahme gewonnen werden, die auch einen Rückschluss über die Kapazitätsentwicklung seit Gründung der DAH zulassen.

Fragenkomplex III Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention bildet den Schwerpunkt der Befragung. Die systematische Beschreibung des Status quo soll klären, welche Strategien der Qualitätssicherung bereits in den Aids-Hilfen verwirklicht werden und wo zusätzlicher Bedarf an Unterstützung zur Steuerung und Auswertung der Primärprävention besteht. Es geht, wie eingangs schon erwähnt, um eine Erhebung und keinesfalls eine Bewertung bereits vorhandener qualitätssichernder Aktivitäten. Es wird nach Quellen differenziert, die Mitarbeiter nutzen, um Kenntnisse in diesem Bereich zu erwerben. Zudem werden Formen der Bedarfsklärung, der Einsatz von Leitlinien, die praxisbegleitenden Maßnahmen, die Dokumentation und schließlich die Ergebnismessung in den Einrichtungen abgefragt. Bei der Nutzung der Verfahren wird zwischen „häufig“, „gelegentlich“ und „gar nicht“ unterschieden. Der Bedarf der Aids-Hilfen nach Begleitung und Fortbildung zur systematischen Anwendung dieser Verfahren wird ebenfalls, abgestuft nach „gar nicht wichtig“, „mäßig wichtig“ und „sehr wichtig“, erfasst.

Die folgende Aufstellung gibt einen Überblick über die erfassten Aspekte der Evaluation und Qualitätssicherung:

Abbildung 4: Aspekte der Evaluation und Qualitätssicherung

Bedarfsklärung	<ul style="list-style-type: none"> ◦ epidemiologische Daten des Robert-Koch-Institutes ◦ Daten anderer Kooperationspartner ◦ Zielgruppenbefragungen
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> ◦ eigene Leitlinien ◦ Leitlinien der DAH ◦ Leitlinien anderer Anbieter
Praxisbegleitende Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Supervision ◦ Intravision (Fallbesprechung im Team) ◦ Facharbeitskreise ◦ wissenschaftliche Fachbegleitung ◦ Fort- und Weiterbildung
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Statistik ◦ Einzelfalldokumentation ◦ Dokumentation von Konzepten ◦ Dokumentation von Arbeitsabläufen
Ergebnismessung	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Feststellung der Angebotsakzeptanz ◦ Überprüfung der Zielerreichung ◦ Strategieplanung im Team

Der **Fragenkomplex IV Partizipatorische Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung** umfasst eine Frage zu den Kenntnissen über partizipatorische Verfahren, eine Einstellungsfrage zur Wichtigkeit der Verfahren, zwei Fragen zu ihrer Umsetzung in den Aids-Hilfen sowie eine Frage zum Weiterbildungsbedarf. Partizipation aller Akteure als Forderung und Bedingung für erfolgreiche und befriedigende Qualitätssicherung ist zwar wünschenswert, kann aber nicht vorausgesetzt werden. Wie im Kapitel 4.2 eingehend erläutert, sind Programme partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung rar und werden gerade im HIV/Aids-Bereich kaum eingesetzt. Hinzu kommen eine Begriffsvielfalt und -verwirrung, die nicht zuletzt auch auf die Übertragungen aus dem Englischen zurückzuführen sind. Dabei können ‚zu‘ wissenschaftliche Termini Ressentiments auslösen und abschrecken und so die angestrebte realistische Abbildung der Kenntnisse und Aktivitäten in den Projekten verzerren. Deshalb wurde ausgehend von der Komplexität dieses Feldes Partizipation mit Gleichberechtigung bzw. gleichberechtigter Beteiligung/Zusammenarbeit gleichgesetzt. Neben der Wortwahl sollte die ausführliche inhaltliche Einführung zu diesem Fragenkomplex (s. a. Appendix II, S. 3) Widerstände ausräumen.

Der **Fragenkomplex V enthält zwölf Einstellungsäußerungen** zur Qualitätssicherung. Sie repräsentieren unterschiedliche Aspekte fördernder und hemmender Bedingungen für Qualitätssicherung, wie mangelnde Ressourcen. Die Aussagen sind das Ergebnis der Literaturrecherche und der Befragung des Ressorts Qualitätsentwicklung der DAH und geben häufig geäußerte Meinungen wieder. Auf die Forderung, sie neutral zu formulieren, um Antworttendenzen der sozialen Erwünschtheit zu vermeiden, wurde in diesem Fall bewusst verzichtet, da die abzufragenden Einstellungen im Wortlaut möglichst nah an den Erfahrungen der Kollegen aus der Praxis liegen sollten. Zur Vermeidung von Ja- bzw. Nein-Sage-Tendenzen, ist ihre Reihenfolge ausbalanciert und positive und negative Aussagen erfolgen weitgehend abwechselnd. Sie werden anhand einer Rangskala mit sieben Stufen von vollkommener Zustimmung über Unentschiedenheit bis hin zu vollkommener Ablehnung beantwortet. Folgende Aussagen wurden abgefragt:

Abbildung 5: Die Einstellungsäußerungen

- | | |
|-----|--|
| 1. | „Qualitätsmanagement findet bei uns auf allen Ebenen statt. Frei nach dem Motto ‚Kritik ist eine Ressource‘ wollen wir wissen, worin wir gut sind und was wir tun können, um als Aids-Hilfe noch besser werden zu können.“ |
| 2. | „Qualitätssicherung ist etwas, was nur dazu beiträgt, den bürokratischen Wasserkopf aufzublähen.“ |
| 3. | „Anfangs gab es bei uns Vorbehalte gegen das Thema. Aber jetzt, wo wir unsere eigene Arbeit genauer anschauen, stellen wir fest, wie groß der Nutzen einer solchen Auseinandersetzung für uns selbst ist.“ |
| 4. | „Papier ist geduldig, was bei uns zählt ist der unmittelbare Kontakt zu den Menschen.“ |
| 5. | „Seitdem wir uns mit Qualitätsmanagement befassen, sind wir mutiger geworden. So stellen wir uns nicht nur die Frage, was gerade gut läuft, sondern auch der Frage, was noch nicht so läuft, wie wir es uns wünschen.“ |
| 6. | „Wir können uns einen solchen Luxus nicht leisten, da wir von Jahr zu Jahr weiter gekürzt werden.“ |
| 7. | „Ich halte Qualitätsmanagement für überflüssigen Quatsch: Man merkt im alltäglichen Umgang mit den Klienten, ob die Arbeit ankommt oder nicht.“ |
| 8. | „Wir haben schon immer mal überlegt, was in der Richtung zu machen, wissen aber nicht, wo wir anfangen sollen.“ |
| 9. | „Bei all den Aufgaben, die uns von Jahr zu Jahr neu aufgedrückt werden, ist Qualitätsmanagement das Letzte, wofür wir Zeit haben.“ |
| 10. | „Man hört so viel Widersprüchliches und es gibt so viele Geldschneider, dass man gar nicht weiß, wo man sich hinwenden soll, wenn man so etwas für die eigene Aids-Hilfe umsetzen soll.“ |
| 11. | „Wir haben schon verschiedene Dinge überlegt und ausprobiert, aber wenn es dann konkret wird, dann scheitert es immer am Geld, denn alles, was so angeboten wird, kostet mehr Geld, als uns zur Verfügung steht.“ |
| 12. | „Qualität ist eine Frage der Haltung aller Mitarbeiter/innen unseres Hauses und an dieser arbeiten wir konsequent!“ |

Angaben zum Profil der Einrichtung, wie Größe des Einzugsgebiets und Schwerpunkt der Arbeit, werden am Schluss in **Fragenkomplex VI** erfasst. Informationen über die Lage einer Einrichtung liefern wichtige Anhaltspunkte für die Auswertung. So erleben Aids-Hilfen möglicherweise eine unterschiedliche Dringlichkeit für Prävention oder haben andere Zielgruppen, weil z. B. die Infektionsraten in Metropolen und kleineren Gebieten voneinander abweichen. Auch Ressourcen können unterschiedlich verteilt sein.

Die Konzeption der Fragenkomplexe I-IV folgt der klassischen quantitativen Erhebungsmethode. Fragenkomplex V orientiert sich an der Q-Methodology (vgl. McKeown, Thomas 1988), mit deren Hilfe Einstellungen von Probanden anhand einer mehrstufigen Skala von vollkommener Zustimmung bis zu vollkommener Ablehnung bewertet werden. Die Methode kommt aus der qualitativen Sozialforschung, kann jedoch mit Hilfe der Faktorenanalyse quantitativ ausgewertet werden. Es handelt sich nicht um eine Likert-Skala – nicht jeder Ausprägung auf dem Kontinuum ist eine Antwortmöglichkeit zugeordnet –, sondern um eine Rangskala, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Abbildung 6: Antwortmöglichkeiten zu Einstellungsfragen

Legende Rangskala der Antwortmöglichkeiten:

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch				Stimme vollkommen zu
1	2	3	4	5	6	7

Eigene Darstellung

Der Bogen enthält 97 geschlossene Fragen. 13 Fragen sind zusätzlich offen zu beantworten. Für Einstellungsfragen steht die oben dargestellte siebenstufige Ratingskala zur Verfügung. Die Formulierung der Fragen sollte möglichst praxisnah sein. Es wurden mehrere Korrektur- und Feedback-Schleifen durchgeführt, um missverständliche Texte zu eliminieren. Als Korrektiv fungierten Mitarbeiter der DAH und ausgewählte, möglichst unterschiedliche Aids-Hilfen.

Die inhaltliche Konsistenz und größtmögliche Balance, vor allem der Einstellungsitems, sollte durch wiederholte Korrekturen von Experten sichergestellt werden. Die Bearbeitungsdauer des Bogens ist auf 30 Minuten konzipiert, um eine gute Compliance zu erzielen.

5.2 Die Fragebogenerhebung

Der fünfseitige Fragebogen wurde mit einem Begleitschreiben (vgl. Appendix I, II) Mitte Juli 2004 im routinemäßig alle zwei Wochen verschickten Rundschreiben des DAH an alle 119 deutschen Aids-Hilfen versandt. Die Adressaten wurden gebeten, ihn auszufüllen und zurückzusenden. Auf Nachfrage erhielten einige Einrichtungen den Fragebogen zusätzlich in elektronischer Form. In einem weiteren Rundschreiben wurde an die Bearbeitung erinnert. Eine telefonische Nachfassaktion sollte einen möglichst hohen Rücklauf der Fragebögen gewährleisten.

Der Fragebogenrücklauf

Die Datensammlung erfolgte in mehreren Schritten. Etwa eine Woche nach der Versendung begann ein spontaner Rücklauf von knapp der Hälfte der versandten Fragebögen. In einem zweiten Schritt wurden die ausstehenden Einrichtungen je nach Erreichbarkeit per Rundschreiben, E-Mail, Telefonat oder Brief an die Beantwortung erinnert. Der Rücklauf steigerte sich auf knapp 60 %. Durch weitere Erinnerungen konnte eine **Rücklaufquote von 89 %** erzielt werden, die einmalig in der Geschichte der Deutschen AIDS-Hilfe ist.

Tabelle 1: Fragebogenrücklauf (Datensatz I)

Versandte Bögen	1. Rücklauf mit allgemeiner Erinnerung durch die DAH	Individuelle Erinnerung/ persönliche Anschreiben	2. Rücklauf nach Erinnerung	Gesamtzahl Rücklauf
N = 119	n = 71 (59,6 %)	n = 48 (40 %)	n = 35 (29,4 %)	N = 106 (89 %)

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Die Nacherhebung

Da nicht alle Bögen vollständig ausgefüllt zurückkamen, wurde telefonisch nacherhoben und es wurden Verständnisfragen geklärt.

Die ersten Telefonate zur Nacherhebung waren z. T. sehr ausführlich und umfangreich. Daher wurde ein Protokoll für die Nachfassaktion entwickelt (s. Appendix III). Die so erfassten Daten geben u. a. Aufschluss über die Situation und Stimmung in den einzelnen Aids-Hilfen. Zudem liefern sie eine Rückmeldung zu den Fragen, vor allem im Hinblick auf Verständlichkeit. Die Fragebogenerhebung stieß in etlichen Einrichtungen eine Diskussion über eigene Konzepte, Aktivitäten und Haltungen zu Qualitätssicherung an, die zum Teil mit den nachfassenden Kollegen eingehend erörtert wurde. In einigen Fällen erhielten wir ausführliche Briefe oder E-Mails, die sich intensiv mit Qualitätssicherung auseinandersetzen.

Insgesamt wurde in 49 Fällen nachgefasst. Davon wurden 45 protokolliert. Im Protokoll wurde erfasst, ob und wie weit die Einrichtung bereits einen Bogen ausgefüllt hatte (Teil-Responder/Non-Responder) und ob die Bereitschaft zum Telefonat und zum Nachfassen bestand. Zudem wurde ggf. erfragt, welche Art von Prävention das Projekt anbietet. Außerdem wurde ermittelt, woran die Beantwortung des Fragenbogens gescheitert war und wie die Stimmung und Situation in der Einrichtung war. Abschließend wurde festgehalten, ob der Fragebogen vervollständigt werden konnte (s. folgende Tabelle).

Tabelle 2: Nacherhebung (n = 45)

Anzahl	Responder	Bereitschaft Telefonat	Bereit Nacherfassen	Bogen vervollständigt
Ja	28	44	26	22
Nein	17	1	17	23 (7 von ihnen sandten den Bogen dann doch zurück)

Nicht alle Protokolle enthielten Gründe für die Nichtbeantwortung. Einige Beratungsstellen konnten mit dem Bogen nicht viel anfangen, weil das Vokabular oder die Inhalte ihre Arbeit nicht ausreichend repräsentierten. Einige wenige bevorzugten die persönliche Befragung. Zur Auseinandersetzung mit Evaluation und Qualitätssicherung wurden von einigen Befragten mehrtägige Fortbildungen vorgeschlagen. Für einige Einrichtungen war die Konzentration des Bogens auf die Primärprävention problematisch. Manche führten sie auf Stellen durch, die nicht für Primärprävention ausgewiesen waren, so dass vor allem die Fragen nach der zeitlichen Kapazität nicht beantwortet werden konnten. Dies traf auch auf Einrichtungen zu, in denen ausschließlich Ehrenamtliche arbeiten. Hinzu kam, dass in einigen Fällen die Primärprävention aufgrund von Mittelkürzungen reduziert wurde oder für bestimmte Zielgruppen aufgegeben werden musste. Die Angabe „Zeitmangel“ bei den Teil- und Non-Respondern lässt sich in zwei Gruppen unterscheiden. So bezog sich bei den einen der Zeitmangel ausschließlich auf die Beantwortung des Bogens. So hieß es bspw.: „Wir haben zuviel zu tun.“ Die andere Gruppe beschrieb die gesamte Situation als angespannt. Sie wollten, wurde gesagt, mehr in Richtung Qualitätssicherung machen, seien aber finanziell dazu nicht in der Lage. Auf die Frage, was am dringendsten benötigt werde, hieß es: „Geld“. Sie litten unter Mittelkürzungen und seien dementsprechend „überfordert“.

Tabelle 3: Gründe für Teil-Responder bzw. Non-Responder (Mehrfachnennungen möglich, Angaben von 45 Protokollen)

Grund für fehlende Angaben	Zeitmangel	Motivationsmangel	Nicht angesprochen v. Fragen	Andere
Anzahl	11	2	6	12

5.3 Datenbasis

Die Kodierung der Fragebögen und die Dateneingabe erfolgten per Hand. Die erforderlichen statistischen Analysen wurden mit dem Programmpaket SPSS durchgeführt. Eingabe und Datenbereinigung waren Ende Oktober 2004 abgeschlossen.

Die Datenbasis enthält fünf Datensätze, die im Folgenden beschrieben werden. Durch sukzessive Reduktion wurde der Zensus zu einem Datensatz zusammengefasst, der alle nötigen Variablen zur Beantwortung der Fragestellung und zur Übersicht über aktuelle und retrospektive primärpräventive Aktivitäten der Aids-Hilfen enthält. Einige wenige Beratungsstellen haben den Bogen nicht zurückgesandt, jedoch telefonisch Nachfragen zur Primärprävention beantwortet.

Nicht alle Fragebögen waren vollständig (Teil-Responder), so dass einige Fälle ausgeschlossen werden mussten bzw. nur teilweise in die Analysen eingehen konnten. Sie werden gesondert betrachtet, wie weiter unten ausgeführt ist.

Alle 119 deutschen Aids-Hilfen haben einen Fragebogen erhalten. Sie bilden damit den ersten und umfassendsten Datensatz (n = 119/Datensatz I = Zensus).

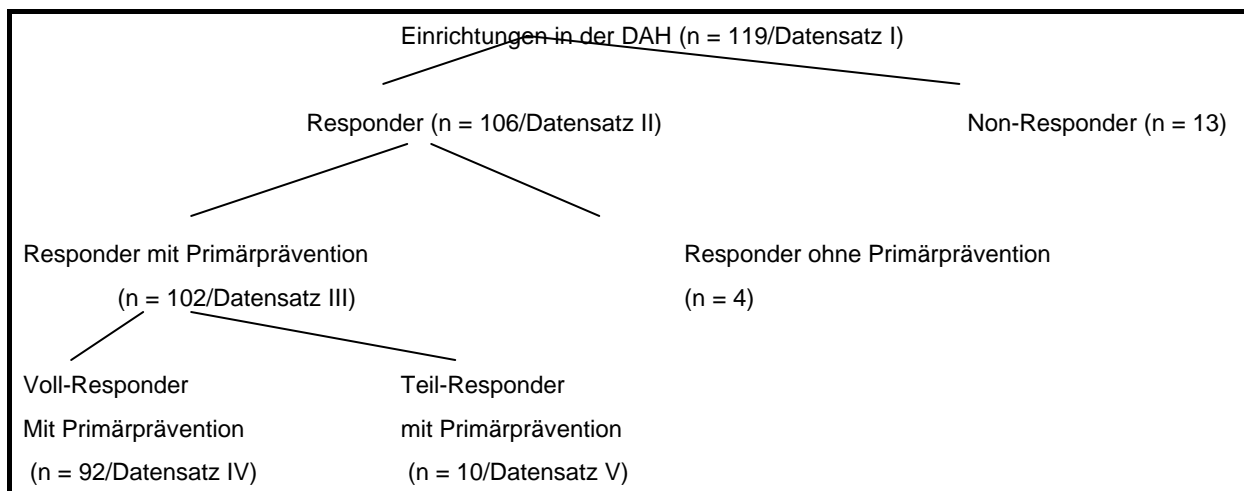
In einem weiteren Datensatz sind die Daten der tatsächlich zurückgesandten Fragebögen ent-

halten ($n = 106$ /Datensatz II = alle Responder). Der dritte Datensatz umfasst alle Einrichtungen des zweiten Datensatzes, die Primärprävention durchführen ($n = 102$ /Datensatz III = Responder mit Primärprävention).

Für die anstehenden Analysen wurde der dritte Datensatz von 102 auf 92 Fälle reduziert. Diese 92 Bögen beinhalten komplette Angaben zu den Arbeitszeiten für die Bildung der strukturellen Variablen ($n = 92$ /Datensatz IV = Voll-Responder mit Primärprävention). Die verbleibenden 10 Projekte, die keine ausreichenden Angaben zu den strukturellen Bedingungen machen, bilden den fünften Datensatz ($n = 10$ /Datensatz V = Teil-Responder mit Primärprävention).

Zum besseren Verständnis der verwendeten Datensätze dient folgende Graphik:

Abbildung 7: Überblick über die Datensätze



Responder = zurückgesandte Fragebögen

Voll-Responder = Fragebögen mit vollständigen Angaben

Teil-Responder = Fragebögen mit unvollständigen Angaben zu strukturellen Bedingungen

Non-Responder = fehlende Fragebögen; nur telefonische Angaben zur Primärprävention vorhanden

Eigene Darstellung

5.4 Forschungsfragen und methodisches Herangehen

Die Forschungsfragen leiten sich unmittelbar aus den Fragenkomplexen des Fragebogens ab, der konzeptionell (vgl. Kap. 5.1) dem aktuellen Forschungsstand zu den Aspekten der Evaluation und Qualitätssicherung entspricht.

Die Bedarfserhebung erfasst neben dem ‚Ist-Zustand‘ der Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung den Bedarf an Fortbildung und Begleitung. Ziel ist es, ggf. das Weiterbildungsprogramm der DAH entsprechend zu ergänzen. Erwartet wird, dass Evaluation und Qualitätssicherung bereits vielerorts in den Einrichtungen realisiert, möglicherweise aber explizit noch nicht so benannt werden (Fragenkomplex I, II).

Unsicherheiten im Hinblick auf Theorien und Methoden, aber auch Ressentiments können in den Fragenkomplexen IV und V abgebildet werden. Fördernde und hemmende Bedingungen werden über die Feststellung der Kapazität, die Zeit für Primärprävention, die Größe des Einzugsgebiets und die Einstellungsfragen erfasst. Es wird erwartet, dass sich einerseits viele Einrichtungen für Evaluation und Qualitätssicherung engagieren, dass sich andererseits aber aufgrund schwindender finanzieller Mittel und Schwierigkeiten in der Praxis Resignation und Ablehnung eingestellt haben können.

Fragestellungen

Die forschungsleitenden Fragestellungen, die mit der Studie beantwortet werden sollen, sind folgende:

1. Welche Konzepte und Aktivitäten werden für die Evaluation und Qualitätssicherung von primärpräventiven Angeboten bereits von den Aids-Hilfen verwendet?
 - a) Wie wirken sich strukturelle Bedingungen der Einrichtungen auf Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention aus?
 - b) Wie wirken sich Einstellungen der Mitarbeiter auf Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention aus?
2. Welchen Bedarf formulieren die Projektmitarbeiter an Aus- und Weiterbildung und wissenschaftlicher Begleitung zu Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung?
 - a) Lassen sich Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen der Einrichtungen und dem Bedarf nach Aus- und Weiterbildung und wissenschaftlicher Begleitung zu Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung finden?
 - b) Lassen sich Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Mitarbeiter und dem Bedarf nach Aus- und Weiterbildung und wissenschaftlicher Begleitung zu Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung finden?
3. Welche Einstellungen haben die Mitarbeiter zur Qualitätssicherung?
 - a) Lassen sich Wechselwirkungen zwischen strukturellen Bedingungen und den Einstellungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen finden?
4. Bestehen Kenntnisse zu und Bedarf nach partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung? Werden bereits Vorgehensweisen eines Aktionsforschungsansatzes verwirklicht?
 - a) Stehen Kenntnisse und Verwirklichung von und Weiterbildungsbedarf zu partizipatorischen Ansätzen in Beziehung zu strukturellen Bedingungen der Einrichtungen?
 - b) Stehen Kenntnisse und Verwirklichung von und Weiterbildungsbedarf zu partizipatorischen Ansätzen in Beziehung zu Einstellungen der Mitarbeiter der Einrichtungen?

Methodisches Vorgehen

Für jede der gestellten Forschungsfragen werden zuerst die Häufigkeitsverteilungen der Antworten für den Datensatz IV (92 Fälle) ermittelt, um ein Bild der Situation in den Einrichtungen zu zeichnen (Fragen 1-4).

In einem zweiten Schritt sollen *potentiell fördernde und hemmende Bedingungen* eruiert werden. Hierzu wird nach Wechselwirkungen zwischen den strukturellen Bedingungen (unabhängige Variablen: Gesamtkapazität, Kapazität für Primärprävention, Einzugsgebiet) und den Antwortstrukturen der Einrichtungen mit Zusammenhangsanalysen gesucht (jeweils Unterfrage zur Forschungsfrage, Fragen 1a-4a). Aus rechentechnischen Gründen werden die sehr differenziert erfassten strukturellen Variablen nach Plausibilitätsüberlegungen zusammengefasst. Sowohl die Kapazität in Stunden als auch die anteilige primärpräventive Tätigkeit gehen in 20er-Perzentil-Schritten in die Berechnungen ein.

Die Einstellungsdimensionen werden ebenfalls auf Zusammenhänge mit den strukturellen Bedingungen geprüft. Außerdem werden sie als eigenständige Bedingungsvariable (unabhängige

Variable) verwendet, um die potentielle Wechselbeziehung der Einstellungen mit der Antwortstruktur zu Aktivitäten und Wünschen hinsichtlich Evaluation und Qualitätssicherung zu untersuchen (Forschungsfragen 1b-4b). Es entsteht eine Matrix mit drei strukturellen und vier ‚Einstellungsdimensionen‘ als unabhängige Variablen, die in Beziehung zu den Aktivitäten und dem Bedarf gesetzt werden. Zur Übersicht soll folgende Tabelle dienen:

Tabelle 4: Design der Forschungsfragen

Eingesetzte Methode:	Univariate Statistik: Häufigkeiten in Anzahl und Prozenten	Bivariate Statistik: Kreuztabellen mit unabhängigen Variablen (Strukturelle Bedingungen: Kapazität, Einzugsgebiet, Anteil Primärprävention)	Bivariate Statistik: Kreuztabellen mit unabhängigen Variablen (Einstellungsdimensionen)
Aktivitäten d. Evaluation und Qualitätssicherung	Frage 1	Frage 1a	Frage 1b
Fortbildungsbedarf	Frage 2	Frage 2a	Frage 2b
Einstellungen	Frage 3	Frage 3a	/
Kenntnisse zu Partizipation	Frage 4	Frage 4a	Frage 4b

Eigene Darstellung

Bearbeitung einzelner Forschungsfragen

Die Aktivitäten der Einrichtungen spiegeln sich in den Antworten zu den Modalitäten, die sie zum Kenntniserwerb nutzen, wider (Fragenkomplex III Verfahren zu Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention). Hier werden die Häufigkeitsverteilungen dargestellt und besprochen.

Anschließend werden die einzelnen Fragenblöcke zu den Erfahrungen und der Nutzung von Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung analysiert (Bedarfsklärung, Leitlinien, praxisbegleitende Maßnahmen, Dokumentation und Ergebnismessung). Dabei interessiert auch, welche Verfahren in welchem Ausmaß eingesetzt werden. Da es sich um ordinalskalierte Daten handelt, werden Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen und Maßnahmen der Evaluation und Qualitätssicherung über Kreuztabellen dargestellt.

Der Aufbau aller Kreuztabellen ist gleich. Die Zellenbesetzungen sind sowohl in Häufigkeiten als auch in Prozenten angegeben. Die Prozentwerte sind allerdings zur Veranschaulichung der Ergebnisse zusätzlich erzeugt worden. Zum Teil sind die Zellenbesetzungen zu klein, um sie sinnvoll interpretieren zu können. Dies trifft bei der Variablen Einwohnerzahl zu, wo eine Gruppe mit nur zwei Fällen besetzt ist. Hier sind dann ausschließlich die Häufigkeiten aufgeführt.

Zur Veranschaulichung soll ein Beispiel dienen (vgl. Tabelle 5).

In der Zelle „Einwohner bis 20.000“ wurde auf die Umrechnung in Prozente verzichtet. Sonst liest sich die Kreuztabelle wie folgt: In den Zeilen ist die Einwohnerzahl des Einzugsgebiets (unabhängige Variable) aufgeführt. Die Spalten geben die abhängige Variable wieder, hier die abgefragte Strategieplanung im Team. In jeder Zelle wird zuerst die absolute Häufigkeit genannt. So steht z. B. in der zweiten Zeile (fett gedruckt), Spalte „häufig“ die Anzahl 9. Das heißt in diesem Beispiel, von den Aids-Hilfen, die ein Einzugsgebiet mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern haben (Zeile 2), machen 9 „häufig“ Strategieplanung im Team (Spalte „häufig“).

Die entsprechenden Prozente werden mit dem Entsprechungszeichen ~ eingeführt und in gerundeten Prozentwerten ausgedrückt. In dieser Zelle sind es 36 %. Die Prozentwerte einer Zeile addieren sich zu 100 %. In der zweiten Zeile ist es die Summe aus 36 %, 28 % und 36 %. In der Spalte „Gesamt“ steht zuerst wiederum die Anzahl, die diesmal alle Fälle der Zeile zusammenfasst. In der zweiten Zeile sind 25 Fälle vertreten, die wiederum 27 % aller Fälle – in diesem Beispiel sind es 91 – entsprechen. Eine graue Unterlegung weist auf die referierten Werte hin, auf die in der jeweiligen Legende hingewiesen wird.

Tabelle 5: Beispiel-Tabelle: Zusammenhang Strategieplanung im Team/Einwohnerzahl

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit Strategieplanung im Team			Gesamt
		gar nicht	gelegentl.	häufig	
Einwohner	bis 20.000	0	1	1	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	9 ~ 36 %	7 ~ 28 %	9 ~ 36 %	25 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	1 ~ 2 %	14 ~ 35 %	25 ~ 63 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	0	3 ~ 27 %	8 ~ 73 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	0	3 ~ 23 %	10 ~ 77 %	13 ~ 15 %
Gesamt		10 ~ 11 %	28 ~ 31 %	53 ~ 58 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = ,492; näherungsweise Signifikanz = ,000
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Die erzeugten Verteilungen der Mehrfelder-Tafeln werden mit dem Assoziationsmaß Gamma auf signifikante Abweichungen von der erwartbaren Zellenbesetzung geprüft. Brinks schlägt Gamma als Testgröße für ordinalskalierte Daten vor (vgl. Brinks 2004). Gamma beschreibt die Richtung und Stärke der Beziehung zwischen den Variablen. Dabei ist außer Acht zu lassen, welche Variablen die abhängigen oder unabhängigen sind, da es sich um einen symmetrischen Koeffizienten handelt. Positive oder negative Assoziationen werden gleichermaßen dargestellt. Benninghaus (2002) präferiert Gamma als Maß, wenn Untersuchungseinheiten, wie in der vorliegenden Untersuchung, unverknüpft (ohne ties/Verknüpfungen) sind, denn „Gamma kann die Extremwerte -1 und $+1$ bzw. sehr hohe numerische Werte auch in Fällen erreichen, in denen wahrscheinlich viele Forscher zögern werden, den Variablen eine derart hohe Korrelation zuzuschreiben. Was sich, so betrachtet, als Nachteil ausnimmt, kann jedoch, anders betrachtet, als Vorteil empfunden werden. Wenn wir nämlich ein Maß wünschen, das nicht nur bei einer ‚diagonalen Korrelation‘, sondern auch bei einer ‚Eckkorrelation‘ (Galton, 1970, S. 223) sehr hohe Werte erreicht, ist Gamma ein geeigneter Koeffizient.“ (Benninghaus 2002, S. 164)

Dasselbe Verfahren wird bei den Zusammenhängen zwischen Einstellungsdimensionen und Aktivitäten der Aids-Hilfen angewendet.

Im Anschluss an diesen Auswertungsschritt wird die Antwortstruktur zum Weiterbildungsbedarf dargestellt. Zusammenhänge mit strukturellen Variablen und Einstellungsdimensionen werden analog der Bearbeitung der ersten Forschungsfrage über Kreuztabellen ermittelt und mit dem Assoziationsmaß Gamma auf statistische Bedeutsamkeit geprüft.

Neben der Analyse der Häufigkeiten werden die Einstellungsäußerungen zu Evaluation und Qualitätssicherung (Q-Items) sowohl quantitativ (empirisch) mit Hilfe einer Faktorenanalyse als auch qualitativ (theoriegeleitet) durch ein Experten-Rating zu Dimensionen zusammengefasst. Die Faktorenanalyse wurde als methodisch relevantes Verfahren für die heuristische Re-

duktion der Einstellungsäußerungen (vgl. Bortz, Döring 1995) ausgewählt. Trotz des Ordinalskalen-Niveaus der Daten wird sie exploratorisch verwendet. Dazu wird angenommen, dass unterschiedliche Einstellungsdimensionen repräsentiert sind.

Kernaussagen der Einstellungen werden zur Indexbildung isoliert, die einen Faktor charakterisieren. Sie werden zum einen auf ihre Wechselwirkung mit strukturellen Bedingungen geprüft (vgl. Frage 3a), zum anderen gehen sie als unabhängige Bedingungsvariablen in die Zusammenhangsanalysen der anderen Forschungsfragen (1b, 2b, 4b) ein.

Mit Zusammenhangsanalysen wird geprüft, ob und wenn ja welche Wechselwirkung zwischen Kapazität und Einzugsgebiet einerseits und den Einstellungen der Einrichtungen zu Evaluation und Qualitätssicherung andererseits bestehen.

Die Antwortmuster (Häufigkeiten) zu den einzelnen Aspekten partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung geben Auskunft über Kenntnisse, Anwendung und Fortbildungsbedarf. Deren Zusammenhänge mit Einstellungsdimensionen und strukturellen Bedingungen werden ebenfalls über Kreuztabellen dargestellt und mit dem Assoziationsmaß Gamma geprüft.

6. Ergebnisse

Bevor auf die Forschungsfragen im Einzelnen eingegangen wird, soll ein Abriss der primärpräventiven Tätigkeit der Mitgliedsorganisationen im Dachverband Deutsche AIDS-Hilfe die notwendigen Kontextinformationen liefern. Für einen Überblick über Art und Gegenstand der Primärprävention werden zunächst die unterschiedlichen Zielgruppen vorgestellt und die auf sie entfallenden Beratungstätigkeiten und verwendeten Modalitäten beleuchtet. Anschließend werden die gegenwärtige primärpräventive Situation und der Anteil dieser Tätigkeit im Verhältnis zu den Gesamtaktivitäten in der Vergangenheit berichtet. Die Bedingungen, unter denen die einzelnen Projekte arbeiten, werden über die Faktoren personelle Kapazität, Zeit, die Einrichtungen für Primärprävention tatsächlich aufwenden, und örtliche Lage beschrieben. Nachdem ein umfassendes Bild der Situation und der primärpräventiven Arbeit der Aids-Hilfen gezeichnet wurde, werden die Ergebnisse zu den Forschungsfragen dargestellt. Dabei soll geklärt werden, wie und in welchem Maß deutsche Aids-Hilfen bereits Strategien zur Evaluation und Qualitätssicherung einsetzen. Darüber hinaus wird geprüft, inwiefern ein Zusammenhang zwischen den verwendeten Strategien und den strukturellen Bedingungen und Einstellungen der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung besteht. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass bestimmte Rahmenbedingungen sich fördernd oder hemmend auf die Verwirklichung von Qualitätssicherung auswirken?

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird die Frage geklärt, ob und, wenn ja, in welchen Bereichen die Aids-Hilfen zusätzliche Unterstützung beim Auf- bzw. Ausbau qualitätssichernder Aktivitäten benötigen. Auch der Bedarf wird im Hinblick auf seine Verknüpfung mit strukturellen Bedingungen und Einstellungen untersucht.

Zum Schluss werden die Einstellungen der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung im Einzelnen skizziert. Sie bilden die Basis der Arbeit und sind potentielle Einflussfaktoren. Zudem werden

der Bekanntheitsgrad und die Verwirklichung von Partizipation als angestrebte Form von Evaluation und Qualitätssicherung überprüft und dargestellt.

Zielgruppen und Modalitäten von Primärprävention in Aids-Hilfen

Zur Beschreibung der primärpräventiven Tätigkeiten der Projekte stehen im Fragebogen elf Zielgruppen zur Auswahl. 10 der Zielgruppen werden von der DAH genannt, Kindern und Jugendliche wurden als zusätzliche Antwortalternative aufgenommen. Weitere Zielgruppen können in einer offenen Kategorie benannt werden. Einige Projekte nutzten diese Möglichkeit und ergänzten andere Zielgruppen wie Lehrer, Pflegepersonal oder Transsexuelle. In Tabelle 6 sind die Zielgruppen nach der Häufigkeit der Nennung sortiert.

Für drei der Zielgruppen bietet ein großer Teil der Aids-Hilfen Primärprävention an. An erster Stelle stehen Kinder und Jugendliche, die von 73 Projekten mit „immer“ angegeben werden; das sind immerhin knapp 80 % aller Einrichtungen. Auch die Allgemeinbevölkerung und homo- und bisexuelle Männer werden von mehr als zwei Drittel aller Projekte „immer“ als Zielgruppe berücksichtigt. Die wenigsten Angebote existieren für weibliche und männliche Sexarbeiter.

**Tabelle 6: Zielgruppen Primärprävention
(Anzahl der Projekte, Datensatz IV, n = 92)**

Zielgruppe	gar nicht	gelegentlich	immer	keine Angabe
Kinder/Jugendliche	3	16	73	0
Homo-/bisexuelle Männer	4	24	64	0
Allgemeinbevölkerung	6	24	62	0
Männer mit HIV/Aids	15	27	49	1
Frauen mit HIV/Aids	19	25	47	1
Drogengebraucher/innen	18	34	40	0
Angehörige v. Menschen mit HIV/Aids	17	40	35	0
Menschen in Haft	26	42	24	0
Migrant/inne/n	13	55	24	0
Männliche Prostituierte	51	31	10	0
Weibliche Prostituierte	64	21	7	0

Am häufigsten kommen die telefonische und die persönliche Beratung zum Einsatz. Mehr als drei Viertel der Projekte bieten sie „immer“ an. Fast ebenso häufig werden zielgruppenspezifische Medien verteilt. Internetberatung und Streetwork bieten die Aids-Hilfen am seltensten an. Etwa ein Fünftel setzt diese Instrumente gar nicht ein. Die Internetberatung wird allerdings in den nächsten Jahren wahrscheinlich deutlich zunehmen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die genannten Modalitäten.

**Tabelle 7: Modalitäten der präventiven Beratung
(Anzahl der Projekte, Datensatz IV, n = 92)**

Modalität	Gar nicht	Gelegentlich	Immer
Persönliche Beratung	2	20	70
Telefonberatung	9	13	70
Verteilung zielgruppenspez. Medien	5	19	68
Informationsveranstaltungen	0	41	51
Präsenz auf Veranstaltungen	1	41	50
Internetberatung	17	35	40
Streetwork/aufsuchende Arbeit	18	38	36
Multiplikatorenarbeit	6	54	32

6.1 Die Situation in den Aids-Hilfen

Für die Bestandsaufnahme und die weitere Beurteilung der Ergebnisse ist es wichtig zu wissen, wie viele Aids-Hilfen tatsächlich primärpräventiv arbeiten. Handelt es sich nur um einen kleinen Anteil der Mitgliedsorganisationen? Das würde bedeuten, dass das Gros der Arbeit auf Sekundär- oder Tertiärprävention entfällt. Oder wird Primärprävention flächendeckend und in großem Stil durchgeführt? Von ebenso großer Bedeutung ist das Wissen um die Rahmenbedingungen, unter denen die einzelnen Aids-Hilfen arbeiten. Weder primärpräventive Angebote noch qualitätssichernde Prozesse finden im ‚luftleeren Raum‘ statt. Sie stehen in enger Verbindung mit der Situation in den Aids-Hilfen. In großen Einrichtungen mit viel Personal lassen sich Evaluation und Qualitätssicherung u. U. leichter verwirklichen als in sehr kleinen, wo Prävention von einem oder wenigen Mitarbeitern durchgeführt und evaluiert werden muss.

Primärpräventive Aktivitäten der Aids-Hilfen

Nachfolgend wird ein Überblick über die Primärprävention in den Aids-Hilfen in der Gegenwart und Vergangenheit gegeben. Datenbasis ist der Datensatz I mit den Daten aller Aids-Hilfen.

Durch die telefonische Nachfassaktion konnte, mit Ausnahme dreier Aids-Hilfen (2,5 % der Gesamtstichprobe), die ihre Mitarbeit verweigerten, von allen Einrichtungen (97,5 %) zumindest telefonisch erhoben werden, ob sie Primärprävention durchführen oder nicht. Das Ergebnis zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der 116 befragten Aids-Hilfen (93 %) aktuell Primärprävention betreibt (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Beratungsstellen mit aktuellen primärpräventiven Angeboten
(Alle Mitglieder der DAH n = 119/Datensatz I)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	8	6,7	6,9	6,9
	Ja	108	90,8	93,1	
	Gesamt	116	97,5	100,0	
Fehlend	9999	3	2,5		
Gesamt		119	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt
Fehlende Werte mit 9999 kodiert

In der Vergangenheit waren 94 % der Projekte primärpräventiv aktiv. Allerdings antworteten auf die entsprechende Frage von den 119 befragten Aids-Hilfen nur 104. So könnte sich auch die marginal höhere Prozentzahl erklären, da sie sich auf weniger Antworten bezieht.

Tabelle 9: Beratungsstellen mit primärpräventiven Angeboten in der Vergangenheit (Alle Mitglieder der DAH n = 119/Datensatz I)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	6	5,0	5,8	5,8
	Ja	98	82,4	94,2	
	Gesamt	104	87,4	100,0	
Fehlend	9999	15	12,6		
Gesamt		119	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Fehlende Werte mit 9999 kodiert

Legt man den Datensatz II/Responder zugrunde, das heißt, die Daten aus den Fragebögen, die tatsächlich zurückgesandt wurden, ist der Anteil an Aids-Hilfen, die Primärprävention durchführen, etwas größer. Von 106 Aids-Hilfen beantworteten 96 %, das sind 102 Einrichtungen, die Frage nach aktueller Durchführung von Primärprävention positiv (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Anteile der Beratungsstellen mit aktuellen primärpräventiven Angeboten (Beantwortete Fragebögen n = 106/Datensatz II)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	4	3,8	3,8	3,8
	Ja	102	96,2	96,2	
	Gesamt	106	100,0	100,0	

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Von den Respondern geben 97 % an, in der Vergangenheit primärpräventiv gearbeitet zu haben (s. Tabelle 11). Auch hier ist der prozentuale Anteil verglichen mit den aktuellen Daten marginal höher. Allerdings fehlen in drei Fällen die Angaben für die Vergangenheit, für die aktuelle Zeit waren sie vollständig.

Tabelle 11: Anteile der Beratungsstellen mit primärpräventiven Angeboten in der Vergangenheit Beantwortete Fragebögen n = 106/Datensatz II)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	3	2,8	2,9	2,9
	Ja	100	94,3	97,1	
	Gesamt	103	97,2	100,0	
Fehlend	9999	3	2,8		
Gesamt		106	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Fehlende Werte mit 9999 kodiert

Die Ergebnisse zeigen, dass HIV/Aids-Primärprävention durch die Mitgliedsorganisationen der DAH flächendeckend in der Bundesrepublik Deutschland sowohl früher als auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt durchgeführt wird.

Strukturelle Bedingungen in den Einrichtungen

Die Bedingungen, unter denen die Aids-Hilfen arbeiten, sind in den Fragenkomplexen II Kapazität der Einrichtung und VI Profil der Einrichtung (vgl. Fragebogen im Appendix II) erfasst. Abgefragt wurden die für die Arbeit zur Verfügung stehenden Stunden, sowohl für die gesamte Einrichtung als auch gesondert für die Primärprävention. Zudem wurde die Größe des Einzugsgebiets erhoben.

Von 102 Einrichtungen, die Primärprävention anbieten, machten zehn unzureichende Angaben zu den Arbeitszeiten, so dass diese Fälle von den Zusammenhangsanalysen mit strukturellen Variablen ausgeschlossen werden mussten (Datensatz V).

Die Angaben dieser zehn Projekte werden hier, soweit sie vorliegen, kurz umrissen. Alle zehn Einrichtungen bieten aktuell Primärprävention an. Neun von ihnen waren auch in der Vergangenheit primärpräventiv aktiv. Eine Einrichtung machte dazu keine Angabe. Alle arbeiten mit dem Schwerpunkt HIV/Aids.

Die Antwortmuster der zehn Aids-Hilfen weisen auch bei den anderen Fragenkomplexen deutliche Lücken und Diskrepanzen auf. Der überwiegende Teil beantwortete zwar die Frage zum Einsatz von Evaluation und Qualitätssicherung, die Fragen zum Unterstützungsbedarf und Wunsch zur Weiterbildung blieben aber weitgehend unbeantwortet. Die Angaben zu den Einstellungsfragen sind wieder weitgehend vollständig. Bei den strukturellen Bedingungen liegen nur für die Größe des Einzugsgebiets vollständige Antworten vor.

**Tabelle 12: Einwohnerangaben der Teil-Responder
(n = 10/Datensatz V)**

Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 20.000 - 100.000	3	30,0	30,0	30,0
100.000 - 500.000	6	60,0	60,0	90,0
500.000 - 1 Mio.	1	10,0	10,0	100,0
Gesamt	10	100,0	100,0	

Das Gros der Einrichtungen von Datensatz V liegt in kleinen bis mittleren Einzugsgebieten. Alle folgenden Berechnungen sind mit Datensatz IV (Responder mit Primärprävention), der 92 Fälle umfasst, durchgeführt worden.

Zeitliche Kapazität der Einrichtungen

Vollständige Angaben zur wöchentlichen Gesamtarbeitszeit und zur Arbeitszeit für Primärprävention liegen von 92 Einrichtungen vor (Datensatz IV). Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Arbeitszeit, die den Einrichtungen insgesamt und anteilig für Primärprävention zur Verfügung steht.

Tabelle 13: Gesamtarbeitszeit und Zeit für primärpräventive Angebote (n = 92/Datensatz IV)

Wöchentliche Arbeitsstunden (Werte gerundet)	Gesamtarbeitszeit der Einrichtung (n = 92)	Umgerechnet in Stellen (1 Stelle entspr. 38,5 Std.)	Arbeitszeit für Primärprävention (n = 92)	Umgerechnet in Stellen (1 Stelle entspr. 38,5 Std.)
Mittelwert ³	162	4.2	60	1.5
Modus	80 (mehrere Modi vorhanden)	2	20 (mehrere Modi vorhanden)	0.5
Minimum	4	0.1	0,5	0.01
Maximum	1190	31	410	10.6
25. Perzentil	73	1.9	20	0.5
50. Perzentil (Median)	110	2.8	40	1
75. Perzentil	195	5	70	1.8

Gesamtarbeitszeit dunkelgrau unterlegt, Arbeitszeit für Primärprävention hellgrau unterlegt

Zur besseren Übersicht sind die Arbeitsstunden auf der Ebene der Perzentile⁴ dargestellt. Dabei wird die Stichprobe in Gruppen von ungefähr neun Projekten zerlegt. Das kleinste Perzentil (10er-Perzentil) entspricht der geringsten Kapazität in Arbeitsstunden, das größte der höchsten (s. folgende Tabelle).

Tabelle 14: Gesamtarbeitszeit und Zeit für primärpräventive Angebote (Darstellung der 10er Perzentile, n = 92/Datensatz IV)

Wöchentliche Arbeitsstunden (Werte gerundet)	Gesamtarbeitszeit der Einrichtung (n = 92)	Umgerechnet in Stellen (1 Stelle entspr. 38,5 Std.)	Arbeitszeit für Primärprävention (n = 92)	Umgerechnet in Stellen (1 Stelle entspr. 38,5 Std.)
10er Perzentil	31	0.8	10	0.26
20er Perzentil	60	1.5	18	0.4
30er Perzentil	80	2.1	20	0.5
40er Perzentil	100	2.6	30	0.8
50er Perzentil	110	2.8	40	1
60er Perzentil	135	3.5	49	1.3
70er Perzentil	162	4.2	61	1.6
80er Perzentil	206	5.4	91	2.4
90er Perzentil	368	9.6	140	3.6

Gesamtarbeitszeit dunkelgrau unterlegt, Arbeitszeit für Primärprävention hellgrau unterlegt

³ Mittelwert = bildet den Durchschnitt der Werte, Modus = in der Verteilung am häufigsten vorkommender Wert, Median = teilt die Werte in zwei gleich große Hälften.

⁴ Zur Erzeugung der Perzentile wurde die Stichprobe in 10 Gruppen zu ca. 9 Einrichtungen aufgeteilt. An erster Stelle ist die Gruppe mit den wenigsten Stunden (10er Perzentil). An letzter Stelle steht dementsprechend die Gruppe mit der meisten Gesamtarbeitszeit für Primärprävention (90er Perzentil). Die Perzentile zeigen, welchem Prozentsatz der Projekte wie viel Arbeitszeit zur Verfügung steht. Im Fall des 10er Perzentils liest sich die Tabelle wie folgt: 10 % aller Einrichtungen stehen zwischen 4 bis 31 Stunden Gesamtarbeitszeit und 0,5 bis 10 Stunden für Primärprävention zur Verfügung.

Die Spannweite der wöchentlich zur Verfügung stehenden Stunden ist sehr groß. Sie reicht von vier Stunden im Minimum bis zu 1.190 Stunden. Diese große Differenz drückt sich auch im arithmetischen Mittel aus, das deutlich über dem Median liegt. Drei Viertel der befragten Institutionen geben 195 Stunden, das sind knapp fünf Vollzeitstellen, oder weniger an. Die Hälfte der Einrichtungen verfügt nur über 2,8 oder weniger Stellen.

Zeit für primärpräventive Angebote

Die Stundenangaben für die Primärprävention bei den einzelnen Projekten liegen ebenfalls weit auseinander. Das Minimum liegt bei einer halben Stunde wöchentlich, das Maximum im Gegensatz dazu bei 410 Stunden.

Auch der prozentuale Anteil der für Primärprävention aufgewendeten Zeit variiert stark zwischen den einzelnen Einrichtungen. Ungefähr 9 % der Projekte bietet nur zu einem geringen Anteil Primärprävention an (bis 10 % der Gesamtzeit). Die Hälfte aller Befragten verwenden bis zu 40 % ihrer wöchentlichen Arbeitszeit auf primärpräventive Angebote. Immerhin knapp 10 % der Beratungsstellen konzentrieren sich ausschließlich auf Primärprävention (vgl. folgende Tabelle).

Tabelle 15: Prozentualer Anteil der Präventionsarbeit an der Gesamtarbeitszeit

	Anzahl der Projekte	Prozent aller Projekte
bis 10 %	8	8,7
11 bis 20 %	11	12,0
21 bis 30 %	15	16,3
31 bis 40 %	15	16,3
41 bis 50 %	13	14,1
51 bis 60 %	9	9,8
61 bis 70 %	4	4,3
71 bis 80 %	7	7,6
91 bis 100 %	10	10,9
Gesamt	92	100

Die in der Tabelle angegebenen prozentualen Anteile sind aus den vorhandenen Angaben zur Gesamtarbeitszeit und der Arbeitszeit für Primärprävention errechnet worden (Referenzzeitraum war das letzte Jahr). Die Angaben, die die Einrichtungen selbst zum aktuellen prozentualen Anteil gemacht hatten, waren für die Analyse zu ungenau und wichen bei einer Überprüfung vom rechnerisch erzeugten Anteil zu stark ab. Diese Diskrepanz mag verschiedene Gründe haben: In einigen Bundesländern, wie z. B. in Niedersachsen, sind bewilligte Stellen nicht eindeutig der Primär- oder Sekundärprävention zugewiesen. Sie können entsprechend dem Bedarf eingesetzt werden. Probleme bereitet möglicherweise auch die Definition von Primärprävention. Der Anteil der primärpräventiven Aktivitäten kann dementsprechend höher oder niedriger ausfallen als in den Stellenbeschreibungen der Einrichtungen vorgegeben. Außerdem kann bspw. fachlich bedingte Prävention geleistet werden, die in einer Stellenbeschreibung nicht ausgewiesen wird. Auch Mischfinanzierungen oder der Anteil ehrenamtlicher Arbeit können zur Diskrepanz zwischen den Angaben beigetragen haben.

Größe des Einzugsgebiets

Die Größe der Gebiete, in denen die einzelnen Mitgliedsorganisationen Primärprävention durchführen, wurde anhand der Einwohnerzahlen bestimmt. Dabei wurden fünf Kategorien definiert:

- bis 20.000 Einwohner
- 20.000 bis 100.000 Einwohner
- 100.000 bis 500.000 Einwohner
- 500.000 bis 1 Mio. Einwohner
- Metropole über 1 Mio. Einwohner

Gebiete mit bis zu 100.000 Einwohnern sind ländlich bis kleinstädtisch. Von einer Großstadt kann bei mehr als 100.000 Einwohnern gesprochen werden. Metropolen mit über 1 Mio. Einwohner sind Ballungsräume.

Wie Tabelle 16 zeigt, betreuen annähernd 70 % der Aids-Hilfen Großstädte oder Ballungsräume.

Tabelle 16: Einwohner/Größe des Einzugsgebiets
(n = 92/Datensatz IV)

Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 20.000	2	2,2	2,2	2,2
	20.000 bis 100.000	26	28,3	28,3	30,4
	100.000 bis 500.000	40	43,5	43,5	73,9
	500.000 bis 1 Mio.	11	12,0	12,0	85,9
	über 1 Mio.	13	14,1	14,1	100,0
	Gesamt	92	100,0	100,0	

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Lediglich zwei Einrichtungen bedienen ein sehr kleines Gebiet. Nahezu die Hälfte aller Projekte liegt in einem Raum mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern. 14 % ist in Ballungsräumen mit über 1 Mio. Einwohnern angesiedelt.

Beziehungen der strukturellen Bedingungen zueinander

Für die weiteren Analysen stellt sich die Frage, ob zwischen den einzelnen Rahmenbedingungen Verbindungen bestehen. Gibt es eine Beziehung zwischen der Größe einer Einrichtung, ausgedrückt in Stellenkapazität, und dem Anteil der primärpräventiven Arbeit, und, wenn ja, wie sieht diese Beziehung aus? Liegen große Projekte auch eher in Großstädten oder gibt es keinen Zusammenhang zwischen Kapazität und Einzugsgebiet? Lässt allein die Kenntnis einer Rahmenbedingung Schlussfolgerungen auf die anderen zu? Diese Fragen sollen mit Hilfe von Zusammenhangsanalysen geklärt werden.

Die zur Verfügung stehende Arbeitszeit in den Einrichtungen korrespondiert in vielen Fällen mit der Größe des Einzugsgebiets. Liegt eine Beratungsstelle in einem kleinen Einzugsgebiet, hat sie in der Regel geringere Kapazitäten. Beratungsstellen, die große Gebiete oder Ballungszentren bedienen, verfügen meist über deutlich mehr Arbeitszeit. Dies kann auch statistisch mit dem Wert des Assoziationsmaßes Gamma von ,752 und einer näherungsweise Signifikanz von ,000 nachgewiesen werden. Die Korrelation beider mit der Spearman-Rang-Korre-

lation für ordinalskalierte Daten beträgt ,685 auf einem Signifikanzniveau von ,01. Aber gibt es auch Ausnahmen: Zwei Beratungsstellen mit einer Kapazität zwischen 135 und 206 Stunden liegen in einer Kleinstadt. 14 Einrichtungen, mit einer Stellenkapazität unter 100 Stunden bzw. 2,5 Stellen oder weniger, betreuen jeweils eine Großstadt. Allerdings liegen die Einrichtungen mit der größten Kapazität, d. h. 5,5 Stellen oder mehr, alle in einer Großstadt oder Metropole.

Ob und in welchem Umfang Einrichtungen primärpräventiv arbeiten, scheint in keinem Zusammenhang mit der Größe des Einzugsgebiets zu stehen. Außer bei den beiden Einrichtungen, die in einem Einzugsgebiet mit 20.000 Einwohnern oder darunter liegen, ist der prozentuale Anteil der primärpräventiven Arbeit unabhängig vom Einzugsgebiet.

Demgegenüber besteht zwischen der Gesamtkapazität und dem Anteil an Primärprävention ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang. Die Korrelation ist mit -,294 zwar gering, jedoch statistisch auf dem ,004-Niveau signifikant. Das Assoziationsmaß Gamma beträgt -,299 mit einer näherungsweisen Signifikanz von ,004. Das negative Vorzeichens bedeutet: Je weniger Kapazität eine Einrichtung hat, desto eher leistet sie viel oder auch ausschließlich primärpräventive Arbeit (anteilig > 80 % oder mehr). Je größer sie ist, desto geringer ist der Anteil an Primärprävention (Tabelle 17).

Tabelle 17: Arbeitszeiten in den Einrichtungen (20er Perzentile)/prozentualer Anteil an Primärprävention (Anzahl der Einrichtungen)

Gesamtkapazität	Anteil Primärprävention	Anteil Primärprävention	Anteil Primärprävention	Anteil Primärprävention	Anteil Primärprävention	Gesamt
	0-20 %	>20-40 %	>40-60 %	>60-80 %	>80-100 %	
<= 60 Std.	0	7	6	3	3	19
> 60 <= 100 Std.	2	8	6	0	4	20
> 100 <= 135 Std.	3	9	5	1	0	18
> 135 <= 206 Std.	5	3	1	6	2	17
> 206 Std.	9	4	3	1	1	18
Gesamt	19	31	21	11	10	92

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

6.2 Überblick über die Ergebnisse zu den einzelnen Forschungsfragen

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme entlang der einzelnen Forschungsfragen dargestellt. Zuerst gilt es zu klären, welche Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung von den regionalen Aids-Hilfen aktuell angewendet werden. Daran schließt sich die Frage nach möglichen Einflussfaktoren auf die Durchführung an. Zu untersuchen ist weiterhin, ob es weiteren Bedarf an Unterstützung gibt. Für welche Bereiche der Evaluation und Qualitätssicherung wird er formuliert und unterliegt auch er Einflüssen, die in den vorliegenden Daten nachgewiesen werden können?

Sämtliche Berechnungen werden mit Datensatz V für 92 Fälle mit vollständigen Angaben durchgeführt. Die referierten Ergebnisse sind in den Tabellen zwecks besserer Lesbarkeit grau unterlegt. Kapitel 6.3 stellt die Ergebnisse zu Konzepten und Aktivitäten von Evaluation und Qualitätssicherung der HIV/Aids-Primärprävention vor. Die Zusammenhänge der Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten mit den strukturellen Bedingungen werden in

Kapitel 6.4 und mit den Einstellungen in Kapitel 6.5 beschrieben. Bei statistisch bedeutsamen Zusammenhängen sind das Assoziationsmaß Gamma für ordinalskalierte Daten und die näherungsweise Signifikanz angegeben. Trends werden ohne diese Angabe erläutert. Kapitel 6.6 gibt Auskunft über den Unterstützungsbedarf zur Entwicklung und zum Einsatz von qualitätssichernden Maßnahmen und zu dem Wunsch nach Weiterbildung für diesen Bereich. In den Kapiteln 6.7 und 6.8 sind die Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen oder Einstellungen und dem Unterstützungsbedarf wiedergegeben. Kapitel 6.9 stellt die Ergebnisse zu den Einstellungen und die Dimensionsreduktion vor. Auf die Zusammenhänge mit den strukturellen Bedingungen geht Kapitel 6.10 ein. Kapitel 6.11 schließlich beschreibt die Ergebnisse zu den Kenntnissen partizipatorischer Verfahren der Qualitätssicherung. Die Einflüsse struktureller Bedingungen und Einstellungen auf diese Kenntnisse sind abschließend in den Kapiteln 6.12 und 6.13 dargestellt.

6.3 Stand der Evaluation und Qualitätssicherung primärpräventiver Angebote

Im vorliegenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie der aktuelle Stand von Evaluation und Qualitätssicherung in den Aids-Hilfen ist. Um ein präzises Bild zu geben, werden die Antworten auf alle gestellten Fragen mit ihren Häufigkeiten dargestellt.

Konzepte und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung sind im Fragebogen in fünf verschiedenen Kategorien (vgl. Kap. 5 zur Fragebogenentwicklung) abgefragt worden:

1. Vorgehen zur *Bedarfsklärung*
2. Benutzung von *Leitlinien*
3. Einsatz von *praxisbegleitenden Maßnahmen*
4. Vorgehen bei der *Dokumentation*
5. Vorgehen bei der *Ergebnismessung*

Vorgehen zur Bedarfsklärung

Alle Aids-Hilfen greifen zur Bedarfsklärung auf RKI-Statistiken zurück. Knapp drei Viertel der Einrichtungen tun dies häufig, ein Viertel gelegentlich. Bis auf wenige Ausnahmen (6 %) nutzen alle Aids-Hilfen Daten von Kooperationspartnern (Zahlen aus Schwerpunktpraxen, Statistiken des Gesundheitsamtes o. ä.): mehr als die Hälfte (53 %) gelegentlich und 42 % häufig. Etwa 86 % der Einrichtungen führen Zielgruppenbefragungen durch (51 % gelegentlich und 35 % häufig).

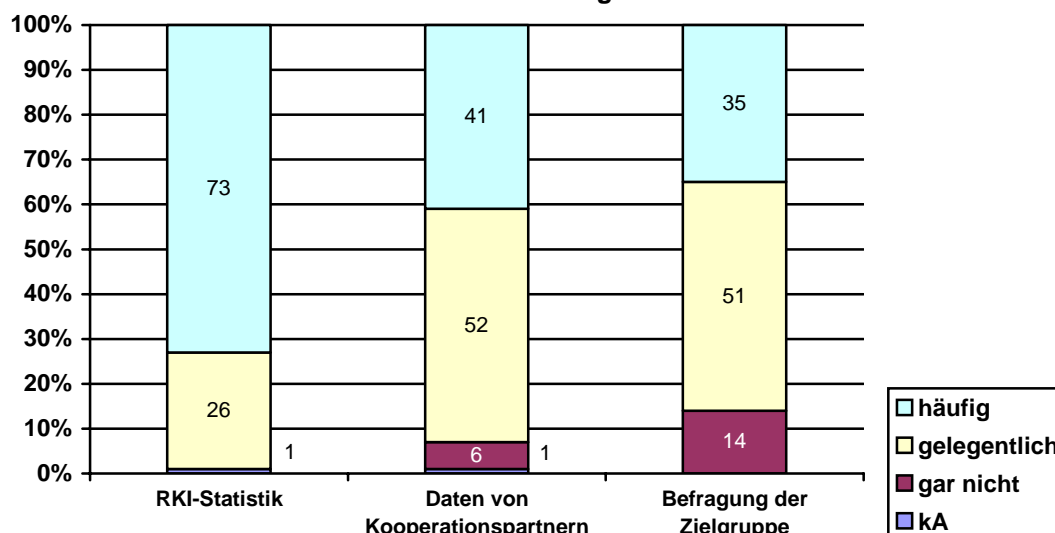
Nur 8 % der Beratungsstellen nutzen weitere Instrumente wie Presse, Studien, Veröffentlichungen oder Workshops.

Tabelle 18: Häufigkeit der Nutzung der verschiedenen Formen der Bedarfsklärung (Anzahl der Projekte)

Bedarfsklärung	gar nicht	gelegentlich	häufig	keine Angabe
RKI-Statistik	0	24	67	1
Daten von Kooperationspartnern	5	48	38	1
Befragung der Zielgruppe	13	47	32	0

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 8: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Bedarfsklärung



Benutzung von Leitlinien

Die Leitlinien werden in den regionalen Aids-Hilfen als qualitätssichernde Maßnahmen eingesetzt. Die Projekte entwickeln entweder ihren eigenen oder setzen Leitlinien ein, die die DAH für verschiedene Bereiche zur Verfügung stellt. Auch Leitlinien anderer externer Anbieter werden genutzt.

Eigene Leitlinien setzen fast 90 % der Einrichtungen ein, 64 % häufig und knapp ein Viertel gelegentlich. Noch häufiger werden Leitlinien der Deutschen AIDS-Hilfe genutzt. Das Gros (92 %) der Aids-Hilfen greift auf sie als qualitätssichernde Maßnahme zurück, 39 % gelegentlich und mehr als die Hälfte (53 %) häufig.

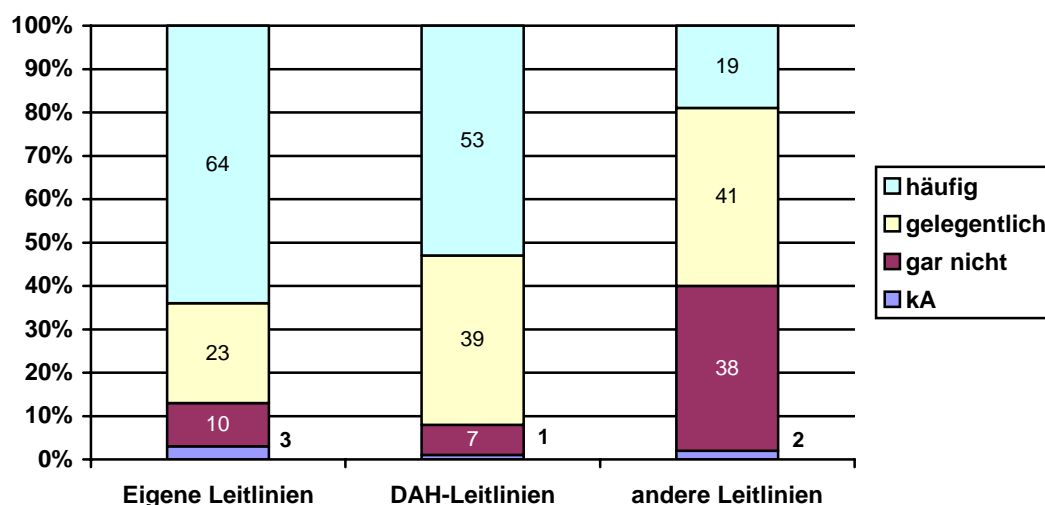
Leitlinien anderer Anbieter werden zwar auch verwendet, aber nicht in solchem Umfang wie die eigenen oder die der DAH. Knapp 60 % aller Einrichtungen setzen sie ein. Davon nutzen über 40 % sie gelegentlich und nur knapp 19 % häufig. 38 % der Projekte arbeiten überhaupt nicht mit Leitlinien anderer Anbieter. Die Anzahl der Projekte wird in Tabelle 19, der prozentuale Anteil in Abbildung 9 wiedergegeben.

Tabelle 19: Häufigkeit der Nutzung von Leitlinien (Anzahl der Projekte)

Leitlinien	gar nicht	gelegentlich	häufig	keine Angabe
Eigene Leitlinien	9	21	59	3
DAH-Leitlinien	6	36	49	1
Leitlinien anderer Anbieter	35	38	17	2

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 9: Häufigkeit der Nutzung von Leitlinien



Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen

Als praxisbegleitende Maßnahmen stehen den Einrichtungen externe Supervision und Intravision, die Teilnahme an Facharbeitskreisen oder Fortbildungen sowie wissenschaftliche Fachbegleitung zur Verfügung.

Mehr als drei Viertel der Einrichtungen nutzen externe Supervision. Noch höher ist der Anteil der Aids-Hilfen, die Fallbesprechungen im Team (Intravision) einsetzen (92 %). Ebenso häufig werden Facharbeitskreise genutzt. Eine wissenschaftliche Fachbegleitung nehmen demgegenüber weniger als ein Drittel in Anspruch. 70 % der Befragten geben an, sie überhaupt nicht zu nutzen. Etwas weniger als ein Viertel nutzt sie gelegentlich und nur 6 % häufig. Im Gegensatz dazu nutzen alle Aids-Hilfen angebotene Weiterbildungen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß (s. Tabelle 20 und Abbildung 10).

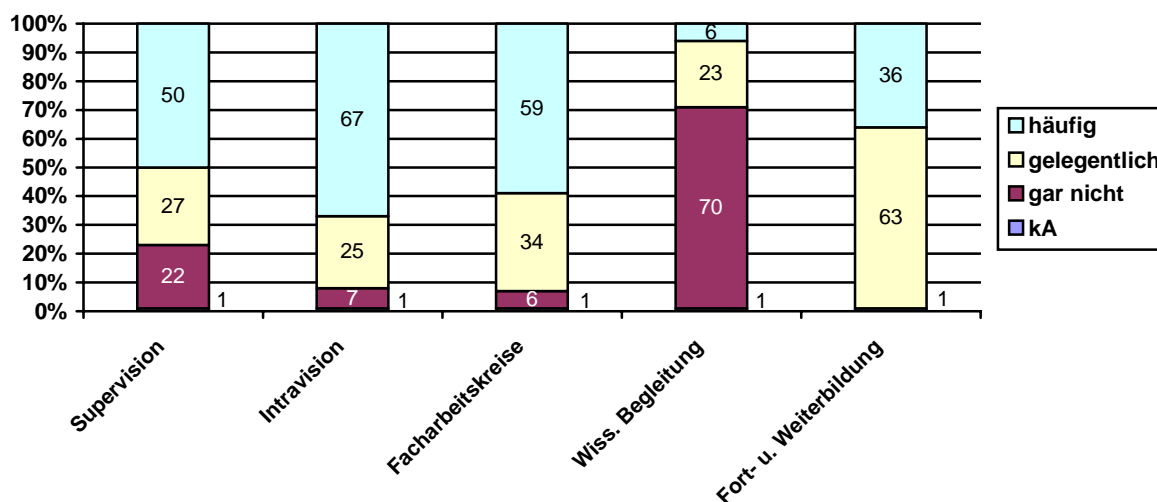
Andere als die abgefragten praxisbegleitenden Maßnahmen werden nur von 2 % der Einrichtungen angegeben. Sie nennen hier kollegialen Austausch und Organisationsentwicklung.

Tabelle 20: Häufigkeit der Nutzung praxisbegleitender Maßnahmen (Anzahl der Projekte)

Praxisbegleitende Maßnahmen	gar nicht	gelegentlich	häufig	keine Angabe
Supervision	20	25	46	1
Intravision	6	23	62	1
Facharbeitskreise	6	31	54	1
Wissenschaftliche Begleitung	64	21	6	1
Fort- und Weiterbildung	0	58	33	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 10: Häufigkeit der Nutzung praxisbezogener Maßnahmen



Vorgehen bei der Dokumentation

Dokumentationen, wie Statistiken und Falldokumentationen, sind eine weitere Möglichkeit zur Qualitätssicherung.

Der Großteil der Einrichtungen (92 %) führt Statistiken zu Dokumentationszwecken. Ähnliches gilt für Falldokumentationen, die knapp 84 % aller Beratungsstellen erstellen. Konzepte werden von 90 % der Aids-Hilfen dokumentiert, Arbeitsabläufe und Prozessvereinbarungen von 75 % (vgl. Tabelle 21 und Abbildung 11).

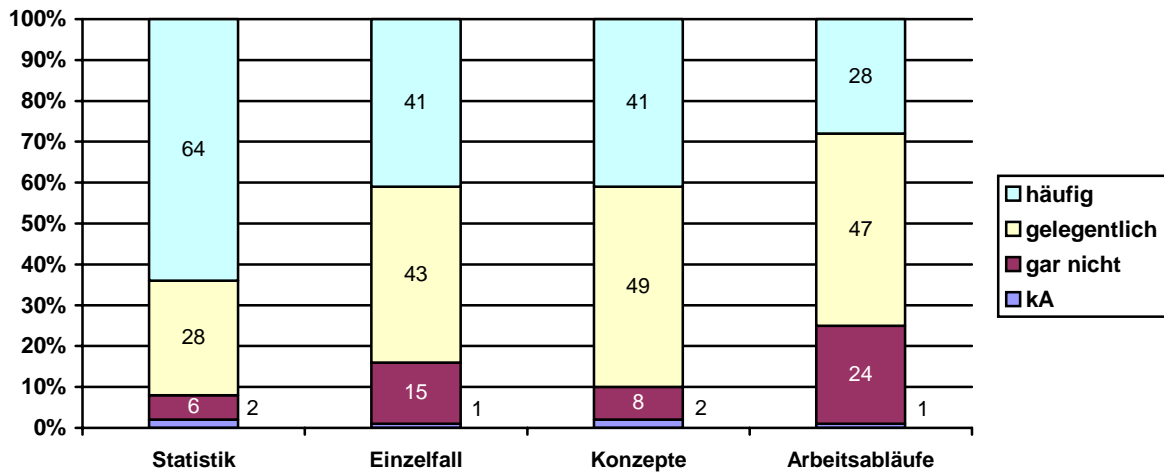
Drei Einrichtungen geben an, auch Projektauswertungen und Zielvereinbarungen festzuhalten und Rückmeldebögen zu führen.

Tabelle 21: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Dokumentation (Anzahl der Projekte)

Dokumentation	gar nicht	gelegentlich	häufig	keine Angabe
Statistik	5	26	59	2
Einzelfalldokumentation	14	39	38	1
Konzepte	7	45	38	2
Dokumentation der Arbeitsabläufe, Prozessvereinbarungen	22	43	26	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 11: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Dokumentation



Vorgehen bei der Ergebnismessung

Ergebnisse können über die Feststellung der Angebotsakzeptanz, die Überprüfung der Zielerreichung und die Strategieplanung im Team gemessen werden.

Alle Aids-Hilfen überprüfen, bis auf wenige Ausnahmen (5 %), die Akzeptanz ihrer Angebote. Mehr als die Hälfte tun dies sogar häufig und knapp 41 % gelegentlich. Auch Zielerreichung der primärpräventiven Arbeit wird von über 89 % aller Einrichtungen kontrolliert. Die Hälfte dieser Einrichtungen gibt an, gelegentlich Zielvereinbarungen zu überprüfen, die andere Hälfte tut dies häufig.

In 88 % der Aids-Hilfen gehört Strategieplanung im Team zu den Arbeitsabläufen der Ergebnismessung. Mehr als die Hälfte setzen sie häufig und 30 % gelegentlich ein (Tabelle 22, Abbildung 12).

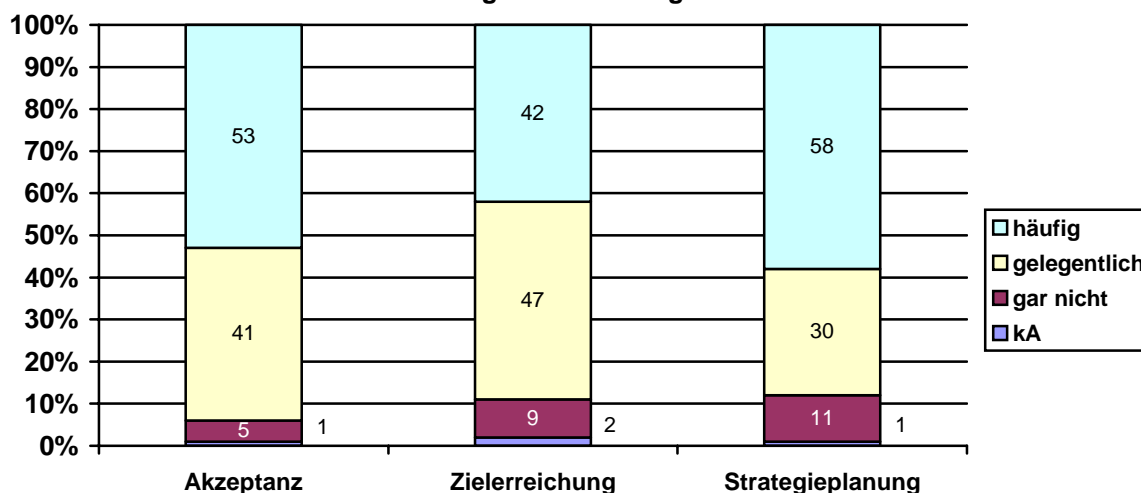
Eine Einrichtung nennt als weiteres Instrument Kundenbefragungen.

Tabelle 22: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Ergebnismessung (Anzahl der Projekte)

Ergebnismessung	gar nicht	gelegentlich	häufig	keine Angabe
Angebotsakzeptanz	4	38	49	1
Zielerreichung	8	43	39	2
Strategieplanung	10	28	53	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 12: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Ergebnismessung



6.4 Wechselwirkung zwischen strukturellen Bedingungen und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung

Im vorhergehenden Kapitel wurde gezeigt, welche Bandbreite an Verfahren der Qualitätssicherung von den Aids-Hilfen bereits eingesetzt wird, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Im Folgenden soll nun geklärt werden, ob das Ausmaß, in dem die Verfahren genutzt werden, auf einzelne Faktoren, die in der Studie als Rahmenbedingungen der Einrichtungen miterhoben wurden, zurückzuführen ist. Als Faktoren kommen die Kapazität der Projekte (Arbeitszeit), die anteilig durchgeführte Primärprävention und die Größe des Einzugsgebiets in Frage.

Die prägnantesten Zusammenhänge zwischen den Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung und den genannten strukturellen Bedingungen werden im Folgenden vorgestellt. Die Reihenfolge der Bearbeitung ist an der Abfolge im Fragebogen orientiert. Referiert werden nur statistisch relevante Ergebnisse, so dass weder alle Inhalte der Fragenkomplexe noch die jeweils im Zusammenhang überprüften Strukturvariablen im nachfolgenden Text genannt werden. Die Lesart der Kreuztabellen ist beispielhaft im Methodenteil erläutert.

Vorgehen zur Bedarfsklärung

Sehr viele Einrichtungen befragen ihre Zielgruppen, unabhängig von ihrem Einzugsgebiet. Ein Trend lässt sich nur bei den Projekten ausmachen, die dieses Instrument nicht einsetzen. Je kleiner das Einzugsgebiet ist, in dem Einrichtungen agieren, desto weniger werden Zielgruppenbefragungen zur Bedarfsklärung genutzt. 95 % aller Einrichtungen verwenden Daten von Kooperationspartnern (Summe der Prozente aus Spalte 2 und 3, d. h. 53 % plus 42 % ergeben 95 %), nur 5 % machen davon keinen Gebrauch. Es ist interessant, dass Beratungsstellen, die wenig Primärprävention anbieten, die Daten häufig nutzen. Umgekehrt verwenden Einrichtungen, die prozentual am meisten primärpräventive Arbeit durchführen, sie eher nur gelegentlich (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Zusammenhang Nutzung von Daten von Kooperationspartnern/Anteil Primärprävention
Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit der Nutzung der Daten von Kooperationspartnern (Ärzte...) für QS			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Prozentualer Anteil	0-20 %	1 ~ 6 %	6 ~ 33 %	11 ~ 61 %	18 ~ 20 %
Primärprävention 20er Perzentile	> 20 - 40 %	1 ~ 3 %	17 ~ 55 %	13 ~ 42 %	31 ~ 21 %
	> 40 - 60 %	0	12 ~ 57 %	9 ~ 43 %	21 ~ 20 %
	> 60 - 80 %	2 ~ 18 %	5 ~ 45 %	4 ~ 37 %	11 ~ 19 %
	> 80 %	1 ~ 10 %	8 ~ 80 %	1 ~ 10 %	10 ~ 20 %
Gesamt		5 ~ 5 %	48 ~ 53 %	38 ~ 42 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = -,321; näherungsweise Signifikanz = ,019

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen

Praxisbegleitende Maßnahmen wie externe Supervision werden vor allem von größeren Einrichtungen eingesetzt. Je mehr Stellenkapazität eine Aids-Hilfe hat, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Supervision angeboten wird, und zwar häufig und nicht nur gelegentlich. Diesen proportionalen Zusammenhang bildet auch das hochsignifikante Assoziationsmaß Gamma ab (s. folgende Tabelle).

Tabelle 24: Zusammenhang Supervision/Kapazität

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit externer Supervision			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Gruppierung der Gesamtarbeitszeit nach 20er Perzentilen	<= 60 Stunden	8 ~ 42 %	6 ~ 32 %	5 ~ 26 %	19 ~ 20 %
	> 60 <= 100 Stunden	4 ~ 20 %	8 ~ 40 %	8 ~ 40 %	20 ~ 22 %
	> 100 <= 135 Stunden	5 ~ 28 %	2 ~ 11 %	11 ~ 61 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	3 ~ 19 %	4 ~ 25 %	9 ~ 56 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	0	5 ~ 28 %	13 ~ 72 %	18 ~ 20 %
Gesamt		20 ~ 22 %	25 ~ 27 %	46 ~ 51 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,403 ;näherungsweise Signifikanz = ,000

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Im Hinblick auf die Nutzung von Intra-vision, d. h. Falldiskussionen im Team, fällt lediglich ein Ergebnis ins Auge. Nur Einrichtungen mit weniger als 60 Stunden oder 1,5 Stellen führen überhaupt keine Falldiskussionen durch. Alle anderen Beratungsstellen setzen Intra-vision ein. Dieses Ergebnis ist möglicherweise ein Artefakt. Mindestens vier Einrichtungen in dieser Gruppe haben maximal eine halbe Stelle, acht weitere eine halbe bis eine Stelle. Es ist also denkbar, dass eine Beratungsstelle von einer Person betrieben wird, so dass die Möglichkeit eines Austauschs im Team entfällt.

Zwischen der Häufigkeit der Teilnahme an Facharbeitskreisen und der Kapazität der Einrichtungen scheint ebenfalls ein Zusammenhang zu bestehen. Je mehr Zeit zur Verfügung steht, desto eher nehmen die Mitarbeiter häufig an Arbeitskreisen teil, wie Tabelle 25 illustriert.

Tabelle 25: Zusammenhang Facharbeitskreise/Kapazität

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit der Teilnahme an Facharbeitskreisen			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Gruppierung der Gesamtarbeitszeit nach 20er Perzentilen	<= 60 Stunden	3 ~ 16 %	8 ~ 42 %	8 ~ 42 %	19 ~ 20 %
	> 60 <= 100 Stunden	2 ~ 10 %	8 ~ 40 %	10 ~ 50 %	20 ~ 22 %
	> 100 <= 135 Stunden	0	7 ~ 39 %	11 ~ 61 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	1 ~ 6 %	6 ~ 38 %	9 ~ 56 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	0	2 ~ 11 %	16 ~ 89 %	18 ~ 20 %
Gesamt		6 ~ 9 %	31 ~ 32 %	54 ~ 59 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Gamma = ,411; näherungsweise Signifikanz = ,001

Wissenschaftliche Fachbegleitung wird, wie bereits weiter oben erläutert, insgesamt nur selten genutzt. Ist es von den großen Aids-Hilfen die Hälfte, denen keine Fachbegleitung zur Verfügung steht, so sind es bei den kleinen mit der geringsten Kapazität 84 % (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Zusammenhang wissenschaftliche Fachbegleitung/Kapazität

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit wissenschaftlicher Fachbegleitung			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Gruppierung der Gesamtarbeitszeit nach 20er Perzentilen	<= 60 Stunden	16 ~ 84 %	3 ~ 16 %	0	19 ~ 20 %
	> 60 <= 100 Stunden	16 ~ 80 %	2 ~ 10 %	2 ~ 10 %	20 ~ 21 %
	> 100 <= 135 Stunden	13 ~ 72 %	4 ~ 22 %	1 ~ 6 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	10 ~ 63 %	5 ~ 31 %	1 ~ 6 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	9 ~ 50 %	7 ~ 39 %	2 ~ 11 %	18 ~ 20 %
Gesamt		64 ~ 70 %	21~23 %	6 ~ 7 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Gamma = ,374; näherungsweise Signifikanz = ,009

Weiter lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Angebot an externer Supervision und der Größe des Einzugsgebiets ausmachen. Mehr als drei Viertel aller Einrichtungen nutzen Supervision. Je kleiner das Einzugsgebiet, desto größer ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass keine externe Supervision stattfindet, wie die unten stehende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 27: Zusammenhang Supervision/Einwohnerzahl
Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit externer Supervision			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung	bis 20.000	2	0	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	7 ~ 28 %	10 ~ 40 %	8 ~ 32 %	25 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	10 ~ 25 %	10 ~ 24 %	20 ~ 50 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	0	4 ~ 36 %	7 ~ 64 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	1 ~ 8 %	1 ~ 8 %	11 ~ 84 %	13 ~ 15 %
Gesamt		20 ~ 22 %	25 ~ 27 %	46 ~ 51 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,486; näherungsweise Signifikanz = ,000

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Sehr beeindruckend und statistisch hochsignifikant ist das Zusammenspiel von Größe des Ortes und der Nutzung von Intra-vision in Einrichtungen. Je größer das Einzugsgebiet, desto eher werden Fälle im Team „häufig“ diskutiert; in Metropolen tun dies sogar 100 % der Projekte häufig (s. unten).

Tabelle 28: Zusammenhang Intra-vision/Einwohnerzahl
Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit von Intra-vision/Falldiskussion im Team			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung	bis 20.000	0	1	1	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	5 ~ 20 %	11 ~ 44 %	9 ~ 36 %	25 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	1 ~ 2 %	9 ~ 23 %	30 ~ 75 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	0	2 ~ 18 %	9 ~ 82 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	0	0	13 ~ 100 %	13 ~ 15 %
Gesamt		6 ~ 7 %	23 ~ 25 %	62 ~ 68 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,698; näherungsweise Signifikanz = ,000

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Wissenschaftliche Fachbegleitung, die insgesamt wenig genutzt wird, ist in kleinen Gebieten noch nie zum Einsatz gekommen; während über die Hälfte der Einrichtungen aus Metropolen sie kennt und zumindest gelegentlich bis häufig in Anspruch nimmt (vgl. folgende Tabelle 29).

Tabelle 29: Zusammenhang wissenschaftliche Fachbegleitung/Einwohnerzahl

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit wissenschaftlicher Fachbegleitung			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	Häufig	
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung	bis 20.000	2	0	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	18 ~ 72 %	6 ~ 24 %	1 ~ 4 %	25 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	32 ~ 80 %	7 ~ 18 %	1 ~ 2 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	6 ~ 55 %	3 ~ 27 %	2 ~ 18 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	6 ~ 46 %	5 ~ 38 %	2 ~ 16 %	13 ~ 15 %
Gesamt		64 ~ 70 %	21 ~ 23 %	6 ~ 7 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,319; näherungsweise Signifikanz = ,06

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Vorgehen bei der Ergebnismessung

Strategieplanung im Team führen bis auf wenige Ausnahmen fast alle Aids-Hilfen durch. Hier zeigt sich auch der einzige Zusammenhang mit der Kapazität der Einrichtungen. Einige der Beratungsstellen, denen 2,5 Stellen oder weniger zur Verfügung stehen, geben an, Strategieplanung nicht zu nutzen.

Wesentlich deutlicher und statistisch hoch signifikant ist die Beziehung zwischen der Größe des Einzugsgebiets und dem Einsatz strategischer Planung. Je größer die Stadt bzw. die Gemeinde, in der eine Aids-Hilfe liegt, desto häufiger wird im Team Strategieplanung durchgeführt, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 30: Zusammenhang Strategieplanung im Team/Einwohnerzahl

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit Strategieplanung im Team			Gesamt
		gar nicht	gelegentl.	häufig	
Einwohner	bis 20.000	0	1	1	2 ~ 2 %
	20.000 – 100.000	9 ~ 36 %	7 ~ 28 %	9 ~ 36 %	25 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	1 ~ 2 %	14 ~ 35 %	25 ~ 63 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	0	3 ~ 27 %	8 ~ 73 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	0	3 ~ 23 %	10 ~ 77 %	13 ~ 15 %
Gesamt		10 ~ 11 %	28 ~ 31 %	53 ~ 58 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,492; näherungsweise Signifikanz = ,000

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

6.5 Wechselwirkungen zwischen Einstellungen der Mitarbeiter und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung

Im vorherigen Kapitel konnte gezeigt werden, dass die Verwendung zumindest einiger Verfahren der Qualitätssicherung in Wechselbeziehung zu den Rahmenbedingungen der Einrichtungen steht. Nun soll die Annahme geprüft werden, dass der Einsatz von qualitätssichernden Verfahren auch mit den Einstellungen der Mitarbeiter in den Einrichtungen zusammenhängt (siehe hierzu auch Kapitel 4.4).

Benutzung von Leitlinien

Eigene Leitlinien werden am häufigsten von den Einrichtungen genutzt, die Qualitätssicherung als Ressource für die eigene Arbeit verstehen.

Tabelle 31: Zusammenhang Dimension I Qualitätssicherung als Ressource/Benutzung von eigenen Leitlinien

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit der Benutzung eigener Leitlinien			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
QS als Ressource	Ablehnung des Statements	3 ~ 42 %	2 ~ 29 %	2 ~ 29 %	7 ~ 8 %
	Indifferenz	1 ~ 20 %	2 ~ 20 %	2 ~ 40 %	5 ~ 6 %
	Zustimmung	5 ~ 7 %	17 ~ 22 %	55 ~ 71 %	77 ~ 86 %
Gesamt		9 ~ 10 %	21 ~ 24 %	59 ~ 66 %	89 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,638; näherungsweise Signifikanz = ,020

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Auch Einrichtungen, die der Aussage, dass Qualitätssicherung an mangelnden Ressourcen scheitert, nicht zustimmen, setzen am häufigsten eigene Leitlinien ein (vgl. Tabelle 32).

Tabelle 32: Zusammenhang Dimension III Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen/ Benutzung von eigenen Leitlinien

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit der Benutzung eigener Leitlinien			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
QS scheitert an knappen Ressourcen	Ablehnung	4 ~ 7 %	11 ~ 19 %	43 ~ 74 %	58 ~ 65 %
	Indifferenz	2 ~ 15 %	4 ~ 31 %	7 ~ 54 %	13 ~ 15 %
	Zustimmung	3 ~ 17 %	6 ~ 33 %	9 ~ 50 %	18 ~ 20 %
Gesamt		9 ~ 10 %	21 ~ 24 %	59 ~ 66 %	89 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,383; näherungsweise Signifikanz = ,035

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Im Hinblick auf die Verwendung von Leitlinien der DAH ist der Zusammenhang nicht ganz so prägnant, weist aber in dieselbe Richtung.

Die Häufigkeit der Benutzung eigener Leitlinien korrespondiert auch mit der Einstellungsdimension IV: Unsicherheit bei der Qualitätssicherung. Einrichtungen, deren Mitarbeiter Unsicherheit verneinen, benutzen zu 100 % eigene Leitlinien, knapp drei Viertel davon sogar „häufig“. Dieser Trend nimmt ab, je eher eine Beratungsstelle dieser Aussage zustimmt (s. Tabelle 33).

Tabelle 33: Zusammenhang Dimension IV Unsicherheit bei der Qualitätssicherung/ Benutzung von eigenen Leitlinien

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit Nutzung eigener Leitlinien			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
Unsicherheit bei QS	Ablehnung	0	10 ~ 26 %	28 ~ 74 %	38 ~43,2 %
	Indifferenz	5 ~ 20 %	3 ~ 12 %	17 ~ 68 %	25 ~28,4 %
	Zustimmung	4 ~ 16 %	8 ~ 32 %	13 ~ 52 %	25 ~28,4 %
Gesamt		9 ~ 16 %	21 ~ 24 %	58 ~ 66 %	88 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet

Gamma = -,322; näherungsweise Signifikanz = ,036

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen

Auch zwischen der Nutzung praxisbegleitender Maßnahmen und verschiedenen Einstellungsdimensionen bestehen statistisch bedeutsame Zusammenhänge. Wird Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit begriffen, nimmt die Teilnahme an Facharbeitskreisen zu (Tabelle 34).

Tabelle 34: Zusammenhang Dimension I Qualitätssicherung als Ressource/Teilnahme an Facharbeitskreisen

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit Teilnahme Facharbeitskreise			Gesamt
		gar nicht	gelegentlich	häufig	
QS als Ressource	Ablehnung des Statements	0	5 ~ 71 %	2 ~ 29 %	7 ~ 8 %
	Indifferenz	1 ~ 20 %	3 ~ 60 %	1 ~ 20 %	5 ~ 5 %
	Zustimmung	5 ~ 6 %	23 ~ 29 %	51 ~ 65 %	79 ~ 87 %
Gesamt		6 ~ 7 %	31 ~ 34 %	54 ~ 59 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,561; näherungsweise Signifikanz = ,021

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Den Einsatz von Qualitätssicherung in der eigenen Arbeit als Ressource zu empfinden, korrespondiert in 87 % aller Einrichtungen auch mit der Häufigkeit einer Teilnahme an Weiterbildungen.

Für den Zusammenhang zwischen der Aussage, die Verwirklichung von Qualitätssicherung scheitert an mangelnden Ressourcen, und der Häufigkeit externer Supervision gilt: Je weniger diese Einstellung von Mitarbeitern einer Einrichtung geteilt wird, desto häufiger wird externe Supervision angeboten (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 35: Zusammenhang Dimension III Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen/Häufigkeit externer Supervision

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit externer Supervision			Gesamt
		gar nicht benutzt	gelegentlich	häufig	
QS scheitert an knappen Ressourcen	Ablehnung	9 ~ 15 %	16 ~ 27 %	34 ~ 58 %	59 ~ 65 %
	Indifferenz	3 ~ 23 %	3 ~ 23 %	7 ~ 54 %	13 ~ 14 %
	Zustimmung	8 ~ 42 %	6 ~ 32 %	5 ~ 26 %	19 ~ 21 %
Gesamt		20 ~ 22 %	25 ~ 27,5 %	46 ~ 50,5 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet
 Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Gamma = -,390; näherungsweise Signifikanz = ,015

Ein noch deutlicherer Zusammenhang zeigt sich im Hinblick auf Falldiskussionen im Team: Wenn der Äußerung, dass Qualitätssicherung aufgrund mangelnder Ressourcen scheitert, zugestimmt wird, wird Intravision in der betreffenden Einrichtung weniger „häufig“ durchgeführt (s. u.).

Tabelle 36: Zusammenhang Dimension III Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen/Intravision

Kreuztabelle

Anzahl

		Häufigkeit Intravision im Team			Gesamt
		gar nicht	gelegentlich	häufig	
QS scheitert an knappen Ressourcen	Ablehnung	2 ~ 4 %	12 ~ 20 %	45 ~ 76 %	59 ~ 65 %
	Indifferenz	3 ~ 23 %	2 ~ 15 %	8 ~ 62 %	13 ~ 14 %
	Zustimmung	1 ~ 6 %	9 ~ 47 %	9 ~ 47 %	19 ~ 21 %
Gesamt		6 ~ 7 %	23 ~ 25 %	62 ~ 68 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet
 Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Gamma = -,416; näherungsweise Signifikanz = ,017

6.6 Unterstützungsbedarf beim Auf- und Ausbau von Evaluation und Qualitätssicherung

Die aktuelle Situation im Hinblick auf Evaluation und Qualitätssicherung in den Aids-Hilfen wurde in den vorangegangenen Kapiteln ebenso beleuchtet wie der Zusammenhang zwischen ihrem Einsatz und Faktoren wie Einstellungen und Rahmenbedingungen. Nun soll im vorliegenden Kapitel der Frage nachgegangen werden, ob darüber hinaus ein Bedarf an Fort- und Weiterbildung oder wissenschaftlicher Begleitung zu Evaluation und Qualitätssicherung in den Einrichtungen besteht. Zudem wird untersucht, ob es auch hier Zusammenhänge zwischen dem Bedarf und den strukturellen Bedingungen und Einstellungen gibt (Kap. 6.7 und 6.8).

Die Aids-Hilfen wurden im Rahmen der Erhebung explizit gefragt, ob der Wunsch nach Begleitung beim Einsatz und der Durchführung von Evaluation und Qualitätssicherung oder nach Fortbildungen in diesem Bereich vorhanden ist.

Unterstützungsbedarf bei der Bedarfsklärung

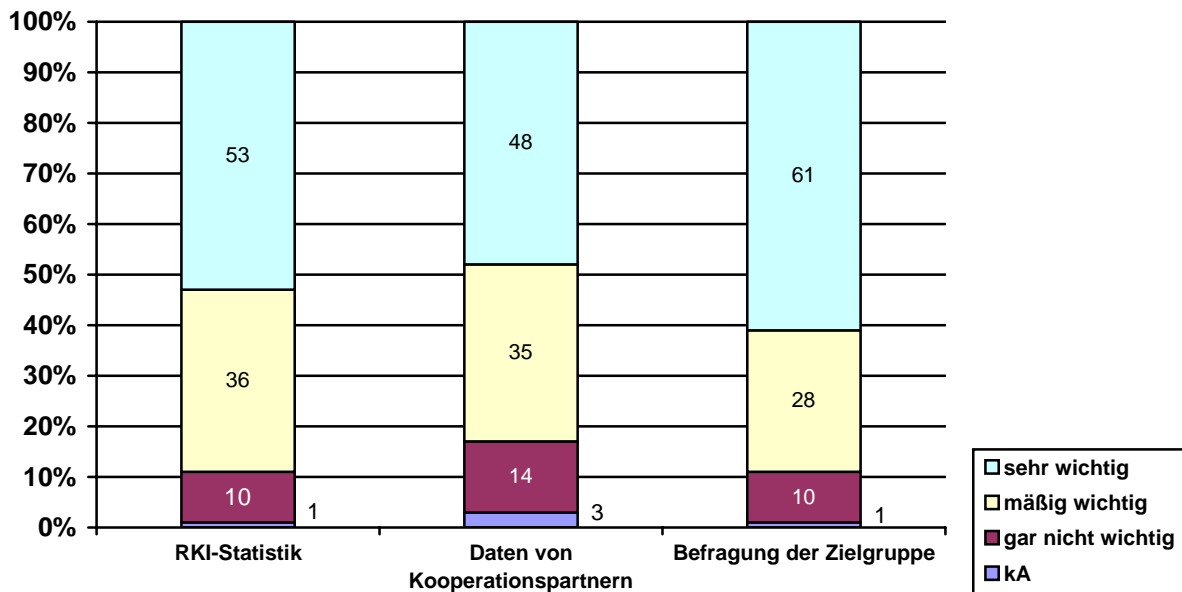
Fortbildungen zur systematischen Nutzung von Statistiken halten fast alle Aids-Hilfen für wichtig (> 90 %). Lediglich für knapp 10 % der Einrichtungen ist diese Art von Unterstützung „gar nicht wichtig“. Mehr als die Hälfte finden sie sogar „sehr wichtig“. Ungefähr 14 % der Beratungsstellen signalisieren keinen Bedarf an Fortbildung zur Nutzung von Daten, die Kooperationspartner bereitstellen. Immerhin 86 % äußern hier aber Unterstützungsbedarf, für knapp die Hälfte der Einrichtungen ist dies sogar „sehr wichtig“. Unterstützung bei Zielgruppenbefragungen zur Bedarfsermittlung ist, bis auf wenige Ausnahmen (< 10 %), allen Aids-Hilfen wichtig, wie die folgende Tabelle und die Abbildung verdeutlichen. Hier sind es sogar deutlich mehr als die Hälfte (60 %), denen dies „sehr wichtig“ ist.

Tabelle 37: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung verschiedener Formen der Bedarfsklärung (Anzahl der Projekte)

Unterstützung bei der Bedarfsklärung				
	gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	keine Angabe
RKI-Statistik	9	33	49	1
Daten von Kooperationspartnern	13	32	44	3
Befragung der Zielgruppe	9	26	56	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 13: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung verschiedener Formen der Bedarfsklärung



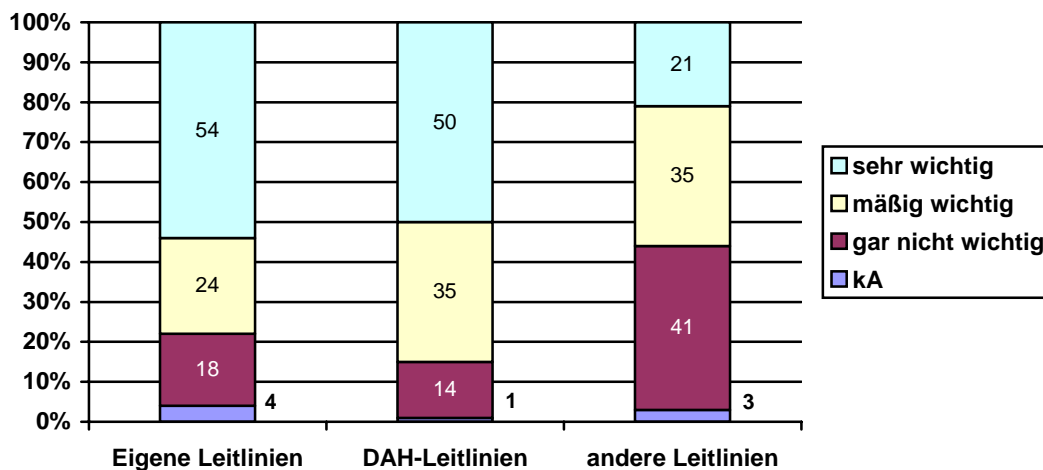
Unterstützungsbedarf bei der Benutzung von Leitlinien

Über drei Viertel der Einrichtungen wünschen sich, eigene Leitlinien systematischer entwickeln und anwenden zu können, und signalisieren in diesem Bereich einen Bedarf an Fortbildungen und Begleitung. Für über die Hälfte von ihnen ist das sogar „sehr wichtig“. Noch einmütiger, nämlich von 85 % der Einrichtungen, wird Bedarf an Begleitung und Fortbildung zur Anwendung von Leitlinien, die von der DAH entwickelt wurden, geäußert. Anders sieht es bei der Frage nach Angeboten zur Nutzung der Leitlinien anderer Anbieter aus. Hier sind es insgesamt nur etwas mehr als die Hälfte der Aids-Hilfen, denen Weiterbildung wichtig wäre; lediglich ein Fünftel gibt an, dass es „sehr wichtig“ ist (Tabelle 38, Abbildung).

Tabelle 38: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung von Leitlinien (Anzahl der Projekte)

Leitlinien	gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	keine Angabe
Eigene Leitlinien	16	22	50	4
DAH-Leitlinien	13	32	46	1
Leitlinien anderer Anbieter	38	32	19	3

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 14: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung von Leitlinien**Unterstützungsbedarf beim Einsatz von praxisbegleitenden Maßnahmen**

Mehr als drei Viertel aller Einrichtungen hätten gerne Unterstützung bei den praxisbegleitenden Maßnahmen. Eine Ausnahme bildet die wissenschaftliche Fachbegleitung, die nur von 72 % genannt wird. Der Bedarf nach Unterstützung wird mehrheitlich als „sehr wichtig“ eingestuft. Hilfestellung zur systematischeren Nutzung externer Supervision wünschen sich 80 % aller Beratungsstellen. Mehr als die Hälfte stufen es als besonders wichtig ein. Noch mehr Bedarf melden die Aids-Hilfen beim Einsatz von Intravision an. Das Gros (87 %) der Einrichtungen möchte sie systematischer einsetzen können und hätte zu diesem Thema gerne Fortbildungsangebote.

Auch Unterstützung zur Teilnahme an Facharbeitskreisen zum Austausch und zur Fortbildung wird von knapp 83 % der Projekte als mäßig bis sehr wichtig beurteilt und für die zukünftige Beratungsarbeit stärker als bisher vorhanden gewünscht.

Eine zusätzliche wissenschaftliche Begleitung spielt im Vergleich zu den anderen genannten Angeboten nur eine geringe Rolle. Für etwas mehr als ein Viertel (26 %) der Beratungsstellen ist sie gar nicht relevant. Drei Viertel von ihnen können es sich vorstellen, allerdings gibt der überwiegende Anteil von ihnen die Wichtigkeit mit „mäßig wichtig“ an.

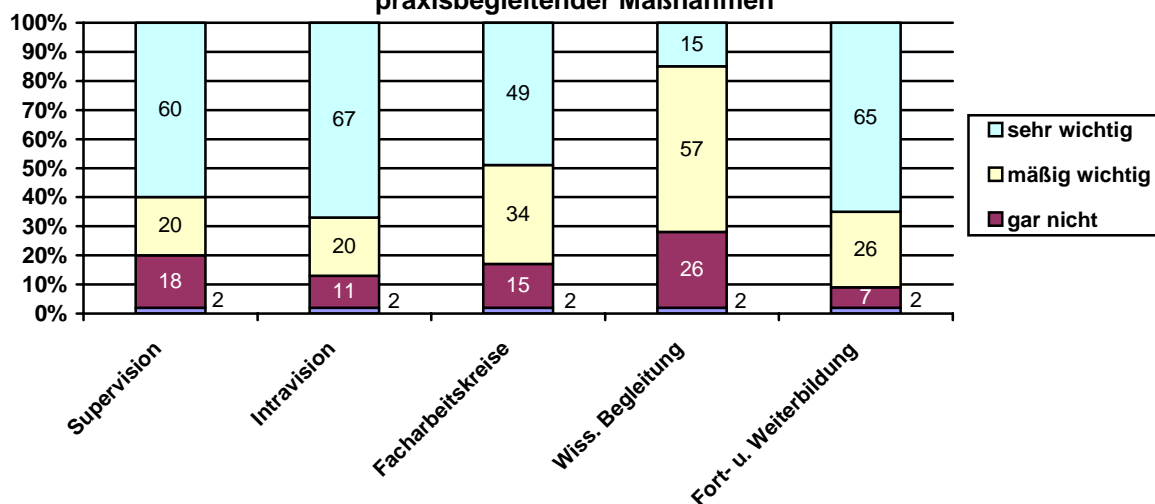
Fortbildungsangebote wahrnehmen zu können, ist ein einmütiger Wunsch nahezu aller Einrichtungen. Bis auf wenige Ausnahmen (7 %) formulieren die Aids-Hilfen hier einen Bedarf. Für knapp zwei Drittel ist das Angebot auch besonders wichtig.

Tabelle 39: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung praxisbegleitender Maßnahmen (Anzahl der Projekte)

Praxisbegleitende Maßnahmen				
	gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	keine Angabe
Supervision	17	18	55	2
Intravision	10	18	62	2
Facharbeitskreise	14	31	45	2
Wissenschaftliche Begleitung	24	52	14	2
Fort- und Weiterbildung	6	24	60	2

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 15: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung praxisbegleitender Maßnahmen



Unterstützungsbedarf bei der Dokumentation

Mit Ausnahme der Dokumentation von Arbeitsabläufen (74 %) melden mehr als drei Viertel aller Aids-Hilfen Bedarf an Unterstützung bei Dokumentationsmaßnahmen an. 78 % der Einrichtungen wünschen sich, ihre Arbeit systematischer in Statistiken dokumentieren zu können und hierbei Fortbildungen und Begleitung zu erhalten. Ebenso groß ist der Bedarf bei der Einzelfalldokumentation. Besonders ausgeprägt ist der Wunsch nach Unterstützung bei der Dokumentation von Konzepten (85 %), wobei die Relevanz jeweils etwa zur Hälfte mit „mäßig wichtig“ und „sehr wichtig“ beurteilt wird.

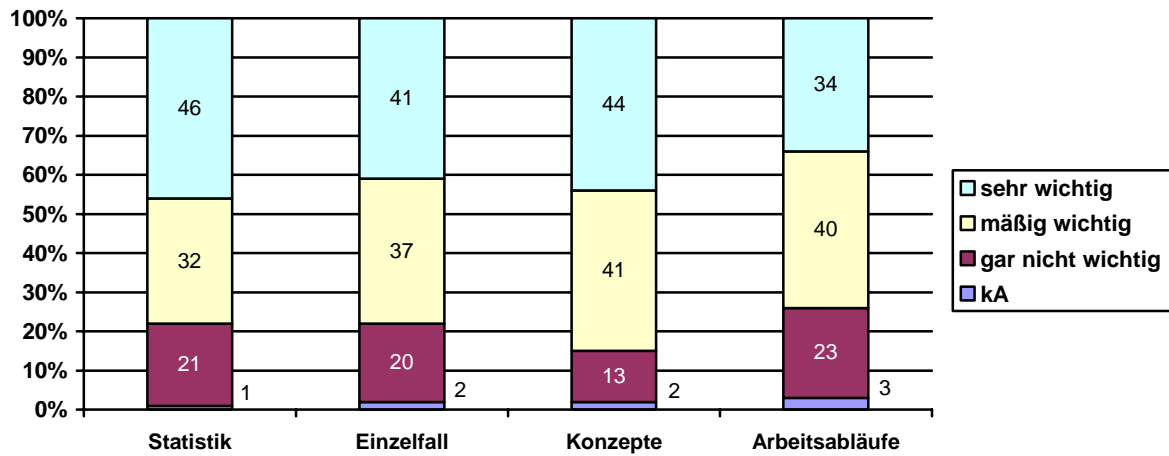
Bei der Dokumentation von Arbeitsabläufen und Prozessvereinbarungen hätten gerne etwas über drei Viertel der Aids-Hilfen Hilfestellung und Fortbildung (Tabelle 40, Abbildung 16).

Tabelle 40: Wunsch nach Unterstützung bei der Dokumentation (Anzahl der Projekte)

Dokumentation				
	gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	keine Angabe
Statistik	19	30	42	1
Einzelfalldokumentation	18	34	38	2
Konzepte	12	38	40	2
Dokumentation der Arbeitsabläufe, Prozessvereinbarungen	21	37	31	3

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 16: Wunsch nach Unterstützung in der Dokumentation



Unterstützungsbedarf bei der Ergebnismessung

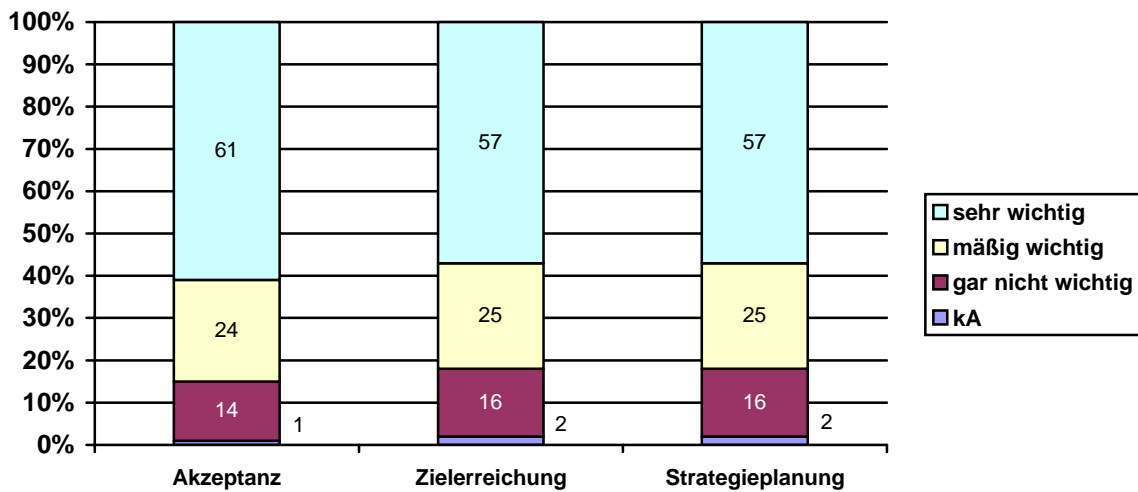
Unterstützung in der Entwicklung und Durchführung einer Ergebnismessung der Präventionsarbeit wünschen mindestens vier Fünftel aller Aids-Hilfe-Mitgliedsorganisationen für alle im Fragebogen angebotenen Formen. Die Akzeptanz ihrer Angebote möchten gern 85 % der Aids-Hilfen systematischer erfassen und auswerten. Es ist zwar nicht für alle gleich bedeutsam, aber immerhin 61 % ist es „sehr wichtig“. Ganz ähnlich gestaltet sich der Bedarf hinsichtlich der Unterstützung bei der Zielerreichung und der Strategieplanung im Team (Tabelle 41, Abbildung 17).

Tabelle 41: Wunsch nach Unterstützung in der Ergebnismessung (Anzahl der Projekte)

Ergebnismessung	gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	keine Angabe
Angebotsakzeptanz	13	22	56	1
Zielerreichung	15	23	52	2
Strategieplanung	15	23	52	2

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 17: Wunsch nach Unterstützung in der Ergebnismessung



6.7 Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen der Einrichtungen und Unterstützungsbedarf

Die prägnantesten Zusammenhänge zwischen dem Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung und den strukturellen Bedingungen wie Kapazität der Einrichtungen, Höhe des Anteils der primärpräventiven Arbeitszeit und Größe des Einzugsgebiets werden im Folgenden erläutert. In diesem Fragenkomplex wurden die Aids-Hilfen nach ihrem Bedarf bei der Entwicklung und Anwendung der einzelnen Methoden und den damit verbundenen Wünschen hinsichtlich Fortbildung in diesem Bereich befragt (vgl. Kap. 5).

Wünsche nach Unterstützung bei der Bedarfsklärung

Nur zwischen der Kapazität der Einrichtung und dem Wunsch nach Unterstützung bei Zielgruppenbefragungen zeigt sich eine Wechselwirkung (vgl. Tabelle 42). In den Aids-Hilfen mit der geringsten Kapazität wird diesem Wunsch nicht soviel Bedeutung beigemessen wie in denen mit der größten. Die größten Beratungsstellen sind die einzigen, für die Unterstützung bei der Zielgruppenbefragung zu 100 %, wenn auch differenziert nach „mäßig wichtig“ (17 %) und „sehr wichtig“ (83 %), bedeutsam ist.

Tabelle 42: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei Zielgruppenbefragung/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl	Unterstützungsbedarf bei Zielgruppenbefragung			Gesamt
	gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz. <= 60 Stunden	2 ~ 10 %	10 ~ 53 %	7 ~ 37 %	19 ~ 21 %
> 60 <= 100 Stunden	2 ~ 10 %	4 ~ 20 %	14 ~ 70 %	20 ~ 22 %
> 100 <= 135 Stunden	4 ~ 22 %	5 ~ 28 %	9 ~ 50 %	18 ~ 20 %
> 135 <= 206 Stunden	1 ~ 6 %	4 ~ 25 %	11 ~ 69 %	16 ~ 17 %
> 206 Stunden	0	3 ~ 17 %	15 ~ 83 %	18 ~ 20 %
Gesamt	9 ~ 10 %	26 ~ 29 %	56 ~ 61 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,332; näherungsweise Signifikanz = ,006

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unterstützungsbedarf zur Benutzung von Leitlinien

Der Bedarf an Unterstützung bei der Benutzung der eigenen Leitlinien oder auch der der DAH steht in Verbindung mit den strukturellen Bedingungen wie der Kapazität und der Grö-

ße des Einzugsgebiets. Die Größe einer Einrichtung korrespondiert mit dem Bedarf nach systematischerer Nutzung eigener Leitlinien, die als „sehr wichtig“ eingestuft wird (vgl. Tabelle 43).

Tabelle 43: Zusammenhang Unterstützungsbedarf Nutzung eigener Leitlinien/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Nutzung eigener Leitlinien			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	6 ~ 37,5 %	6 ~ 37,5 %	4 ~ 25 %	16 ~ 18 %
	> 60 <= 100 Stunden	5 ~ 25 %	6 ~ 30 %	9 ~ 45 %	20 ~ 23 %
	> 100 <= 135 Stunden	3 ~ 17 %	3 ~ 17 %	12 ~ 66 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	2 ~ 13 %	1 ~ 6 %	13 ~ 81 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	0	6 ~ 33 %	12 ~ 67 %	18 ~ 21 %
Gesamt		16 ~ 18 %	22 ~ 25 %	50 ~ 57 %	88 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,435; näherungsweise Signifikanz = ,000

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Ähnlich, aber nicht so deutlich verhält es sich mit dem Bedarf nach Unterstützung bei der Anwendung von Leitlinien der DAH. Vor allem die kapazitätsstarken Einrichtungen äußern hier Bedarf (s. Tabelle 44). Die größten sogar zu 100 %. Der geäußerte Bedarf steigt von 79 % bei den kleinsten Projekten über 80 %, 83 % und 87,5 % bis zu 100 % bei den größten an.

Tabelle 44: Zusammenhang Unterstützungsbedarf DAH-Leitlinien/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Nutzung der DAH-Leitlinien			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	4 ~ 21 %	6 ~ 32 %	9 ~ 47 %	19 ~ 21 %
	> 60 <= 100 Stunden	4 ~ 20 %	9 ~ 45 %	7 ~ 35 %	20 ~ 22 %
	> 100 <= 135 Stunden	3 ~ 17 %	6 ~ 33 %	9 ~ 50 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	2 ~ 12,5 %	6 ~ 37,5 %	8 ~ 50 %	16 ~ 17 %
	> 206 Stunden	0	5 ~ 28 %	13 ~ 72 %	18 ~ 20 %
Gesamt		13 ~ 14 %	32 ~ 35 %	46 ~ 51 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,265; näherungsweise Signifikanz = ,030

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Wie groß das Gebiet ist, das eine Aids-Hilfe betreut, steht ebenfalls im Zusammenhang mit dem geäußerten Unterstützungsbedarf bei der Anwendung eigener Leitlinien. Je größer das Einzugsgebiet ist, desto wichtiger ist eine Hilfestellung bei der Anwendung eigener Leitlinien, wie Tabelle 45 illustriert.

Tabelle 45: Zusammenhang Unterstützungsbedarf eigene Leitlinien/Einwohner
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Nutzung eigener Leitlinien			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Einwohnerzahl	bis 20.000	0	2	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	7 ~ 32 %	6 ~ 27 %	9 ~ 41 %	22 ~ 25 %
	100.000 - 500.000	7 ~ 17,5 %	9 ~ 22,5 %	24 ~ 60 %	40 ~ 45,5 %
	500.000 - 1 Mio.	2 ~ 18 %	2 ~ 18 %	7 ~ 64 %	11 ~ 12,5 %
	über 1 Mio.	0	3 ~ 23 %	10 ~ 77 %	13 ~ 15 %
Gesamt		16 ~ 18 %	22 ~ 25 %	50 ~ 57 %	88 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,369; näherungsweise Signifikanz = ,004

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unterstützungsbedarf zum Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen

Der Wunsch nach Hilfestellung beim Einsatz von praxisbegleitenden Maßnahmen steht im Zusammenhang mit strukturellen Bedingungen. Eine Wechselbeziehung lässt sich hinsichtlich des geäußerten Bedarfs nach Unterstützung bei externer Supervision und wissenschaftlicher Fachbegleitung beobachten.

Die Kapazität einer Aids-Hilfe korrespondiert mit der Bedeutsamkeit der Unterstützung bei externer Supervision für die Einrichtungen. Es melden zwar 81 % der Aids-Hilfen (je nach Kapazität zwischen 65 % und 89 %; die Spannweite errechnet sich aus den Prozentwerten von Spalte 2 und 3) generell Bedarf an, wie wichtig der Bedarf eingeschätzt wird, ist jedoch positiv assoziiert mit der Größe der Einrichtung, wie die folgende Tabelle illustriert.

Tabelle 46: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei externer Supervision/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei externer Supervision			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	4 ~ 22 %	7 ~ 39 %	7 ~ 39 %	18 ~ 20 %
	> 60 und <= 100 Stunden	7 ~ 35 %	3 ~ 15 %	10 ~ 50 %	20 ~ 22 %
	> 100 und <= 135 Stunden	2 ~ 11 %	5 ~ 28 %	11 ~ 61 %	18 ~ 20 %
	> 135 und <= 206 Stunden	4 ~ 25 %	0	12 ~ 75 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	0	3 ~ 17 %	15 ~ 83 %	18 ~ 20 %
Gesamt		17 ~ 19 %	18 ~ 20 %	55 ~ 61 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,397; näherungsweise Signifikanz = ,001

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Umgekehrt verhält sich der Zusammenhang zwischen dem Anteil, den Primärprävention am Stundenkontingent der Einrichtung hat, und dem Unterstützungsbedarf bei externer Supervision. Am wichtigsten ist sie für Beratungsstellen, die anteilig am wenigsten HIV/Aids-Prävention durchführen (Tabelle 47).

Tabelle 47: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei externer Supervision/Kapazität für Primärprävention
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei externer Supervision			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Prozentualer Anteil Primärprävention 20er Perzentile	0-20 %	0	2 ~ 11 %	16 ~ 89 %	18 ~ 20 %
	> 20 - 40 %	7 ~ 23 %	6 ~ 19 %	18 ~ 58 %	31 ~ 35 %
	> 40 - 60 %	4 ~ 19 %	7 ~ 33 %	10 ~ 48 %	21 ~ 23 %
	> 60 - 80 %	3 ~ 27 %	1 ~ 9 %	7 ~ 64 %	11 ~ 12 %
	> 80 %	3 ~ 33 %	2 ~ 22 %	4 ~ 45 %	9 ~ 10 %
Gesamt		17 ~ 19 %	18 ~ 20 %	55 ~ 61 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = -,333; näherungsweise Signifikanz = ,010

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Bis auf eine Ausnahme steigt der Anteil der Einrichtungen (Summe Zeilenprozentage der 2. und 3. Spalte), die Unterstützungsbedarf bei wissenschaftlicher Fachbegleitung äußern, analog zur zunehmenden Kapazität der Einrichtungen. Der Bedarf nimmt von 72 % über 40 % (Ausreißer), 78 %, 81 % bis auf 100 % zu. Differenziert nach Wichtigkeit, sind es ebenfalls die größten Einrichtungen, denen Unterstützung bei der wissenschaftlichen Begleitung am wichtigsten ist. „Mäßige“ Wichtigkeit überwiegt jedoch bei allen Einrichtungen (Tabelle 48).

Tabelle 48: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei wissenschaftlicher Fachbegleitung/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei wissenschaftlicher Fachbegleitung			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	5 ~ 28 %	11 ~ 61 %	2 ~ 11 %	18 ~ 20 %
	> 60 und <= 100 Stunden	12 ~ 60 %	6 ~ 30 %	2 ~ 10 %	20 ~ 22 %
	> 100 und <= 135 Stunden	4 ~ 22 %	12 ~ 67 %	2 ~ 11 %	18 ~ 20 %
	> 135 und <= 206 Stunden	3 ~ 19 %	10 ~ 62 %	3 ~ 19 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	0	13 ~ 72 %	5 ~ 28 %	18 ~ 20 %
Gesamt		24 ~ 27 %	52 ~ 58 %	14 ~ 15 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,388; näherungsweise Signifikanz = ,001

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unterstützungsbedarf zur Dokumentation

Der Wunsch nach systematischer Anwendung von oder Begleitung bei Dokumentationsmaßnahmen ist mit den strukturellen Bedingungen verknüpft. Je mehr Stellenkapazität einer Einrichtung zur Verfügung steht, desto öfter wird Unterstützungsbedarf bei Statistiken zu Dokumentationszwecken geäußert und desto wichtiger ist er (vgl. Tabelle 49).

Tabelle 49: Zusammenhang Unterstützungsbedarf zum Führen von Statistiken/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Statistiken			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	6 ~ 32 %	9 ~ 47 %	4 ~ 21 %	19 ~ 21 %
	> 60 und <= 100 Stunden	7 ~ 35 %	4 ~ 20 %	9 ~ 45 %	20 ~ 22 %
	> 100 und <= 135 Stunden	3 ~ 17 %	7 ~ 39 %	8 ~ 44 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	3 ~ 19 %	6 ~ 37 %	7 ~ 44 %	16 ~ 17 %
Gesamt	> 206 Stunden	0	4 ~ 22 %	14 ~ 78 %	18 ~ 20 %
Gesamt		19 ~ 21 %	30 ~ 33 %	42 ~ 46 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,407; näherungsweise Signifikanz = ,000

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Auch zwischen dem Einzugsgebiet der Aids-Hilfen und diesem Bedarf besteht ein Zusammenhang (s. Tabelle 50). Kommen sie aus ländlichen Gebieten oder Kleinstädten, so ist der Bedarf nach Unterstützung beim Anlegen und Führen von Statistiken am wenigsten ausgeprägt. Wird das Einzugsgebiet größer, steigt auch die Wichtigkeit des Bedarfs.

Tabelle 50: Zusammenhang Unterstützungsbedarf zum Führen von Statistiken/Einwohner
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Statistiken			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Einwohnerzahl	bis 20.000	1	1	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	9 ~ 36 %	9 ~ 36 %	7 ~ 28 %	25 ~ 28 %
	100.000 - 500.000	6 ~ 15 %	13 ~ 32,5 %	21 ~ 52,5 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	2 ~ 18 %	4 ~ 36 %	5 ~ 46 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	1 ~ 8 %	3 ~ 23 %	9 ~ 69 %	13 ~ 14 %
Gesamt		19 ~ 21 %	30 ~ 33 %	42 ~ 46 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet

Gamma = ,384; näherungsweise Signifikanz = ,003

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Der Wunsch nach Begleitung und Unterstützung bei der Dokumentation von Konzepten wird von 87 % aller Aids-Hilfen (je nach Einzugsgebiet zwischen 82 % und 100 %; Summe der Zeilenprozentanteile aus Spalte 2 und 3) geäußert. Die Wichtigkeit korrespondiert dabei mit der Größe des Einzugsgebiets. Beratungsstellen aus Gebieten mit weniger als 100.000 Einwohnern formulieren nur zu 21 %, dass Unterstützung bei der Konzeptdokumentation „sehr wichtig“ für ihre Arbeit ist. Demgegenüber halten 69 % der Einrichtungen in Metropolen es für „sehr wichtig“ (vgl. Tabelle 51).

Tabelle 51: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei Konzeptdokumentation/Einwohner
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Konzeptdokumentation			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Einwohnerzahl	bis 20.000	0	2	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	4 ~ 17 %	15 ~ 62 %	5 ~ 21 %	24 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	6 ~ 15 %	13 ~ 32,5 %	21 ~ 52,5 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	2 ~ 18 %	4 ~ 36 %	5 ~ 46 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	0	4 ~ 31 %	9 ~ 69 %	13 ~ 14 %
Gesamt		12 ~ 13 %	38 ~ 42 %	40 ~ 45 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,377; näherungsweise Signifikanz = ,002
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Die Wichtigkeit, Unterstützung bei der Konzeptdokumentation zu erhalten, ist je nach Kapazität, die für Primärprävention bereitgestellt wird, sehr unterschiedlich. Je weniger primärpräventive Aktivitäten durchgeführt werden, desto häufiger wird Hilfestellung bei der Konzeptdokumentation gewünscht (s. Tabelle 52).

Tabelle 52: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei Konzeptdokumentation/Kapazität für Primärprävention in Prozent
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Konzeptdokumentation			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Primärprävention 20er Perzentile	0-20 %	0	4 ~ 22 %	14 ~ 78 %	18 ~ 20 %
	> 20 - 40 %	5 ~ 17 %	12 ~ 40 %	13 ~ 43 %	30 ~ 34 %
	> 40 - 60 %	5 ~ 24 %	8 ~ 38 %	8 ~ 38 %	21 ~ 23 %
	> 60 - 80 %	2 ~ 18 %	6 ~ 55 %	3 ~ 27 %	11 ~ 12 %
	> 80 %	0	8 ~ 80 %	2 ~ 20 %	10 ~ 11 %
Gesamt		12 ~ 13 %	38 ~ 42 %	40 ~ 45 %	90~100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = -,374; näherungsweise Signifikanz = ,001
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unterstützungsbedarf zur Dokumentation von Arbeitsabläufen besteht in 87 % aller Aids-Hilfen (je nach Kapazität zwischen 70 % und 89 %; Summe der Zeilenprozente Spalte 2 und 3).

Tabelle 53: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei Dokumentation von Arbeitsabläufen/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Dokumentation von Arbeitsabläufen, Prozessvereinbarungen			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	5 ~ 29 %	8 ~ 47 %	4 ~ 24 %	17 ~ 19 %
	> 60 <= 100 Stunden	6 ~ 30 %	8 ~ 40 %	6 ~ 30 %	20 ~ 23 %
	> 100 <= 135 Stunden	5 ~ 28 %	7 ~ 39 %	6 ~ 33 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	3 ~ 19 %	7 ~ 44 %	6 ~ 37 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	2 ~ 11 %	7 ~ 39 %	9 ~ 50 %	18 ~ 20 %
Gesamt		21 ~ 23 %	37 ~ 42 %	31 ~ 35 %	89 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = ,235; näherungsweise Signifikanz = ,044
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unterstützungsbedarf bei der Ergebnismessung

Einen Unterstützungsbedarf bei der Überprüfung der Zielerreichung äußern, je nach Kapazität, zwischen drei Viertel und 100 % der Einrichtungen. Einrichtungsformen, denen 5,5 Stellen oder mehr zur Verfügung stehen, ist dieser Wunsch am wichtigsten. Die kleinsten Aids-Hilfen stufen den Bedarf, wenn sie ihn äußern, überwiegend als „mäßig wichtig“ ein, wie folgende Tabelle darstellt.

Tabelle 54: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei der Zielerreichung/Kapazität
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Überprüfung der Zielerreichung			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	4 ~ 21 %	9 ~ 47 %	6 ~ 32 %	19 ~ 21 %
	> 60 <= 100 Stunden	5 ~ 25 %	4 ~ 20 %	11 ~ 55 %	20 ~ 22 %
	> 100 <= 135 Stunden	4 ~ 22 %	2 ~ 11 %	12 ~ 67 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	2 ~ 12,5 %	4 ~ 25 %	10 ~ 62,5 %	16 ~ 18 %
	> 206 Stunden	0	4 ~ 23,5 %	13 ~ 76,5 %	17 ~ 19 %
Gesamt		15 ~ 17 %	23 ~ 25 %	52 ~ 58 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,351; näherungsweise Signifikanz = ,002
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Auch zwischen dem Unterstützungsbedarf zur Feststellung der Angebotsakzeptanz und der Größe des Einzugsgebiets bestehen Zusammenhänge: Vor allem Einrichtungen in Ballungsräumen ist Hilfestellung bei der Überprüfung der Angebotsakzeptanz sehr wichtig.

Tabelle 55: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei der Feststellung der Angebotsakzeptanz/ Einwohner
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Feststellung der Angebotsakzeptanz			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Einwohnerzahl	bis 20.000	0	1	1	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	7 ~ 28 %	5 ~ 20 %	13 ~ 52 %	25 ~ 28 %
	100.000 - 500.000	5 ~ 12,5 %	10 ~ 25 %	25 ~ 62,5 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	1 ~ 9 %	4 ~ 36 %	6 ~ 55 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	0	2 ~ 15 %	11 ~ 85 %	13 ~ 15 %
Gesamt		13 ~ 14 %	22 ~ 24 %	56 ~ 62 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,288; näherungsweise Signifikanz = ,043
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Auch die Wichtigkeit der Unterstützung und Begleitung bei der Strategieplanung im Team korrespondiert mit dem Einzugsgebiet. Je größer der Wirkungskreis einer Aids-Hilfe, desto wichtiger wird Unterstützung bei der Strategieplanung eingeschätzt (s. folgende Tabelle).

Tabelle 56: Zusammenhang Unterstützungsbedarf bei Strategieplanung/Einwohner
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei Strategieplanung im Team			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Einwohnerzahl	bis 20.000	1	1	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	5 ~ 21 %	10 ~ 42 %	9 ~ 37 %	24 ~ 27 %
	100.000 - 500.000	6 ~ 15 %	9 ~ 22,5 %	25 ~ 62,5 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	1 ~ 9 %	3 ~ 27 %	7 ~ 64 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	2 ~ 15 %	0	11 ~ 85 %	13 ~ 15 %
Gesamt		15 ~ 17 %	23 ~ 25 %	52 ~ 58 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet Gamma = ,407; näherungsweise Signifikanz = ,003
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

6.8 Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Mitarbeiter und dem Bedarf an Aus- und Weiterbildung

Zwischen dem Bedarf nach Fortbildung und Begleitung bei der Evaluation und Qualitätssicherung bzw. dem Wunsch, die Verfahren systematischer anwenden zu können, und einigen Einstellungsdimensionen bestehen statistisch bedeutsame Zusammenhänge, die in diesem Kapitel vorgestellt werden. Die Reihenfolge der Bearbeitung orientiert sich wieder an der Abfolge im Fragebogen.

Wünsche nach Unterstützung bei der Bedarfsklärung

Der Unterstützungsbedarf bei der Zielgruppenbefragung und der Nutzung von RKI-Statistiken sind mit Einstellungen zur Evaluation und Qualitätssicherung verknüpft.

Ob Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung eingeschätzt wird oder nicht, korrespondiert mit dem Wunsch nach Unterstützung bei der Zielgruppenbefragung. In der Gruppe, die Qualitätssicherung nicht als Belastung empfinden, ist sie knapp drei Vierteln „sehr wichtig“. Ganz anders urteilen dagegen die Teilnehmer, die in der Qualitätssicherung eine Mehrbelastung sehen. Nur einem Drittel von ihnen wäre Unterstützung zur Zielgruppenbefragung „sehr wichtig“. Fast ein Viertel lehnt sie ab (vgl. Tabelle 57). Das heißt, je weniger Qualitätssicherung als Mehrbelastung empfunden wird, desto stärker wird Unterstützung zur Zielgruppenbefragung gewünscht.

Tabelle 57: Zusammenhang Dimension II Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung/Unterstützungsbedarf zur Zielgruppenbefragung
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf zur Zielgruppenbefragung			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Dimension QS als unnötige Mehrbelastung	Ablehnung	4 ~ 7 %	12 ~ 21 %	40 ~ 72 %	56 ~ 62 %
	Indifferenz	0	4 ~ 31 %	9 ~ 69 %	13 ~ 15 %
	Zustimmung	5 ~ 24 %	9 ~ 43 %	7 ~ 33 %	21 ~ 23 %
Gesamt		9 ~ 10 %	25 ~ 28 %	56 ~ 62 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = -,468; näherungsweise Signifikanz = ,008
Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Der Fortbildungsbedarf zur systematischen Nutzung von RKI-Statistiken steht in Beziehung zur Unsicherheit beim Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen. Je sicherer der Umgang mit Qualitätssicherung ist, desto eher wird der Fortbildungswunsch als „sehr wichtig“ eingeschätzt (vgl. folgende Tabelle).

Tabelle 58: Zusammenhang Dimension IV Unsicherheit bei der Qualitätssicherung/Unterstützungsbedarf bei der Nutzung offizieller Statistiken
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei der Nutzung offizieller Statistiken (RKI)			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Dimension Unsicherheit bei QS	Ablehnung	2 ~ 5 %	12 ~ 32 %	24 ~ 63 %	38 ~ 42 %
	Indifferenz	5 ~ 19 %	6 ~ 23 %	15 ~ 58 %	26 ~ 29 %
	Zustimmung	2 ~ 8 %	15 ~ 58 %	9 ~ 34 %	26 ~ 29 %
Gesamt		9 ~ 10 %	33 ~ 37 %	48 ~ 53 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = -,299; näherungsweise Signifikanz = ,028

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unterstützungsbedarf beim Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen

Die meisten Interaktionen mit Einstellungsdimensionen finden sich beim Wunsch nach Aus- und Fortbildung bzw. systematischerer Anwendung praxisbegleitender Maßnahmen.

Je mehr Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit wahrgenommen wird, desto wichtiger ist der Wunsch nach Unterstützung bei der Teilnahme an Facharbeitskreisen, wie folgende Tabelle illustriert.

Tabelle 59: Zusammenhang Dimension I Qualitätssicherung als Ressource/Unterstützungsbedarf bei der Teilnahme an Facharbeitskreisen
Kreuztabelle

Anzahl		Unterstützungsbedarf bei der Teilnahme an Facharbeitskreisen			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Dimension QS als Ressource	Ablehnung	1 ~ 14 %	5 ~ 72 %	1 ~ 14 %	7 ~ 8 %
	Indifferenz	2 ~ 40 %	3 ~ 60 %	0	5 ~ 5 %
	Zustimmung	11 ~ 14 %	23 ~ 39 %	44 ~ 56 %	78 ~ 87 %
Gesamt		14 ~ 16 %	31 ~ 34 %	45 ~ 50 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,605; näherungsweise Signifikanz = ,003

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Wird Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung empfunden, ist der Wunsch nach Unterstützung im Hinblick auf die Teilnahme an Facharbeitskreisen eingeschränkt. Wenn eine Einrichtung durch qualitätssichernde Prozesse belastet ist, so scheint es, dass Facharbeitskreise als weniger wichtig beurteilt werden (vgl. Tabelle 60).

Tabelle 60: Zusammenhang Dimension II Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung/ Unterstützungsbedarf zur Teilnahme an Facharbeitskreisen

Kreuztabelle

Anzahl

		Unterstützungsbedarf zur Teilnahme an Facharbeitskreisen			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Dimension QS als unnötige Mehrbelastung	Ablehnung	7 ~ 13 %	17 ~ 31 %	31 ~ 56 %	55 ~ 62 %
	Indifferenz	0	5 ~ 38,5 %	8 ~ 14 %	13 ~ 61,5 %
	Zustimmung	7 ~ 33 %	9 ~ 43 %	5 ~ 24 %	21 ~ 24 %
Gesamt		14 ~ 16 %	31 ~ 35 %	44 ~ 49 %	89 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet
,028

Gamma = -,364; näherungsweise Signifikanz =

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Intravision systematischer anwenden oder hier Fortbildungsangebote nutzen zu können, wünschen sich weit mehr als die Hälfte aller Einrichtungen. Sicherheit im Umgang mit qualitätssichernden Maßnahmen scheint mit diesem Wunsch positiv zu korrespondieren. Je sicherer sich eine Aids-Hilfe im Umgang mit Evaluation und Qualitätssicherung erlebt, desto wichtiger wird auch der Wunsch nach Unterstützung bei den Falldiskussionen im Team, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 61: Zusammenhang Dimension IV Unsicherheit bei der Qualitätssicherung/ Unterstützungsbedarf bei Intravision

Kreuztabelle

Anzahl

		Unterstützungsbedarf bei Intravision/Falldiskussion im Team			Gesamt
		gar nicht wichtig	mäßig wichtig	sehr wichtig	
Dimension Unsicherheit bei QS	Ablehnung	2 ~ 5 %	6 ~ 16 %	30 ~ 79 %	38 ~ 43 %
	Indifferenz	4 ~ 15,4 %	4 ~ 15,4 %	18 ~ 69,2 %	26 ~ 29 %
	Zustimmung	4 ~ 16 %	8 ~ 32 %	13 ~ 52 %	25 ~ 28 %
Gesamt		10 ~ 11 %	18 ~ 20 %	61 ~ 69 %	89 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet

Gamma = -,366; näherungsweise Signifikanz = ,022

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

6.9 Einstellungen der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung

Um die Einstellungen der Mitarbeiter in den Einrichtungen zur Qualitätssicherung transparenter zu machen, wurden zwölf Aussagen erhoben, die auf einer Rangskala von +3 = „stimme vollkommen zu“ bis -3 = „stimme überhaupt nicht zu“ beantwortet werden konnten. Die siebenstufige Rangskala der Antworten ermöglicht ein sehr differenziertes Bild der Einstellungen in den Projekten. Einstellungen zur Qualitätssicherung allgemein werden ebenso dargestellt wie Fragen danach, ob sie als unnötige Mehrbelastung empfunden wird oder zu Verunsicherungen führt. Zudem werden die Antwortstrukturen zu Aussagen, die das Scheitern der Qualitätssicherung wegen mangelnder Ressourcen zum Inhalt haben, wiedergegeben.

Da dieses stark segmentierte Antwortbild die Interpretation weiterer Analysen erschwert hätte, wurden die Antwortstufen zusammengefasst. Die so gewonnenen Dimensionen wurden genutzt, um sie in den vorhergehenden Kapiteln auf ihren Zusammenhang mit der Umsetzung von Evaluation und Qualitätssicherung zu untersuchen.

Dimensionen der Einstellungsfragen

Die Reduktion der Einstellungsäußerungen zu Dimensionen kann sowohl quantitativ als auch qualitativ erfolgen.

Als relevantes Verfahren für die Reduktion der Einstellungsäußerungen wurde die qualitative Methode des Experten-Ratings zur Dimensionsreduktion eingesetzt, die im Folgenden beschrieben wird.

Experten-Rating

Für das Rating (Appendix IV) wurden die Einstellungsfragen fünf Personen mit Expertise im HIV/Aids- bzw. Präventionsbereich vorgelegt, mit der Bitte um Gruppierung der Items. Die Anzahl der gewählten Gruppen war freigestellt. Weiterhin wurde darum gebeten, die Klassifizierungen inhaltlich zu beschreiben.

Ergebnisse des Ratings

Alle Rater haben sich für eine Unterteilung der Einstellungen in vier Gruppen entschieden. Insgesamt sieben von zwölf Statements sind von allen fünf Experten und Expertinnen denselben Kategorien zugeordnet worden. Bei fünf weiteren Äußerungen waren vier Zuordnungen konform, eine war jeweils abweichend.

Der Gruppe I werden Statements zugeordnet, die Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit beschreiben. In Gruppe II finden sich ablehnende Äußerungen zur Qualitätssicherung. In Gruppe III sind Äußerungen aufgenommen, bei denen es um das Scheitern der Umsetzung von Qualitätssicherung aufgrund knapper personeller, finanzieller oder zeitlicher Ressourcen geht. Gruppe IV umfasst Aussagen, die Unsicherheit bei der Ein- und Durchführung von Qualitätssicherung zum Gegenstand haben.

Bildung von Indexvariablen

Um die weitergehenden Analysen zum Zusammenhang von Einstellungen der Befragten und Aspekten der Evaluation und Qualitätssicherung in den Einrichtungen zu vereinfachen, wurde für jede Gruppe der Einstellungsäußerungen stellvertretend ein charakteristisches Statement ausgewählt. Die sieben Antwortmöglichkeiten der Rangskala wurden aus rechentechnischen Gründen zusammengefasst. Es bleiben nunmehr die Abstufungen Zustimmung, Indifferenz und Ablehnung.

In den ersten beiden Spalten der Tabelle sind die Nummerierung der Aussage im Fragebogen und die Einstellungsdimension, der sie zugeordnet ist, wiedergegeben. In Spalte drei findet sich der Wortlaut der Einstellungen. Die Items, die als Referenzaussagen für die Zusammenhangsanalysen ausgewählt wurden, sind fett gedruckt. Die Spalten vier, fünf und sechs bilden das Antwortverhalten – Zustimmung, Indifferenz, Ablehnung – ab.

Den Statements, die Erfahrung mit Qualitätssicherung und deren Nutzen thematisieren (Statements 1, 3, 5, 12), wird größtenteils zugestimmt. Nur wenige Einrichtungen erkennen keinen Nutzen. Ein Teil der Einrichtungen steht der Anwendung und dem Nutzen indifferent gegenüber. Es lässt sich aber festhalten, dass Qualitätssicherung und ihr Nutzen anerkannt und von vielen Einrichtungen befürwortet werden.

Bei Einstellungen, die Mehrarbeit und Belastung durch Qualitätsmanagement zum Inhalt haben (Statements 2, 4, 7), lässt sich keine dominierende Antwortrichtung feststellen. Das heißt, es gibt sowohl Einrichtungen, die sich durch die Anforderungen einer Qualitätssicherung belastet fühlen, als auch solche, die keine oder wenig Mehrbelastung spüren oder sich für keinen der Pole Zustimmung/Ablehnung aussprechen.

Auch bei Aussagen zu mangelnden Ressourcen als Ursache für ein Scheitern von Qualitätssicherung lässt sich keine Tendenz ablesen (Statements 6, 9, 11). Steigende Arbeitsbelastung und Kürzungen wirken sich bei mindestens der Hälfte aller 92 Einrichtungen nicht hinderlich auf Qualitätssicherung aus. Bei ungefähr einem Drittel der Aids-Projekte scheitert die Qualitätssicherung an Zeit- und Geldmangel. Der Rest ist unentschieden.

Fast die Hälfte der Befragten signalisiert Sicherheit bei der Anwendung von Qualitätssicherung oder der Auswahl von Verfahren oder Anbietern (Statements 8, 10). Ungefähr ein Drittel ist diesbezüglich unentschieden und mindestens ein Viertel der Einrichtungen fühlt sich verunsichert.

Tabelle 7: Einstellungen zur Qualitätssicherung

State-ment-Nr.	Gruppe	Aussage	Zustim-mung %	Indiffe-renz %	Ableh-nung %
1	I	„Qualitätsmanagement findet bei uns auf allen Ebenen statt. Frei nach dem Motto ‚Kritik ist eine Ressource‘ wollen wir wissen, worin wir gut sind und was wir tun können, um als Aids-Hilfe noch besser werden zu können.“	87,0	5,4	7,6
2	II	„Qualitätssicherung ist etwas, was nur dazu beiträgt, den bürokratischen Wasserkopf aufzublähen.“	24,2	14,3	61,5
3	I	„Anfangs gab es bei uns Vorbehalte gegen das Thema. Aber jetzt, wo wir unsere eigene Arbeit genauer anschauen, stellen wir fest, wie groß der Nutzen einer solchen Auseinandersetzung für uns selbst ist.“	59,3	27,5	13,2
4	II	„Papier ist geduldig, was bei uns zählt ist der unmittelbare Kontakt zu den Menschen.“	53,8	28,6	17,6
5	I	„Seitdem wir uns mit Qualitätsmanagement befassen, sind wir mutiger geworden. So stellen wir uns nicht nur die Frage, was gerade gut läuft, sondern auch der Frage, was noch nicht so läuft, wie wir es uns wünschen.“	74,7	19,8	5,5
6	III	„Wir können uns einen solchen Luxus nicht leisten, da wir von Jahr zu Jahr weiter gekürzt werden.“	32,2	23,3	44,4
7	II	„Ich halte Qualitätsmanagement für überflüssigen Quatsch: Man merkt im alltäglichen Umgang mit den Klienten, ob die Arbeit ankommt oder nicht.“	9,8	10,9	79,3
8	IV	„Wir haben schon immer mal überlegt, was in der Richtung zu machen, wissen aber nicht, wo wir anfangen sollen.“	28,6	28,6	42,9
9	III	„Bei all den Aufgaben, die uns von Jahr zu Jahr neu aufgedrückt werden, ist Qualitätsmanagement das letzte, wofür wir Zeit haben.“	21,7	14,1	64,1
10	IV	„Man hört so viel Widersprüchliches und es gibt so viele Geldschneider, dass man gar nicht weiß, wo man sich hinwenden soll, wenn man so etwas für die eigene Aids-Hilfe umsetzen soll.“	22,5	28,1	49,4
11	III	„Wir haben schon verschiedene Dinge überlegt und ausprobiert, aber wenn es dann konkret wird, dann scheitert es immer am Geld, denn alles, was so angeboten wird, kostet mehr Geld, als uns zur Verfügung steht.“	32,2	28,8	38,9
12	I	„Qualität ist eine Frage der Haltung aller Mitarbeiter/innen unseres Hauses und an dieser arbeiten wir konsequent!“	85,6	11,1	3,3

Ausgewählte Dimensionen der Einstellungsfragen

Auf der Basis des Ratings wurden vier verschiedene Gruppen gebildet:

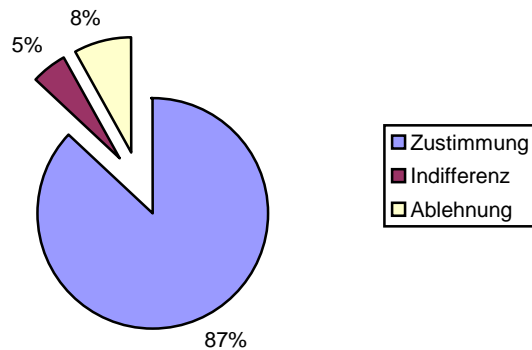
- Gruppe I: Qualitätssicherung als *Ressource* für gute Arbeit
- Gruppe II: Qualitätssicherung als *unnötige Mehrarbeit*
- Gruppe III: Die Umsetzung von Qualitätssicherung *scheitert an knappen Ressourcen*
- Gruppe IV: *Unsicherheit* bei der Einführung von Qualitätssicherung

Die ausgewählten Meinungen und die entsprechenden Aussagen der Projekte werden im Folgenden noch einmal dargestellt.

Gruppe I: Qualitätssicherung als *Ressource* für gute Arbeit

Äußerung: „Qualitätsmanagement findet bei uns auf allen Ebenen statt. Frei nach dem Motto ‚Kritik ist eine Ressource‘ wollen wir wissen, worin wir gut sind und was wir tun können, um als Aids-Hilfe noch besser werden zu können.“ (Abbildung 18)

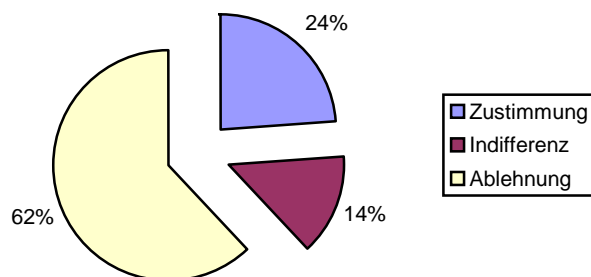
Abbildung 18: Aussagen der Projekte zur Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit



Gruppe II: Qualitätssicherung als *unnötige Mehrarbeit*

Äußerung: „Qualitätssicherung ist etwas, was nur dazu beiträgt, den bürokratischen Wasserkopf aufzublähen.“ (Abbildung 19)

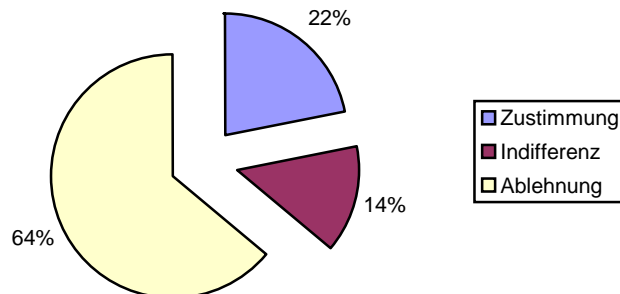
Abbildung 19: Aussagen der Projekte zur Qualitätssicherung als unnötige Mehrarbeit



Gruppe III: Die Umsetzung von Qualitätssicherung *scheitert an knappen Ressourcen*

Äußerung: „Bei all den Aufgaben, die uns von Jahr zu Jahr neu aufgedrückt werden, ist Qualitätsmanagement das letzte, wofür wir Zeit haben.“ (Abbildung 20)

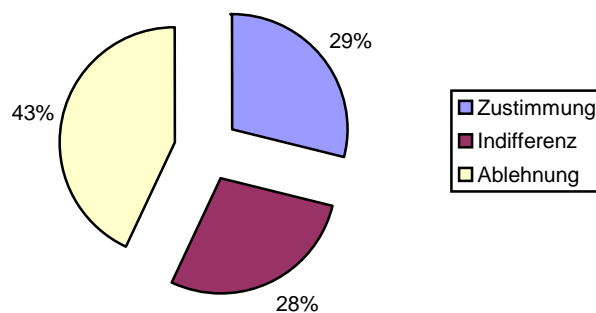
Abbildung 20: Aussagen der Projekte zum Ressourcenmangel als Grund für fehlende Qualitätssicherung



Gruppe IV: *Unsicherheit* bei der Einführung von Qualitätssicherung

Äußerung: „Wir haben schon immer mal überlegt, was in der Richtung zu machen, wissen aber nicht, wo wir anfangen sollen.“ (Abbildung 21)

Abbildung 21: Aussagen der Projekte zur Unsicherheit bei der Einführung von Qualitätssicherung



6.10 Zusammenhänge zwischen den strukturellen Bedingungen und den Einstellungen der Mitarbeiter

Die vier im Experten-Rating ermittelten Einstellungsdimensionen werden auf ihr Wechselspiel mit den strukturellen Bedingungen (Kapazität der Einrichtung gemessen in Arbeitszeit, Kapazität für Primärprävention und Größe des Einzugsgebiets angegeben in Einwohnerzahl) geprüft. Die Betrachtung zeigt nur eine signifikante Wechselbeziehung. Einige wenige Zusammenhänge zeigen Trends, so dass sie ebenfalls nachfolgend dargestellt werden.

Dimension I: Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit

Dass Qualitätssicherung als Ressource bewertet wird, scheint unabhängig von der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zu sein, da nur wenige Einrichtungen diese Aussage ablehnen. Der Anteil der Primärprävention an der Gesamtkapazität steht in keinem Zusammenhang mit der Antwortstruktur.

Dimension II: Qualitätssicherung als unnötige Mehrarbeit

Die Einschätzung, dass Qualitätssicherung eine Mehrbelastung mit sich bringt, ist unabhängig sowohl von der Gesamtkapazität der Einrichtungen als auch von der für Primärprävention aufgewendeten Arbeitszeit. Unabhängig von der Zeit, die zur Verfügung steht, wird Qualitätssicherung von einem großen Teil der Befragten (60 %) nicht als unnötige Mehrbelastung empfunden.

Für den Zusammenhang mit der Größe des Einzugsgebiets ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse. Viele Beratungsstellen sehen in der Qualitätssicherung keine Mehrbelastung, es gibt aber auch Einrichtungen, die sich durch Qualitätssicherung stärker belastet fühlen, und dies scheinbar unabhängig von der Lage.

Tabelle 62: Beziehungen der Strukturvariable Einzugsgebiet zur Dimension II: Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung

Kreuztabelle

Anzahl

		Dimension QS als unnötige Mehrbelastung			Gesamt
		Ablehnung	Indifferenz	Zustimmung	
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung	bis 20.000	1	0	1	2 ~ 2 %
	20.000 – 100.000	15 ~ 60 %	5 ~ 20 %	5 ~ 20 %	25 ~ 28 %
	100.000 - 500.000	25 ~ 63 %	5 ~ 12 %	10 ~ 25 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	9 ~ 82 %	1 ~ 9 %	1 ~ 9 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	6 ~ 46 %	2 ~ 15 %	5 ~ 39 %	13 ~ 14 %
Gesamt		56 ~ 62 %	13 ~ 14 %	22 ~ 24 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Dimension III: Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen

Deutliche Zusammenhänge gibt es zwischen Problemen bei der Verwirklichung von Qualitätssicherung wegen knapper Ressourcen und der Kapazität der Einrichtungen (vgl. Tabelle 63):

Je geringer das zur Verfügung stehende Stundenkontingent einer Einrichtung ist, desto eher wird der Einsatz von Qualitätssicherung durch knappe Ressourcen verhindert. Bei den größten Beratungsstellen geben nur etwa 10 % an, dass Qualitätssicherung an mangelnden Ressourcen scheitert. Diese Zahl verdoppelte sich bei Einrichtungen mit mittlerer Kapazität und verdreifacht sich sogar bei kleinen Projekten.

Tabelle 63: Beziehungen der Strukturvariable Gesamtarbeitszeit zur Dimension III: Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen

Kreuztabelle

Anzahl

		QS scheitert an knappen Ressourcen			Gesamt
		Ablehnung	Indifferenz	Zustimmung	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	8 ~ 42 %	5 ~ 26 %	6 ~ 32 %	19 ~ 20 %
	> 60 <= 100 Stunden	13 ~ 65 %	1 ~ 5 %	6 ~ 30 %	20 ~ 21 %
	> 100 <= 135 Stunden	12 ~ 67 %	2 ~ 11 %	4 ~ 20 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	12 ~ 71 %	3 ~ 17 %	2 ~ 12 %	17 ~ 19 %
	> 206 Stunden	14 ~ 78 %	2 ~ 11 %	2 ~ 11 %	18 ~ 20 %
Gesamt		59 ~ 64 %	13 ~ 14 %	20 ~ 22 %	92 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = -,307; näherungsweise Signifikanz = ,017

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen hinderlichem Ressourcenmangel und der Größe des Einzugsgebiets ist die Antwortstruktur ähnlich.

Dimension IV: Unsicherheit bei der Ein- und Durchführung von Qualitätssicherung

Auch zwischen der Unsicherheit bei der Auswahl und Durchführung von Qualitätssicherung und der Kapazität sind Zusammenhänge zu beobachten. Je mehr Arbeitsstunden einer Einrichtung zur Verfügung stehen, desto eher wird Unsicherheit verneint (vgl. Tabelle 64).

Tabelle 64: Beziehungen der Strukturvariable Gesamtarbeitszeit zur Dimension IV: Unsicherheit bei der Qualitätssicherung

Kreuztabelle

Anzahl

		Dimension Unsicherheit bei QS			Gesamt
		Ablehnung	Indifferenz	Zustimmung	
Kapazität 20er Perz.	<= 60 Stunden	5 ~ 28 %	7 ~ 39 %	6 ~ 33 %	18 ~ 20 %
	> 60 <= 100 Stunden	8 ~ 40 %	6 ~ 30 %	6 ~ 30 %	20 ~ 21 %
	> 100 <= 135 Stunden	7 ~ 39 %	7 ~ 39 %	4 ~ 22 %	18 ~ 20 %
	> 135 <= 206 Stunden	9 ~ 53 %	5 ~ 29 %	3 ~ 18 %	17 ~ 19 %
	> 206 Stunden	10 ~ 56 %	1 ~ 5 %	7 ~ 39 %	18 ~ 20 %
Gesamt		39 ~ 42 %	26 ~ 29 %	26 ~ 29 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

In jeder der Einzugsgebiet-Kategorien gibt etwa ein Drittel bis ein Viertel der Projekte an, unsicher im Umgang mit Qualitätssicherung zu sein. Liegen Projekte in einem Ballungsraum, so signalisieren aber über 60 % Sicherheit bei der Qualitätssicherung (vgl. Tabelle 65).

Tabelle 65: Beziehungen der Strukturvariable Einzugsgebiet zur Dimension IV: Unsicherheit bei der Qualitätssicherung

Kreuztabelle

Anzahl

		Dimension Unsicherheit bei QS			Gesamt
		Ablehnung	Indifferenz	Zustimmung	
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung	bis 20.000	1	0	1	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	9 ~ 36 %	9 ~ 36 %	7 ~ 28 %	25 ~ 28 %
	100.000 - 500.000	17 ~ 43 %	13 ~ 32 %	10 ~ 25 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	4 ~ 36 %	3 ~ 18 %	4 ~ 36 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	8 ~ 62 %	1 ~ 7 %	4 ~ 31 %	13 ~ 14 %
Gesamt		39 ~ 42 %	26 ~ 29 %	26 ~ 29 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

6.11 Kenntnisse, Umsetzungstand und Unterstützungsbedarf bei partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung

Mehr als der Hälfte der Einrichtungen (54 %) sind partizipatorische Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung bekannt, knapp ein Viertel kennt solche Ansätze nicht und etwa 22 % der Mitarbeiter sind sich nicht sicher, was partizipatorische Qualitätssicherung bedeutet (vgl. Tabelle 66).

Tabelle 66: Kenntnisse zu partizipatorischen Verfahren
Schon mal vom partizipat. Vorgehen in Ev + QS gehört?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	22	23,9	23,9	23,9
	bin mir nicht sicher	20	21,7	21,7	45,7
	Ja	50	54,3	54,3	100,0
	Gesamt	92	100,0	100,0	

Referierte Ergebnisse grau unterlegt
Fehlende Werte mit 9999 kodiert

Die gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter an der Evaluation und Qualitätssicherung als partizipatorischer Ansatz ist knapp 88 % der Aids-Hilfen „sehr wichtig“ und immerhin 11 % „mäßig wichtig“. Nur für 1 % hat dies keine Bedeutung (s. Tabelle 67). Hierzu muss angemerkt werden, dass einige Einrichtungen nur von einer Person betrieben werden und sich die Frage nach Gleichberechtigung der Mitarbeiter nicht stellt.

Tabelle 67: Bedeutung von gleichberechtigter Beteiligung
Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter an Ev + QS ist für mich

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht wichtig	1	1,1	1,1	1,1
	weniger wichtig	10	10,9	11,0	12,1
	sehr wichtig	80	87,0	87,9	100,0
	Gesamt	91	98,9	100,0	
Fehlend	9999	1	1,1		
Gesamt		92	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt
Fehlende Werte mit 9999 kodiert

Über ein Fünftel der Aids-Hilfen hat die gleichberechtigte Beteiligung der Mitarbeiter bereits umgesetzt und mehr als die Hälfte geben an, sie in Ansätzen zu realisieren. Dem steht knapp ein Viertel der Projekte gegenüber, die partizipatorische Qualitätssicherung nicht oder noch nicht realisiert haben, wie folgende Tabelle illustriert.

Tabelle 68: Einsatz partizipatorischer Methoden in Evaluation und Qualitätssicherung
Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter an Ev + QS ist bei mir in der Einrichtung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht realisierbar	5	5,4	5,5	5,5
	noch nicht realisiert	17	18,5	18,7	24,2
	in Ansätzen realisiert	49	53,3	53,8	78,0
	eingeführt und realisiert	20	21,7	22,0	100,0
	Gesamt	91	98,9	100,0	
Fehlend	9999	1	1,1		
Gesamt		92	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt
Fehlende Werte mit 9999 kodiert

Nur wenig Aids-Hilfen (9 %) haben Erfahrung in gleichberechtigter Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen. 58 % fehlt sie gänzlich, immerhin ein Drittel verfügt ansatzweise darüber (vgl. Tabelle 69).

Tabelle 69: Erfahrung mit gleichberechtigter Kooperation mit Forschungseinrichtungen

Ich habe Erfahrung mit gleichberechtigtem Austausch zwischen unserer Einrichtung und Forschungseinrichtungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	53	57,6	58,2	58,2
	in Ansätzen	30	32,6	33,0	91,2
	Ja	8	8,7	8,8	100,0
	Gesamt	91	98,9	100,0	
Fehlend	9999	1	1,1		
Gesamt		92	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Fehlende Werte mit 9999 kodiert

Obwohl etwa jedes zweite Projekt zumindest im Ansatz partizipatorisch arbeitet, geben 58 % der Befragten zusätzlichen Bedarf an Fortbildung zu diesem Themenkomplex an. Nur 5 % sprechen sich dagegen aus.

Tabelle 70: Bedarf nach Fortbildung zu partizipatorischen Verfahren

Ich wünsche systematische Weiterbildung zu partizipatorischen Vorgehensweisen bei der Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	5	5,4	5,5	5,5
	nicht unbedingt notwendig	33	35,9	36,3	41,8
	Ja	53	57,6	58,2	100,0
	Gesamt	91	98,9	100,0	
Fehlend	9999	1	1,1		
Gesamt		92	100,0		

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Fehlende Werte mit 9999 kodiert

6.12 Wechselwirkungen von strukturellen Bedingungen mit Kenntnissen und Weiterbildungsbedarf zu partizipatorischen Ansätzen

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen strukturellen Bedingungen und den Kenntnissen, der Umsetzung und dem Fortbildungsbedarf im Hinblick auf partizipatorische Methoden zu identifizieren, sind Kreuztabellen erzeugt und mit dem Assoziationsmaß Gamma auf Signifikanz geprüft worden. Es werden nur statistisch bedeutsame Zusammenhänge dargestellt. Gamma ist mit der jeweiligen näherungsweise Signifikanz angegeben. Als strukturelle Bedingungen sind die Kapazität der Einrichtungen in Arbeitsstunden, der prozentuale Anteil der geleisteten Primärprävention an der Gesamtarbeitszeit sowie die Größe des Einzugsgebiets in die Analysen eingegangen.

Zwischen der Kapazität einer Einrichtung und den Kenntnissen über partizipative Ansätze lassen sich Zusammenhänge feststellen. Je größer eine Einrichtung ist, desto eher haben die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung

gehört. Das ist jedoch nur ein Trend und statistisch nicht signifikant. Auf eine tabellarische Darstellung wurde deshalb verzichtet.

Zwischen dem Anteil der primärpräventiven Arbeit an der Gesamtkapazität und dem Wissen über partizipatorische Ansätze gibt es eine statistisch bedeutsame Wechselbeziehung. Je geringer der Anteil primärpräventiver Tätigkeit in einer Einrichtung ist, desto seltener kennen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen partizipatorische Verfahren (vgl. Tabelle 71).

Tabelle 71: Beziehungen der Strukturvariable Anteil primärpräventiver Arbeitszeit zu Kenntnissen partizipatorischer Verfahren

Kreuztabelle

Anzahl

		Schon mal vom partizipat. Vorgehen in Ev + QS gehört?			Gesamt
		nein	bin mir nicht sicher	ja	
Prozentualer Anteil Primärprävention 20er Perzentile	0-20 %	7 ~ 36 %	6 ~ 32 %	6 ~ 32 %	19 ~ 21 %
	> 20 - 40 %	6 ~ 19 %	8 ~ 26 %	17 ~ 55 %	31 ~ 34 %
	> 40 - 60 %	7 ~ 33 %	2 ~ 10 %	12 ~ 57 %	21 ~ 23 %
	> 60 - 80 %	1 ~ 11 %	3 ~ 25 %	7 ~ 64 %	11 ~ 12 %
	> 80 %	1 ~ 10 %	1 ~ 10 %	8 ~ 80 %	10 ~ 10 %
Gesamt		22 ~ 24 %	20 ~ 22 %	50 ~ 54 %	92 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,303; näherungsweise Signifikanz = ,014

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Ganz ähnlich ist die Beziehung zwischen der Größe des Einzugsgebiets und dem Kenntnisstand zu partizipatorischen Verfahren. Bis auf wenige Ausnahmen gilt: Je größer das Einzugsgebiet, für das eine Aids-Hilfe Primärprävention durchführt, desto eher haben die Mitarbeiter auch Kenntnis von Methoden partizipatorischer Qualitätssicherung, wie folgende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 72: Beziehungen der Strukturvariable Größe des Einzugsgebiets zu Kenntnissen partizipatorischer Verfahren

Kreuztabelle

Anzahl

		Schon mal vom partizipat. Vorgehen in Ev + QS gehört?			Gesamt
		Nein	bin mir nicht sicher	ja	
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung	bis 20.000	1	1	0	2 ~ 2 %
	20.000 - 100.000	7 ~ 27 %	7 ~ 27 %	12 ~ 46 %	26 ~ 28 %
	100.000 - 500.000	11 ~ 27,5 %	9 ~ 22,5 %	20 ~ 50 %	40 ~ 44 %
	500.000 - 1 Mio.	1 ~ 9 %	1 ~ 9 %	9 ~ 82 %	11 ~ 12 %
	über 1 Mio.	2 ~ 15 %	2 ~ 15 %	9 ~ 70 %	13 ~ 14 %
Gesamt		22 ~ 24 %	20 ~ 22 %	50 ~ 54 %	92 ~ 100 %

Prozentwerte teilweise gerundet

Gamma = ,302; näherungsweise Signifikanz = ,025

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Nur für die Größe des Einzugsgebiets zeigt sich eine signifikante Assoziation (.004) mit der Verwirklichung eines partizipatorischen Ansatzes. Von den Einrichtungen in Ballungsräumen (> 1 Mio. Einwohner) haben über die Hälfte aller Projekte partizipatorische Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung eingeführt und realisiert. Weitere 38 % dieser Gruppe ha-

ben sie in Ansätzen eingeführt. Addiert man den Prozentsatz, der partizipatorische Methoden umgesetzt hat, und den, der sie in Ansätzen eingeführt hat, so ergeben sich steigende Prozente proportional zur Größe des Einzugsgebiets (60 % /bis 100.000 Einwohner, dann 78 %/ 100.000 - 500.000 Einwohner, 91 %/500.000 - 1 Mio. Einwohner und 92 %/über 1 Mio. Einwohner). Das heißt, Einrichtungen, die Ballungsräume bedienen, haben partizipatorische Ansätze überwiegend, zumindest in Ansätzen eingeführt. Auf Aids-Hilfen aus kleineren Gebieten trifft dies weniger zu (s. Tabelle 73).

Tabelle 73: Beziehungen der Strukturvariable Einzugsgebiet zur Verwirklichung partizipatorischer Vorgehensweisen in Evaluation und Qualitätssicherung

Kreuztabelle

Anzahl

Einwohnerzahl des Ortes	nicht realisierbar	noch nicht Realisiert	in Ansätzen realisiert	eingeführt und realisiert	Gesamt
bis 20.000	0	1	0	1	2 ~ 2 %
20.000 - 100.000	4 ~ 16 %	6 ~ 24 %	12 ~ 48 %	3 ~ 12 %	25 ~ 27 %
100.000 - 500.000	1 ~ 2 %	8 ~ 20 %	23 ~ 58 %	8 ~ 20 %	40 ~ 44 %
500.000 – 1 Mio.	0	1 ~ 9 %	9 ~ 82 %	1 ~ 9 %	11 ~ 12 %
über 1 Mio.	0	1 ~ 8 %	5 ~ 38 %	7 ~ 54 %	13 ~ 15 %
Gesamt/prozentualer Anteil an allen Fällen	5 ~ 5 %	17 ~ 19 %	49 ~ 54 %	20 ~ 22 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Assoziationsmaß Gamma = .405, Signifikanz = .004

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Unabhängig von strukturellen Bedingungen wird gleichberechtigte Zusammenarbeit vom Gros der Beratungsstellen als sehr wichtig eingeschätzt. Die Realisierung partizipatorischer Vorgehensweisen scheidet nur in kleinen Einrichtungen, die über maximal 1,5 Stellen verfügen. Sie geben als Einzige an, dass gleichberechtigte Zusammenarbeit nicht realisierbar ist; dreimal so viele von ihnen, verglichen mit den größten Beratungsstellen, geben sie als noch nicht realisiert an. Hierzu muss allerdings angemerkt werden, dass von 19 Einrichtungen vier über weniger als eine halbe Stelle verfügen. Sofern diese wenigen Stunden von einer einzelnen Person als Projektbetreiber besetzt sind, ist keine Gelegenheit für einen gleichberechtigten Austausch vorhanden.

Nur wenige Projekte haben Erfahrung im gleichberechtigten Austausch mit Forschungseinrichtungen. Im besonderen Maße trifft es aber auf kleine Einrichtungen zu. 79 % haben hier überhaupt keine Erfahrung, 16 % ein wenig und nur 5 % haben bereits mit wissenschaftlichen Institutionen kooperiert (vgl. unten stehende Tabelle).

Tabelle 74: Beziehungen der Strukturvariable Gesamtarbeitszeit zur Erfahrung mit Kooperation mit Einrichtungen

Kreuztabelle

Anzahl

	Ich habe Erfahrung mit gleichberechtigtem Austausch zwischen unserer Einrichtung und Forschungseinrichtungen bezügl. Ev + QS			Gesamt
	Nein	Ansätze	ja	
Kapazität 20er Perz.				
<= 60 Stunden	15 ~ 79 %	3 ~ 16 %	1 ~ 5 %	19 ~ 20 %
> 60 <= 100 Stunden	11 ~ 55 %	8 ~ 40 %	1 ~ 5 %	20 ~ 21 %
> 100 <= 135 Stunden	11 ~ 61 %	6 ~ 33 %	1 ~ 6 %	18 ~ 20 %
> 135 <= 206 Stunden	9 ~ 56 %	4 ~ 25 %	3 ~ 19 %	16 ~ 18 %
> 206 Stunden	7 ~ 39 %	9 ~ 50 %	2 ~ 11 %	18 ~ 20 %
Gesamt	53 ~ 58 %	30 ~ 33 %	8 ~ 9 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,299; näherungsweise Signifikanz = ,020

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Der Bedarf nach systematischer Weiterbildung zu partizipatorischen Verfahren, den mehr als 58 % aller Einrichtungen anmelden, scheint in keiner Verbindung zu strukturellen Bedingungen zu stehen.

6.13 Zusammenhang zwischen Einstellungen und Kenntnissen sowie Weiterbildungsbedarf zu partizipatorischen Ansätzen

Nachfolgend werden ausgewählte Zusammenhänge zwischen Einstellungsdimensionen und den Kenntnissen und dem Bedarf zu Verfahren partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention dargestellt. Statistisch bedeutsame Zusammenhänge sind über das Assoziationsmaß Gamma für ordinalskalierte Daten und die näherungsweise Signifikanz angegeben. Trends sind ohne diese Angabe erläutert.

Einstellungsdimension I: Qualitätssicherung als Ressource

Zwischen der ersten Einstellungsdimension und der Verwirklichung partizipatorischer Verfahren lassen sich bei der Prüfung mit dem Assoziationskoeffizienten Gamma signifikante Zusammenhänge ermitteln.

Alle Einrichtungen, die Qualitätssicherung als Ressource verstehen (87 %), haben zu einem großen Teil (80 %), zumindest ansatzweise, partizipatorische Verfahren in ihrer Arbeit verwirklicht, wie Tabelle 75 verdeutlicht.

Tabelle 75: Beziehungen der Dimension I: Qualitätssicherung als Ressource zur Verwirklichung von Partizipation

Kreuztabelle

		Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter an Ev + QS ist bei mir in der Einrichtung				Gesamt
		nicht realisierbar	noch nicht realisiert	in Ansätzen realisiert	eingeführt und realisiert	
Dimension QS als Ressource	Ablehnung	1 ~ 14 %	2 ~ 29 %	4 ~ 57 %	0	7 ~ 8 %
	Indifferenz	1 ~ 20 %	2 ~ 40 %	2 ~ 40 %	0	5 ~ 5 %
	Zustimmung	3 ~ 4 %	13 ~ 16 %	43 ~ 55 %	20 ~ 25 %	79~87 %
Gesamt		5 ~ 5 %	17 ~ 19 %	49 ~ 54 %	20 ~ 22 %	91~100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = ,627; näherungsweise Signifikanz = ,007

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Einstellungsdimension II: Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung

Die Einstellung, Qualitätssicherung ist eine Mehrbelastung, ist am aussagekräftigsten mit dem geäußerten Fortbildungsbedarf assoziiert. Je weniger Qualitätssicherung als zusätzliche Belastung erlebt wird, desto mehr äußern die Einrichtungen Bedarf zur systematischen Fortbildung in partizipatorischen Verfahren (s. Tabelle 76).

Tabelle 76: Beziehungen der Dimension II: Qualitätssicherung als unnötige Mehrbelastung zum Bedarf nach Weiterbildung zu Partizipation

Kreuztabelle

Anzahl

		Bedarf n. systematischer Weiterbildung zu partizipat. Vorgehensweisen			Gesamt
		nein	nicht unbedingt	ja	
Dimension QS als unnötige Mehrbelastung	Ablehnung	3 ~ 5 %	15 ~ 27 %	38 ~ 68 %	56 ~ 62 %
	Indifferenz	1 ~ 8 %	6 ~ 46 %	6 ~ 46 %	13 ~ 14 %
	Zustimmung	1 ~ 5 %	12 ~ 57 %	8 ~ 38 %	21 ~ 24 %
Gesamt		5 ~ 5 %	33 ~ 37 %	52 ~ 58 %	90 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = -,401; näherungsweise Signifikanz = ,017
 Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Einstellungsdimension III: Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen

Kenntnisse zu partizipatorischen Verfahren stehen im Zusammenhang mit der Einstellung, dass Qualitätssicherung an mangelnden Ressourcen scheitert. Von den Einrichtungen, die keine Einschränkungen der Qualitätssicherung durch Ressourcenverknappung erleben, kennen 63 % partizipatorische Ansätze (vgl. Tabelle 77).

Tabelle 77: Beziehungen der Dimension III: Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen zu Kenntnissen zu Partizipation

Kreuztabelle

Anzahl

		Schon mal vom partizipat. Vorgehen in Ev + QS gehört?			Gesamt
		Nein	bin mir nicht sicher	ja	
Dimension QS scheitert an knappen Ressourcen	Ablehnung	10 ~ 17 %	12 ~ 20 %	37 ~ 63 %	59 ~ 64 %
	Indifferenz	4 ~ 31 %	4 ~ 31 %	5 ~ 38 %	13 ~ 14 %
	Zustimmung	8 ~ 40 %	4 ~ 20 %	8 ~ 40 %	20 ~ 22 %
Gesamt		22 ~ 24 %	20 ~ 22 %	50 ~ 54 %	92 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = -,373; näherungsweise Signifikanz = ,022
 Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Ein ähnliches Muster findet sich zwischen der Umsetzung partizipatorischer Verfahren in den Einrichtungen und der Einstellungsdimension III. Je weniger die Einschätzung geteilt wird, dass Qualitätssicherung an zu knappen Ressourcen scheitert, desto eher ist Partizipation eingeführt und realisiert.

Tabelle 78: Beziehungen der Dimension III: Qualitätssicherung scheitert an knappen Ressourcen zur Verwirklichung von Partizipation

Kreuztabelle

Anzahl

		Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter an Ev + QS ist bei mir in der Einrichtung				Gesamt
		nicht realisierbar	noch nicht realisiert	in Ansätzen realisiert	eingeführt und realisiert	
Dimension QS scheitert an knappen Ressourcen	Ablehnung	0	9 ~ 15 %	32 ~ 54 %	18 ~ 31 %	59 ~ 65 %
	Indifferenz	2 ~ 15 %	3 ~ 23 %	7 ~ 54 %	1 ~ 8 %	13 ~ 14 %
	Zustimmung	3 ~ 16 %	5 ~ 26 %	10 ~ 53 %	1 ~ 5 %	19 ~ 21 %
Gesamt		5 ~ 5 %	17 ~ 19 %	49 ~ 54 %	20 ~ 22 %	91 ~ 100 %

Prozentwerte gerundet Gamma = -,559; näherungsweise Signifikanz = ,000
 Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Einstellungsdimension IV: Unsicherheit bei der Qualitätssicherung

Unsicherheit bei Auswahl und Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen ist mit der Realisierung partizipatorischer Ansätze verknüpft. Je sicherer sich eine Einrichtung im qualitätssichernden Prozess bewegt, desto eher sind auch partizipatorische Aspekte der Evaluation und Qualitätssicherung, wenigstens in Ansätzen, eingeführt. In allen Gruppen hat ein beachtlicher Anteil der Einrichtungen Partizipation teilweise oder vollkommen bei der Evaluation und Qualitätssicherung eingeführt. In der ‚unsicheren‘ Gruppe sind es 61 %, gefolgt von 73 % in der ‚indifferenten‘ Gruppe, und in der Gruppe, die sich ‚sicher‘ fühlt, sind es sogar 90 % (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 79: Beziehungen der Dimension IV: Unsicherheit bei der Qualitätssicherung zur Verwirklichung von Partizipation

Kreuztabelle

Anzahl

		Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter an Ev + QS ist bei mir in der Einrichtung				Gesamt
		nicht realisierbar	noch nicht realisiert	in Ansätzen realisiert	eingeführt und realisiert	
Dimension Unsicherheit bei QS	Ablehnung	1 ~ 2 %	3 ~ 8 %	22 ~ 58 %	12 ~ 32 %	38 ~ 42 %
	Indifferenz	1 ~ 4 %	6 ~ 23 %	16 ~ 61,5 %	3 ~ 11,5 %	26 ~ 29 %
	Zustimmung	2 ~ 8 %	8 ~ 31 %	11 ~ 42 %	5 ~ 19 %	26 ~ 29 %
Gesamt		4 ~ 4 %	17 ~ 19 %	49 ~ 55 %	20 ~ 22 %	90~100 %

Prozentwerte gerundet

Gamma = -,368; näherungsweise Signifikanz = ,011

Referierte Ergebnisse grau unterlegt

7. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zu Evaluation und Qualitätssicherung zusammengefasst, interpretiert und im Licht der zentralen Befunde der Literaturanalyse diskutiert. Die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen verstehen sich als Empfehlungen an die Deutsche AIDS-Hilfe, die Projekte in ihrem Dachverband, die Zuwendungsgeber und die politischen Entscheidungsträger. Sie richten sich an alle Akteure, die nach partizipatorischen Prämissen an qualitätssichernden Prozessen beteiligt sind. Die Beurteilung der eingesetzten Methodik und ein Ausblick beschließen dieses Diskussionspapier.

7.1 Reflexion über die Ziele der Untersuchung

Bevor die Ergebnisse der Studie zusammengefasst werden, sollen die Hauptanliegen reflektiert werden, die diesem Kapitel ihre Struktur geben.

Im Bereich der Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention gibt es kaum klar definierte Theorien und Methoden, die partizipatorische Gesichtspunkte und die immense Vielfalt der Zielgruppen der Interventionen ausreichend berücksichtigen, um die Ergebnisse und Auswirkungen von Interventionen auszuwerten. Es müssen angemessene Evaluationsverfahren entwickelt werden, die sowohl für die Seite der Zuwendungsgeber als auch für die Seite der Praktiker relevant und handhabbar sind. Verfahren, die von außen an Projekte herangetragen werden und nicht auf die jeweilige Einrichtung zugeschnitten sind, wie es die gängige Praxis ist, gehen häufig an den Bedürfnissen der Praxis vorbei. Entsprechend werden ihre Ergebnisse nur unzureichend in der Qualitätsverbesserung umgesetzt. Auf der

13. Internationalen Aids-Konferenz in Durban hat Dowsett deswegen gefordert, die Nichtregierungsorganisationen (NRO) von Anfang an in die Konzeption und Durchführung der evaluativen Forschung mit einzubeziehen. Dann könnten sowohl die Forschungsfragen als auch die daraus resultierenden Methoden und Ergebnisse einen direkten Gewinn für die Projekte bringen (vgl. Wright 2001).

Diese Problematik ist schon längere Zeit bekannt. Die DAH stieß die Initiierung des kooperativen Forschungsprojekts an, aus dem dieses Diskussionspapier die ausführliche Darstellung des quantitativen Teils ist. Zunächst war es notwendig zu dokumentieren, was in den Mitgliedsorganisationen an Evaluation und qualitätssichernden Prozessen bereits verwirklicht wird. Die Entwicklung von Instrumenten der partizipatorischen Evaluation und Qualitätssicherung soll auf ein solides Fundament aus Erfahrungen und Bedarf in den Aids-Hilfen gestellt werden. Um den derzeitigen Stand der Evaluation und Qualitätssicherung zu erfassen, wurde einerseits eine Totalerhebung aller Mitgliedsorganisationen der DAH mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Andererseits schufen Projektbesuche von Wright und Block bei 12 Aids-Hilfe-Organisationen, die so ausgewählt wurden, dass sie die Vielfalt der primärpräventiven Arbeit abbilden, eine Datenbasis (vgl. Wright, Block 2005).

Der Fragebogen wurde über zwei unterschiedliche Zugangswege entwickelt. Zum einen wurde die relevante Literatur zu Konzepten und Aktivitäten zur Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention in der Gesundheitsförderung analysiert. Besondere Aufmerksamkeit wurde dabei partizipatorischen Ansätzen zuteil. Zum anderen wurden Frageinhalte mit den Mitarbeitern des Ressorts Qualitätsentwicklung der DAH abgestimmt und zum Teil ergänzt. Die Inhalte und die Wortwahl sollten, vor allem bei den Fragen zu Einstellungen, möglichst praxisnah sein, um für die Mitgliedsorganisationen repräsentative Antworten zu erhalten.

Im Folgenden werden die Ziele der Arbeit noch einmal zusammengefasst:

- Es sollte eine Bestandsaufnahme zu Erfahrungen mit Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV/Aids-Primärprävention aller deutschen Aids-Hilfen im Dachverband der DAH gemacht werden, inklusive der Erfassung von Kenntnissen zu Methoden partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung.
- Der Unterstützungsbedarf beim Aufbau von Evaluation und Qualitätssicherung sollte ermittelt werden.
- Die Einstellungen der Aids-Organisationen zur Qualitätssicherung sollten transparent gemacht werden

Um Empfehlungen für die zukünftige Arbeit formulieren zu können, wurden auch fördernde und hemmende Bedingungen für die Entwicklung und Durchführung qualitätssichernder Prozesse zusammengefasst. Relevante strukturelle Rahmenbedingungen und vorgefundene Einstellungen bilden die Basis hierfür.

- Fördernde und hemmende Bedingungen, die Aktivitäten und Bedarf qualitätssichernder Prozesse und Evaluation moderieren, sollten charakterisiert werden.

Eine nicht unerhebliche Rolle spielte hierbei die Bestandsaufnahme zu *partizipatorischen Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung*, denn das Projekt, in dem die vorliegende Arbeit entstand, und das intendierte Folgeprojekt sind diesem Ansatz verpflichtet. Die kon-

zeptionelle Entwicklung der aus diesem Projekt hervorgehenden Fragestellungen verlangt eine solide Datenbasis zu den Kenntnissen und der aktuellen Situation partizipatorischer Methoden in den Projekten, um dem Bedarf der Adressaten gerecht zu werden.

7.2 Erfahrungen in deutschen Aids-Organisationen mit Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention

Der Datensatz, der den im Folgenden zusammengefassten und interpretierten Ergebnissen zugrunde liegt, wurde mit einem Fragebogen zu Erfahrungen mit Evaluation und Qualitätssicherung in deutschen Aids-Hilfen erhoben. Alle 119 Einrichtungen des Dachverbandes wurden erreicht. Die Rücklaufquote des Bogens ist mit 89 % einzigartig in der Geschichte der Deutschen AIDS-Hilfe.

Von 116 Einrichtungen ist – zum Teil durch telefonische Nachfrage – bekannt, ob sie HIV/Aids-Primärprävention durchführen oder nicht. Die Quote der Primärprävention liegt aktuell bei 93 % und retrospektiv bei 94 %. Sie ist also weitgehend stabil geblieben.

Von 106 Aids-Hilfen liegen Fragebögen vor. Bei ihnen liegt der Anteil an Primärprävention mit 96 % für aktuelle und 97 % für retrospektive Aktivitäten etwas höher als in der Gesamtstichprobe von 119 Einrichtungen.

Fazit: Die große Resonanz auf den Fragebogen spiegelt die aktuelle Relevanz des Themas für die Aids-Hilfen wider. Fast alle Mitgliedsorganisationen im Dachverband der Deutschen AIDS-Hilfe betreiben Primärprävention. Es war im Vorfeld der Untersuchung vermutet worden, dass die primärpräventiven Angebote aufgrund schwindender Ressourcen eingeschränkt werden mussten. Dem war offenbar nicht so, denn die aktuellen und die retrospektiven Aktivitäten sind in etwa gleich. Das kann bedeuten, dass primärpräventive Arbeit auf Kosten anderer Bereiche geleistet wird. Das wurde auch von einigen Aids-Hilfe-Organisationen während der Nachfassaktion bestätigt. Sie führen, wie sie sagten, wegen des Bedarfs Primärprävention durch, obwohl sie in den Mittelzuweisungen nicht explizit enthalten ist. Auch mussten aufgrund von Ressourcenreduktion die Zielgruppen eingeschränkt werden. Die Bejahung der Durchführung von Primärprävention sagt leider nichts über ihr tatsächliches Ausmaß und das Spektrum der Interventionen und Zielgruppen aus. Eine genauere Erhebung zur Zusammensetzung der Ressourcen wäre wünschenswert, um detailliertere Aussagen zu ihrem tatsächlichen Schwund oder Zuwachs zu machen. Dem wäre in einer weiteren Untersuchung nachzugehen.

Die Modalitäten der Bedarfsklärung, der Einsatz von Leitlinien, praxisbegleitende Maßnahmen und das Vorgehen bei der Dokumentation und Ergebnismessung sind im Fragebogen differenziert erfasst worden.

Die Umfrageergebnisse spiegeln den Einsatz aller gängigen Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung in allen Mitgliedsorganisationen der DAH wider. Der überwiegende Teil der Maßnahmen wird von jeweils 80 % der Einrichtungen genutzt. Einige wenige werden in geringerem Umfang eingesetzt: Die Leitlinien fremder Anbieter nutzen nur 61 % der Projekte und von externer Supervision machen knapp 75 % Gebrauch. Wissenschaftliche Fachbegleitung findet nur in wenigen Projekten statt, 70 % der Befragten nutzen sie überhaupt nicht. Arbeitsabläufe und Prozessvereinbarungen dokumentieren drei Viertel der Einrichtungen. Alle

Einrichtungen verwenden epidemiologische Daten des RKI und nehmen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, an Fortbildungen teil.

Fazit: Es war erwartet worden, dass die Aids-Hilfen viel Engagement bei der Evaluation und Qualitätssicherung zeigen. Diese Erwartung hat sich bestätigt: Alle probaten Verfahren, mit Ausnahme der wissenschaftlichen Fachbegleitung, werden in großem Umfang eingesetzt. Die Frage, warum eine Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen von so wenigen Aids-Hilfen wahrgenommen wird, lässt sich mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht klären. Möglicherweise bestehen einerseits nicht so viele Angebote von Universitäten und Fachhochschulen, und andererseits ist die Teilnahme an Begleitforschung für die Aids-Hilfen zwar lohnenswert, aber zeitaufwendig und nur ab einer bestimmten Größe realisierbar.

Partizipatorische Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung – Kenntnisstand und Einsatz in den Aids-Hilfen

Über die Hälfte der Aids-Hilfen kennt partizipatorische Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung. Und 87 % der Einrichtungen halten sie für sehr wichtig. Über ein Fünftel arbeitet mit partizipatorischen Methoden. In Ansätzen werden sie von weiteren 54 % realisiert. Mit gleichberechtigter Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen haben dagegen nur sehr wenige Aids-Hilfen Erfahrung.

Mehr als die Hälfte (58 %) der Projekte formuliert zusätzlichen Bedarf an Fortbildung zu diesem Themenkomplex.

Fazit: Partizipatorische Ansätze sind einer Reihe von Mitgliedsorganisationen der DAH bekannt. Einige praktizieren sie bereits. Zudem besteht Bedarf und Offenheit für Fortbildungen zu diesem Thema. Daraus lässt sich schließen, dass für partizipatorische Verfahren ein fruchtbares Klima in den Aids-Hilfen herrscht.

7.3 Bedarf der Aids-Hilfen an Unterstützung bei der Durchführung und dem Aufbau von Evaluation und Qualitätssicherung

Parallel zur Bestandsaufnahme der Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung wurde gefragt, ob es Wünsche nach Unterstützung bei der systematischen Anwendung oder beim Aufbau qualitätssichernder Maßnahmen gibt. Der geäußerte Bedarf an Unterstützung ist ausgesprochen groß, besonders für die systematische Nutzung von epidemiologischen Daten des RKI. Hier Anleitung und Begleitung zu erhalten, ist für fast alle Aids-Hilfen wichtig. Auch für die anderen Maßnahmen der Bedarfsklärung bzw. die Anwendung von Leitlinien wird von den meisten Einrichtungen Unterstützung gewünscht. Auch für Maßnahmen der Praxisbegleitung, der Dokumentation und der Ergebnismessung wird von drei Viertel der Projekte der Wunsch nach Begleitung geäußert. Nur beim Einsatz von Leitlinien fremder Anbieter melden nur etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen Unterstützungsbedarf an.

Fazit: Obwohl die große Mehrheit aller Mitgliedsorganisationen die gängigen Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssicherung einsetzt, besteht ein großer Bedarf an Unterstützung zu ihrem fachgerechten Einsatz bzw. weiteren Aufbau. Offenbar ist es den Aids-Hilfen ein Bedürfnis, die bereits durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen durch fachliche Begleitung und Fortbildungen weiterzuentwickeln.

7.4 Einstellungen zur Qualitätssicherung

Die Mehrzahl der Aids-Hilfen begreift Qualitätssicherung als Ressource für die eigene Arbeit. Dass Qualitätssicherung eine unnötige Mehrbelastung darstellt, empfinden knapp ein Viertel der Einrichtungen, mehr als die Hälfte allerdings nicht. Knapp ein Drittel der Aids-Hilfen gibt an, dass steigende Arbeitsbelastung oder mangelnde finanzielle Ressourcen die Verwirklichung von Qualitätssicherung hemmen bzw. verhindern. Zu den Äußerungen, die Sicherheit oder Unsicherheit bei der Auswahl und im Umgang mit qualitätssichernden Maßnahmen thematisieren, geben je nach Frage 43 % bis knapp die Hälfte aller Projekte an, nicht unsicher zu sein. Etwa ein Drittel bis ein Viertel äußert Unsicherheit.

Fazit: In den Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe herrscht ein positives Klima für Qualitätssicherung. Dass Äußerungen, die Mehrbelastung und knappe Ressourcen als hemmende Bedingungen von Qualitätssicherung thematisieren, von mindestens einem Drittel der Einrichtungen bejaht werden, kann als deutlicher Hinweis auf die realen Bedingungen für qualitätssichernde Prozesse verstanden werden. Einstellungen, die geteilt werden, dürfen jedoch nicht mit der Realität in den Projekten verwechselt bzw. gleichgesetzt werden. Die Einstellung zu teilen, dass Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert, bedeutet nicht, dass die jeweilige Einrichtung auch davon betroffen ist. Es ist zwar wahrscheinlich, dass die Einstellung den erlebten Ist-Zustand widerspiegelt, aber nicht zwingend.

Wechselwirkungen zwischen Einstellungen der Mitarbeiter und strukturellen Rahmenbedingungen

Eine positive Einstellung zu Qualitätssicherung, sie als Ressource zu verstehen, ist bei fast allen Einrichtungen vorhanden, unabhängig von der Kapazität, der anteiligen Arbeitszeit für Primärprävention oder der Größe des Einzugsgebiets. Auch die Notwendigkeit von Qualitätssicherung wird von einem Großteil der Einrichtungen anerkannt und die daraus entstehende Mehrarbeit akzeptiert, unabhängig von strukturellen Bedingungen.

Ganz anders fallen dagegen die Antworten aus, wenn es um Einstellungen geht, die Verwirklichung von Qualitätssicherung zum Inhalt haben. Hier gibt es deutliche Zusammenhänge mit der Kapazität der Einrichtungen und der Größe des Einzugsgebiets. Je weniger Stundenkapazität einer Einrichtung zur Verfügung steht, desto eher wird bejaht, dass die Verwirklichung von Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert. Und je größer das Einzugsgebiet der Einrichtung ist, desto eher spricht man sich dagegen aus, dass fehlende Ressourcen die Qualitätssicherung behindern.

Auch wenn Qualitätssicherung in der Praxis bereits vielfach angewendet wird, bilden die Einstellungsäußerungen Unsicherheit bei der Auswahl der Instrumente und der Durchführung der Maßnahmen ab. Einrichtungen mit viel Kapazität zeigen sich dabei weniger unsicher. Vor allem die Lage in einem Ballungsraum macht sich bemerkbar. Hier geben die meisten Projekte an, nicht unsicher zu sein.

Fazit: Vorsichtig interpretiert heißt dies, dass die Akteure in den Projekten Qualitätssicherung positiv bewerten. Sie nehmen, zumindest auf der Einstellungsebene, Mehrarbeit in Kauf. Je weniger Stellen- bzw. Arbeitsstunden eine Einrichtung zur Verfügung hat, desto eher hemmen fehlende Ressourcen die Qualitätssicherung; auch sind Beratungsstellen aus größeren Gebieten offenbar weniger unsicher bei der Auswahl und Durchführung.

7.5 Fördernde und hemmende Bedingungen beim Einsatz und Unterstützungsbedarf zu evaluativen und qualitätssichernden Maßnahmen

Die Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen der Durchführung von Evaluation und Qualitätssicherung und dem formulierten Unterstützungsbedarf auf der einen Seite und den strukturellen Ressourcen auf der anderen Seite nehmen den größten Raum an der Auswertung ein. Weiterhin wird geprüft inwieweit Einstellungen mit dem Einsatz von Qualitätssicherung und dem Bedarf an Unterstützung korrespondieren.

Strukturelle Rahmenbedingungen der HIV/Aids-Primärprävention

Die strukturellen Bedingungen wurden über die Angaben zur Kapazität in Stunden, sowohl für die gesamte Einrichtung als auch gesondert für die Primärprävention, und die Größe des Einzugsgebiets erfasst.

HIV/Aids-Primärprävention wird unter sehr unterschiedlichen strukturellen Bedingungen durchgeführt. Es gibt sowohl Projekte, denen wöchentlich gerade mal vier Stunden zur Verfügung stehen als auch eine Einrichtung, die über 1190 Wochenstunden, verteilt auf 30 Stellen, verfügt. Ein derart großes Stundenkontingent ist jedoch eher die Ausnahme als die Regel: Drei Viertel der Institutionen geben 195 Stunden oder weniger an, das entspricht knapp fünf Vollzeitstellen. Die Hälfte der Einrichtungen hat eine Kapazität von 2,8 oder weniger Stellen. Auch bei der Kapazität für Primärprävention gibt es große Unterschiede. Sie reicht von einer halben Stunde bis zu 410 Stunden wöchentlich. Der prozentuale Anteil der für Primärprävention aufgewendeten Zeit variiert zwischen 9 % und 100 %. Die Hälfte aller Projekte verwenden bis zu 40 % ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für primärpräventive Angebote und knapp 10 % führen ausschließlich Primärprävention durch.

Nahezu die Hälfte aller Projekte liegt in Großstädten mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern und knapp 13 % in einer Metropole. Zwei Einrichtungen haben ein sehr kleines Einzugsgebiet mit weniger als 20.000 Einwohnern.

Bei den strukturellen Bedingungen bestehen Zusammenhänge zwischen der Kapazität der Einrichtungen und der Größe des Einzugsgebiets. Ein kleines Einzugsgebiet geht in der Regel auch mit einer geringeren Kapazität einher. Beratungsstellen, die große Gebiete oder Ballungszentren bedienen, verfügen meist über deutlich mehr Arbeitszeit. Die Informationen über die Kapazität können jedoch nicht die Information über das Einzugsgebiet ersetzen, denn zwei Beratungsstellen, die eine große Kapazität angeben, liegen in einer Kleinstadt, und 14 Einrichtungen mit eher geringer Stellenkapazität sind in einer Großstadt. Ob und in welchem Umfang Einrichtungen primärpräventiv arbeiten, scheint in keiner Beziehung mit der Größe des Einzugsgebiets zu stehen. Im Hinblick auf die Kapazität gibt es jedoch einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang: Je geringer die Kapazität einer Einrichtung ist, desto eher leistet sie anteilig viel oder auch ausschließlich primärpräventive Arbeit (>80 %). Auch umgekehrt lässt sich eine Beziehung feststellen: Je größer die Aids-Hilfe ist, desto geringer ist der Anteil an Primärprävention.

Fazit: Die in den Einrichtungen vorgefundenen Rahmenbedingungen für Primärprävention sind nicht unabhängig voneinander, sondern interagieren teilweise miteinander. Die Lage in einem großen Einzugsgebiet bedeutet, bis auf wenige Ausnahmen, in der Regel auch, dass der Einrichtung ein großes Stundenkontingent zur Verfügung steht. Das kann bedeuten, dass Zuwendungsgeber für größere Gebiete auch eher Projekte mit einem größeren Umfang bewilli-

gen. Ein Grund könnte die größere Brisanz der Aids-Thematik sein, denn in Ballungsräumen sind auch die Infektionsraten in der Regel höher und die Hauptbetroffenengruppen zahlenmäßig stärker vertreten.

Wechselwirkungen zwischen strukturellen Bedingungen und dem Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen

Es wurde bereits ausgeführt, dass qualitätssichernde Maßnahmen in großem Ausmaß von den Einrichtungen durchgeführt werden. Für Projekte, die sie nicht oder nur selten einsetzen, ist das größte Hemmnis für die Verwirklichung der Mangel an Ressourcen, der in der Studie in Stellenkapazität erhoben wurde. Vielfach korrespondiert ein geringerer Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen auch mit einem kleinen Einzugsgebiet. Für die einzelnen Maßnahmen bedeutet dies: Zielgruppenbefragungen werden in kleinen Gebieten etwas seltener genutzt. Je mehr Stellenkapazität eine Aids-Hilfe hat bzw. je größer ihr Einzugsgebiet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Supervision häufig, nicht nur gelegentlich genutzt wird. Auch für Falldiskussionen gilt: Je größer ein Einzugsgebiet, desto eher werden sie „häufig“ im Team abgehalten. Einrichtungen in Metropolen geben ausschließlich häufige Nutzung an. Wissenschaftliche Fachbegleitung ist insgesamt selten und umgekehrt proportional zur Kapazität der Einrichtungen und zur Größe des Einzugsgebiets. Auch die Häufigkeit der Teilnahme an Facharbeitskreisen steht in Zusammenhang mit der verfügbaren Kapazität. Je mehr Zeit vorhanden ist, desto eher nehmen die Mitarbeiter „häufig“ daran teil.

Der Umfang primärpräventiver Arbeit scheint mit der Nutzung externer Daten in Verbindung zu stehen: Beratungsstellen, die wenig Primärprävention anbieten, nutzen häufig Daten von Kooperationspartnern. Einrichtungen, in denen prozentual die meiste primärpräventive Arbeit durchgeführt wird, verwenden sie dagegen eher nur gelegentlich. Das könnte darauf hindeuten, dass kleine Einrichtungen, weil sie nur wenig Personal haben, eher auf den direkten Austausch mit Kooperationspartnern angewiesen sind.

Eine Strategieplanung im Team nehmen fast alle Aids-Hilfen vor. Nur von den Einrichtungen mit eher geringer Kapazität geben einige an, teamgebundene Strategieplanung gar nicht einzusetzen. Wesentlich deutlicher scheint der Zusammenhang zwischen der Größe des Einzugsgebiets und der Strategieplanung im Team zu sein. Je größer die Stadt bzw. die Gemeinde ist, in der eine Aids-Hilfe liegt, desto häufiger wird im Team strategisch geplant.

Fazit: Die Kapazität bzw. das Stundenkontingent einer Einrichtung und vielfach auch die Größe des Einzugsgebiets wirken als fördernde oder hemmende Bedingungen auf qualitätssichernde Maßnahmen. Ein Mangel an zeitlichen Ressourcen kann die Entwicklung und Umsetzung von Evaluation und Qualitätssicherung behindern. Er schränkt zumindest in Teilen die Bedarfsklärung, den Einsatz von praxisbegleitenden Maßnahmen und die Messung der Ergebnisse ein.

Zusammenhänge zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und dem Bedarf an Unterstützung beim Aufbau qualitätssichernder Maßnahmen

Ein Bedarf nach Unterstützung bei der Qualitätssicherung wird vor allem von großen Einrichtungen angemeldet. Sie fordern u. a. mehr Begleitung bei Zielgruppenbefragungen und bei der Anwendung von eigenen oder DAH-Leitlinien. Der Unterstützungsbedarf bei der Entwicklung und dem Einsatz eigener Leitlinien wird umso „wichtiger“ eingeschätzt, je größer

das zu versorgende Gebiet ist. Auch der Wunsch nach Unterstützung praxisbegleitender Maßnahmen wie externer Supervision und wissenschaftlicher Fachbegleitung korrespondieren positiv mit der Kapazität. Umgekehrt reduziert der Anteil an geleisteter Primärprävention in einer Aids-Hilfe den Bedarf an externer Supervision. Am wichtigsten ist der Unterstützungsbedarf für Beratungsstellen, die anteilig am wenigsten HIV/Aids-Prävention durchführen.

Der Wunsch nach Unterstützung bei der Anwendung von Dokumentationsmaßnahmen wird von der Kapazität und dem Einzugsgebiet gefördert. Je mehr Kapazität einer Einrichtung zur Verfügung steht und je größer das Gebiet, desto stärker wird der Wunsch nach Unterstützung bei der Führung von Statistiken zu Dokumentationszwecken geäußert. Dies gilt auch für den Unterstützungsbedarf bei der Konzeptdokumentation. Je größer das Einzugsgebiet einer Einrichtung, desto wichtiger ist die Aids-Hilfen Hilfestellung bei der schriftlichen Dokumentation von Konzepten. Demgegenüber lässt sich für den Anteil an durchgeführter Primärprävention feststellen: Je weniger primärpräventive Aktivitäten durchgeführt werden, desto häufiger wird Unterstützungsbedarf bei der Konzeptdokumentation gewünscht. Unterstützung bei der Dokumentation von Arbeitsabläufen wünschen sich alle Aids-Hilfen. Auch hier ist die Unterstützung für große Einrichtungen am wichtigsten. Zwischen drei Viertel und 100 % der Einrichtungen wünschen sich Unterstützung bei der Überprüfung der Zielerreichung. Die kleinsten Aids-Hilfe-Organisationen stufen den Bedarf eher als 'mäßig wichtig' ein.

Die Größe des Einzugsgebiets steht in Verbindung mit dem Unterstützungsbedarf bei der Feststellung der Angebotsakzeptanz, und zwar dergestalt, dass dem vor allem Einrichtungen in Ballungsräumen eine große Bedeutung einräumen. Auch die Wichtigkeit der Hilfestellung bei der Strategieplanung im Team ist mit dem Einzugsgebiet verknüpft. Mit der Größe des Wirkungskreises einer Aids-Hilfe nimmt auch ihre Wichtigkeit zu.

Fazit: Die Einrichtungsgröße hat eine zentrale Bedeutung für den geäußerten Bedarf an zusätzlicher Unterstützung für die Entwicklung und den Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen. Große Aids-Hilfen haben vermutlich aufgrund ihrer ausreichenden zeitlichen Kapazität die Option, sich mit Fragen zu Evaluation und Qualitätssicherung stärker auseinander zu setzen. Qualitätssichernde Prozesse sind für sie in ihrem Alltag aufgrund ausreichender personeller Kapazität eher umsetzbar als in kleinen Projekten. Bei ihnen könnten sich dagegen einige Maßnahmen wegen der Überschaubarkeit erübrigen. Es ist aber ebenso gut möglich, dass sie keinen Bedarf anmelden, weil ihnen bewusst ist, dass sie zusätzliche Maßnahmen wegen ihrer geringen Kapazität nicht durchführen können.

Zusammenhang zwischen strukturellen Bedingungen und Erfahrungen mit partizipatorischen Methoden der Evaluation und Qualitätssicherung

Faktoren wie die Kapazität von Einrichtungen, die Größe des Einzugsgebiets und der Anteil primärpräventiver Arbeit stehen sowohl in Zusammenhang mit dem Wissen über partizipatorische Methoden als auch mit ihrer Realisierung in der täglichen Arbeit. Je größer eine Einrichtung ist, desto eher haben die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung gehört. Dies ist jedoch nur ein Trend und statistisch nicht signifikant. Auch für die Lage einer Einrichtung lässt sich dieser Zusammenhang beobachten: Je größer das Einzugsgebiet ist, für das eine Aids-Hilfe Primärprävention durchführt, desto eher haben die Mitarbeiter auch Kenntnis von Methoden partizipatorischer Qualitätssicherung. Vor allem Einrichtungen, die Ballungsräume bedienen, haben partizipatorische Ansätze zumindest in Ansätzen eingeführt. Auf Aids-Hilfen aus kleineren Gebieten trifft dies weniger zu.

Nur wenige Projekte haben Erfahrung im gleichberechtigten Austausch mit Forschungseinrichtungen. Im besonderen Maße trifft dies aber auf Einrichtungen mit wenig Kapazität zu. 79 % haben hiermit überhaupt keine Erfahrung, 16 % wenig, und nur 5 % haben bereits mit wissenschaftlichen Institutionen kooperiert.

Der Bedarf nach systematischer Weiterbildung zu partizipatorischen Verfahren, den über 58 % der Einrichtungen anmelden, scheint in keiner Verbindung zu strukturellen Bedingungen zu stehen.

Fazit: Das Wissen über partizipatorische Methoden ist ebenso wie ihr Einsatz mit den strukturellen Rahmenbedingungen verknüpft. Das mag daran liegen, dass Einrichtungen mit einer ausreichenden personellen Kapazität den Mitarbeitern mehr Möglichkeiten bieten, Fortbildungen zu besuchen. Vermutlich haben sie auch mehr Zugang zu Materialien. Eine Aids-Hilfe, die Primärprävention im Ein-Mann-Betrieb durchführt, hat dazu eher weniger Gelegenheit. Je größer das Umfeld ist, in dem eine Aids-Hilfe arbeitet, desto mehr Wissen besteht hinsichtlich partizipatorischer Methoden. Das kann auch darauf hindeuten, dass das Informationsangebot und der Austausch zwischen Einrichtungen in einer Großstadt deutlich größer und unkomplizierter sind.

Wechselwirkungen zwischen Einstellungen und Erfahrungen mit Evaluation und Qualitätssicherung von HIV/Aids-Primärprävention

Die Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung stehen in einem Zusammenhang mit den Einstellungen zu diesem Thema. Der Einsatz von eigenen Leitlinien korrespondiert mit einer positiven Meinung über Qualitätssicherung. Je mehr Qualitätssicherung als Ressource begriffen wird, desto häufiger werden eigene Leitlinien benutzt. Glaubt man in den Einrichtungen, Qualitätssicherung scheitere am Mangel von Ressourcen, ist sowohl die Benutzung eigener Leitlinien als auch solcher der DAH eingeschränkt. Unsicherheit im Umgang mit qualitätssichernden Maßnahmen wirkt sich ebenfalls negativ auf den Einsatz von Leitlinien aus.

Auch zwischen dem Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen und verschiedenen Einstellungsdimensionen bestehen bedeutsame Assoziationen. Wird Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit begriffen, dann ist auch die Teilnahme an Facharbeitskreisen und Weiterbildungen häufig. Glaubt man, Qualitätssicherung werde durch mangelnde Ressourcen beeinträchtigt, wird sowohl weniger externe Supervision als auch Intravision in den betroffenen Einrichtungen in Anspruch genommen.

Auf die Bedarfsklärung, Dokumentation und Ergebnismessung haben Einstellungen nach Lage der Daten keinen unmittelbaren Einfluss.

Fazit: Eine positive Einstellung zu Qualitätssicherung wirkt förderlich auf den Einsatz einiger qualitätssichernder Maßnahmen. Haltungen, die mangelnde Ressourcen und Unsicherheit thematisieren, hemmen den Einsatz, zumindest in einigen Bereichen.

Zusammenhänge zwischen Einstellungen und dem Unterstützungsbedarf beim Aufbau von Qualitätssicherung

Der Bedarf nach Fortbildung und Begleitung bei der Evaluation und Qualitätssicherung ist mit einigen Einstellungsdimensionen verknüpft.

Die meisten Interaktionen mit Einstellungsdimensionen finden sich zum Unterstützungsbedarf beim Einsatz praxisbegleitender Maßnahmen. Eine positive Einstellung zu Qualitätssicherung korrespondiert mit dem Wunsch nach Förderung bei der Teilnahme an Facharbeitskreisen. Wird Qualitätssicherung als Mehrbelastung empfunden, wird dieser Wunsch einschränkt. Je weniger die Qualitätssicherung als Mehrbelastung empfunden wird, desto stärker wird auch Fortbildung zur Zielgruppenbefragung gewünscht.

Sicherheit im Umgang mit qualitätssichernden Maßnahmen fördert den Unterstützungsbedarf bei der Intravision und bei der Nutzung von RKI-Statistiken.

Fazit: Der Bedarf an Unterstützung beim qualitätssichernden Prozess ist nur geringfügig durch Einstellungen beeinflusst. Nur in einem Einzelfall hat die positive Einstellung zur Qualitätssicherung einen Mehrbedarf geweckt. Je weniger Belastung oder Unsicherheit im Hinblick auf Qualitätssicherung formuliert wurden, desto eher war Bedarf an Unterstützung vorhanden.

Beziehungen zwischen unterschiedlichen Erfahrungen mit partizipatorischer Evaluation und Qualitätssicherung und den Einstellungen der Mitarbeiter in den Einrichtungen

Die Haltung der Einrichtungen zur Qualitätssicherung korrespondiert einerseits mit dem Wissen, das in den einzelnen Einrichtungen zu partizipatorischen Vorgehensweisen präsent ist, sowie mit dem geäußerten Bedarf nach Fortbildungen zu diesem Thema. Andererseits interagieren die Einstellungen auch mit der Realisierung partizipatorischer Ansätze. Eine positive Einstellung zur Qualitätssicherung fördert die Integration partizipatorischer Aspekte in der Arbeit. Wird Qualitätssicherung als Belastung empfunden, wirkt sich dies negativ auf den gemeldeten Fortbildungsbedarf zur Partizipation aus. Je eher verneint wird, dass Qualitätssicherung an mangelnden Ressourcen scheitert, desto größer sind die Kenntnisse und desto stärker ist die Umsetzung partizipatorischer Maßnahmen. Ebenso positiv wirkt sich Sicherheit im Umgang mit qualitätssichernden Maßnahmen auf die Realisierung partizipatorischer Methoden in den Einrichtungen aus.

Fazit: Eine positive Einstellung zur Qualitätssicherung und Sicherheit bei ihrem Einsatz schaffen ein gutes Klima für die Verwirklichung partizipatorischer Methoden. Die Projekte haben wahrscheinlich bereits gute Erfahrungen mit qualitätssichernden Prozessen gemacht, zeigen Offenheit für neue Ansätze und wagen sich an ihre Integration in die Arbeit.

7.6 Kurze Reflexion der Studie

Der Einsatz eines Fragebogens zur Bedarfsklärung hat sich als probates Mittel erwiesen. Die sehr große Resonanz hat eine Totalerhebung ermöglicht und spiegelt die Aktualität der Thematik wider. Die Aussagekraft der Antworten kann insofern als dass bei Befragungen auch immer das Thema der sozialen Erwünschtheit der Antworten mitschwingt, kritisch hinterfragt werden. Insbesondere, wenn wie im vorliegenden Fall der Gegenstand den Befragten offensichtlich ist. Ein gewisses Maß an sozialer Erwünschtheit ist nicht zu vermeiden. Vieles spricht jedoch dafür, dass der überwiegende Teil der Antworten die Realität in den Einrichtungen widerspiegelt: 1. Die Befragten standen in keinem finanziellen Abhängigkeitsverhältnis zum WZB oder zur DAH. 2. Die Befragten blieben anonym gegenüber dem WZB und der DAH. 3. Sie hatten keinerlei negative Konsequenzen zu erwarten. Zur Vermeidung von Ant-

worttendenzen waren alle geschlossenen Fragen bis auf die Einstellungsäußerungen, die bewusst wertend konzipiert wurden, neutral formuliert.

Zur dezidierten Darstellung der strukturellen Bedingungen wäre die Erfassung zusätzlicher Informationen, wie Angaben zu finanziellen Ressourcen und materieller Ausstattung, hilfreich gewesen. Darüber hinaus wäre eine Differenzierung nach der Art der Finanzierung interessant. Viele Projekte leben von einer Mischfinanzierung, die zudem häufig nur für kurze Zeiträume gesichert ist. Dies kann sich auf die perspektivische Planung und die Wünsche zu Evaluation und Qualitätssicherung auswirken.

Wichtig wäre es auch, die Zeit, die die einzelnen Einrichtungen für Evaluation und Qualitätssicherung aufwenden, zu erfassen. Bei einem diesbezüglich deutlichen Defizit hätte eine Forderung nach Sicherstellung oder Erweiterung der bestehenden Ressourcen wesentlich besser untermauert werden können als durch Angaben zu personellen Kapazitäten.

In der Abschlussphase des Projekts fand ein dreitägiger Workshop mit zwölf Aids-Hilfen statt, die am Kooperationsprojekt teilnehmen und den Fragebogen bearbeitet haben. Die zusammengefassten Ergebnisse des Fragebogens, die in den Projektbericht eingingen, wurden allen Akteuren vorgelegt und kritisch diskutiert. Die Resonanz auf den Fragebogen war bei allen Teilnehmern sehr gut. Er hatte offenbar einen Diskurs über die Verwirklichung von Evaluation und Qualitätssicherung in der eigenen Einrichtung angeregt. Das war von der Autorin auch beabsichtigt. Die Teilnehmer fanden die Realität in ihren Projekten in den Ergebnissen wieder. Sie vermissten allerdings offene Fragen zum Verständnis von Evaluation, Qualitätssicherung und Primärprävention. Dann hätte man, so die Kritik, genauer erfassen können, was in den einzelnen Einrichtungen darunter verstanden und verwirklicht wird. Zentrale Punkte der Diskussion waren die Bedeutung der Bedarfsermittlung und die Zielgruppenspezifität der HIV/Aids-Primärprävention. Hier wünschten sie, dass der Fragenkomplex zur Bedarfsklärung um die Frage nach dem Einsatz von Studien über die (Psycho-)Dynamik der Zielgruppe ergänzt worden wäre. Sie bedauerten, dass sozialwissenschaftliche Forschung über Zielgruppen zunehmend weniger durchgeführt wird.

7.7 Bewertung der wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis

Angesichts konkurrierender Ansprüche auf begrenzte Mittel ist es für die Aids-Hilfen von besonderer Relevanz, ihre primärpräventive Arbeit auf einem stabilen Fundament qualitätssichernder Maßnahmen zu verankern. Auf der Basis der oben geschilderten Ergebnisse lässt sich feststellen: Aids-Hilfen leisten kompetente Evaluation und Qualitätssicherung ihrer HIV/Aids-Primärprävention und müssen den Vergleich mit dem hohen Anspruch der evidenzbasierten kurativen Medizin weder scheuen noch sich, in den Worten von Rosenbrock (2004a) gesprochen, „*ins Bockshorn jagen lassen*“. Nicht nur, „*weil auch in der kurativen Medizin jene Interventionen*“, die sich auf randomisierte kontrollierte Studien stützen, nicht die Regel, sondern die Ausnahme sind. Für die Aids-Hilfen spricht auch, dass sie die in der Primärprävention möglichen und nötigen qualitätssichernden Maßnahmen wie Bedarfsklärung, Anwendung von Leitlinien, praxisbegleitende Maßnahmen, Dokumentation und Ergebnismessung einsetzen (vgl. Rosenbrock 2004a, S. 64). Die Haltung der Akteure in den Aids-Hilfen zu Qualitätssicherung ist sehr positiv und bietet eine gute Basis für deren Verwirklichung. Darüber hinaus besteht ein großes Interesse an der Weiterentwicklung von Evaluation und Qualitätssicherung.

Hierbei sollten folgende Aspekte Beachtung finden:

1. Für die HIV/Aids-Primärprävention und deren Evaluation und Qualitätssicherung müssen weiterhin angemessene Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, wie die Forderung des Nationalen Aids-Beirats 2004 (Nationaler Aids-Beirat, BMGS 2004) bekräftigt. Bestehende hemmende strukturelle Bedingungen wie mangelnde finanzielle und zeitliche Kapazitäten sollten zugunsten eines förderlichen Klimas für Evaluation und Qualitätssicherung beseitigt werden.

Empfehlung 1: Die Arbeit der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe muss weiterhin auf einem soliden finanziellen Fundament stehen. Hier sind vor allem der Dachverband und die Politik gefragt, sich stärker für die Bereitstellung von Mitteln auf Länder- und kommunaler Ebene zu engagieren, um die Rahmenbedingungen für Primärprävention zu erhalten und im Idealfall weiter auszubauen. Die ‚Normalisierung‘ von Aids darf nicht zu einem Nachlassen der finanziellen Förderung führen, erst recht nicht, wenn ein aktueller Anstieg der Erstinfektionen verzeichnet wird.

2. Für die erfolgreiche Umsetzung von Evaluation und Qualitätssicherung sind einheitliche Konzepte und Begrifflichkeiten unabdingbar. Es existiert zwar eine Fülle an Literatur zu Evaluation, Evaluationsforschung, Qualität und Qualitätssicherung, jedoch ein eklatanter Mangel an einheitlicher Konzeptualisierung, den selbst Gesundheitswissenschaftler wie Øvretveit, der seit 20 Jahren in diesem Gebiet forscht und publiziert, beklagen. In der Praxis kann dieser Mangel an Klarheit Verwirrung auslösen, die zu Ressentiments und Verunsicherung führt und im ungünstigsten Fall den Einsatz von Qualitätssicherung verhindert. Zudem wird der Austausch zwischen Projekten unnötig erschwert, wenn keine einheitlichen Definitionen und Konzepte existieren.

Empfehlung 2: Die Schaffung von einheitlichen, verbindlichen und praxisnahen Begrifflichkeiten und Konzepten von Evaluation und Qualitätssicherung ist für deren Auswahl, Bewertung, Implementierung und vor allem für den Austausch zwischen Projekten unabdingbar und sollte forciert werden.

3. Zur Verfügbarkeit von Methoden und Instrumenten existieren durchaus kontroverse Meinungen. Rosenbrock konstatiert, dass es *keinen* Mangel an Konzepten, Begriffen und Instrumenten der Qualitätssicherung von Prävention gibt. Vielmehr verzeichnet er einen Engpass in der Bereitschaft der Akteure, diese Instrumente an die jeweiligen Bedingungen anzupassen (vgl. Rosenbrock 2004a, S. 68). Hier wird das Problem auf die Akteure verlagert und trifft am ehesten auf die Prävention im Allgemeinen zu. Gerade im Bereich der HIV-Primärprävention ist die Problematik jedoch vielschichtiger. Der ‚Engpass in der Bereitschaft der Akteure‘ sollte hier besser apostrophiert werden, denn es handelt sich weniger um einen Mangel an Bereitschaft als vielmehr um einen Mangel an Möglichkeiten, das Spektrum der angebotenen Instrumente zu überblicken. Dieser fehlende Überblick geht oftmals einher mit einem Defizit an fachlicher Begleitung bei der Adjustierung von Instrumenten an die jeweiligen Bedürfnisse der Projekte. Denn die ggf. notwendigen Modifikationen erfordern ein enormes Wissen. Interne Expertise zu dieser Thematik kann nicht unbedingt vorausgesetzt werden. Notwendig sind sowohl der Aufbau interner als auch die Nutzung externer Expertise. Im Aids-Sektor herrscht ein Mangel an klar definierten Theorien und Methoden nach partizipatorischem Ansatz für diese spezifische Arbeit (vgl. Wright 2003b). Nichtregierungsorganisationen wie die Aids-Hilfen leiden – wie andere Projekte auch – zusätzlich an einem Mangel an Finanzmitteln. Für die Qualitätssicherung von Interventionen sollten etwa 10 % des Budgets veranschlagt werden (WHO/Health Canada/CDC nach Rosenbrock 2003).

Aids-Hilfen benötigen ein praktikables und auf ihre jeweiligen Bedürfnisse zugeschnittenes Evaluations- und Qualitätssicherungsverfahren. Die Kosten dafür sollten unterhalb der marktüblichen Preisen liegen, da Marktpreise angesichts der aktuellen Verknappung von Ressourcen von den Aids-Hilfen nicht zu tragen sind. Darüber hinaus sollten die Verfahren den vielfältigen Bedürfnissen der einzelnen Projekte gerecht werden.

Empfehlung 3: Es soll ein flexibles Baukastensystem⁵ für die Unterstützung der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe bei der Weiterentwicklung von Evaluations- und Qualitätssicherungsverfahren entwickelt werden. Hilfestellung hierbei wurde von den Befragten ausdrücklich gewünscht. Bei der großen Unterschiedlichkeit der einzelnen regionalen Einrichtungen, die sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie widerspiegelt, ist jedoch von einem für alle gleichermaßen gültigen Manual zur Evaluation und Qualitätssicherung im Sinne eines ‚Kochbuches‘ abzuraten. Sinnvoller ist ein Kompendium an verfügbaren Maßnahmen, aus dem einzelne dem spezifischen Bedarf einer Einrichtung angepasst werden können.

4. Partizipatorische Ansätze der Evaluation und Qualitätssicherung sind zu bevorzugen, denn die Teilnahme aller Akteure am qualitätssichernden Prozess, ergänzt durch Angebote zur fachlichen Begleitung und Weiterbildung, kann Verunsicherungen entgegen wirken. Die aktive Mitarbeit am qualitätssichernden Prozess versetzt die Teilnehmer zunehmend in die Lage, selbstständig Qualitätssicherungs- und Evaluationsstrategien zu entwickeln, die dem eigenen Bedarf angepasst sind. Gute Qualitätssicherung ist nur mit den Akteuren in den Projekten erreichbar.

Empfehlung 4: Dem Einsatz partizipatorischer Methoden der Evaluation und Qualitätssicherung in den Aids-Hilfen ist gegenüber herkömmlichen Verfahren, die von außen an sie herangetragen werden, der Vorzug zu geben. Partizipatorische Ansätze fördern die Kompetenz und die Unabhängigkeit der Einrichtungen im Umgang mit qualitätssichernden Maßnahmen und deren Weiterentwicklung. Beim Einsatz von Evaluation und Qualitätssicherung sollte Selbstwirksamkeit erlebt werden statt unbefriedigender, an den Bedürfnissen der Projekte vorbeigehender externer Evaluation.

7.8 Ausblick

Die umfangreichen Ergebnisse der Totalerhebung in den Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe bieten erstmals allen Akteuren, d. h. den einzelnen regionalen Aids-Hilfe-Organisationen, dem Dachverband und den Zuwendungsgebern, einen umfassenden Einblick in die Arbeitsweisen zur Evaluation und Qualitätssicherung. Alle am qualitätssichernden Prozess beteiligten Projekte können die eigene Arbeit im Licht der Gesamtergebnisse reflektieren. Dem aktuellen Bedarf an Unterstützung beim Auf- und Ausbau von qualitätssichernden Maßnahmen kann durch gezielte Entwicklung von Instrumenten Rechnung getragen werden. Die Kenntnis der Realität in den Projekten ermöglicht es, bedarfsgerechte Fortbildung verstärkt anzubieten. Die wissenschaftliche Aufbereitung dieses Bedarfs stellt zukünftige Planungen auf eine solide Basis.

Bei der Umsetzung der Empfehlungen sind Forschung, Politik und Interessenvertreter der Aids-Organisationen wie die DAH gleichermaßen gefordert. Ein zentrales Ergebnis der Stu-

⁵ Die ausführliche Darstellung dieses Baukastensystems ist in Wright und Block (2005, S. 79-82) enthalten. Dort werden sowohl die einzelnen Elemente des Systems als auch Vorschläge zur Umsetzung vorgestellt.

die ist, dass angemessene Ressourcen von größter Wichtigkeit für die Verwirklichung von Evaluation und Qualitätssicherung sind. Deswegen wird die Forderung des Nationalen Aids-Beirats nach einer kontinuierlichen Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen für die Primärprävention an dieser Stelle noch einmal betont. Die Politik muss diese Forderungen im Interesse einer langfristigen, qualitätsgesicherten, effektiven HIV/Aids-Primärprävention umsetzen.

Wissenschaftler sind aufgefordert, klare, praxisrelevante Konzepte für Evaluation und Qualitätssicherung vorzulegen bzw. in Zusammenarbeit mit den Praktikern zu entwickeln, die zu einem besseren Verständnis auf Seiten der Akteure, die sie nutzen, beitragen. Je klarer sie definiert sind, desto effektiver können sie in der Praxis angewendet werden. Idealerweise führt diese Forderung zur Entwicklung flexibler Instrumente zur Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention unter aktiver Beteiligung aller Akteure am Konzeptions- und Erprobungsprozess.

Die hier gewonnenen Erkenntnisse werden Eingang in das geplante Folgeprojekt der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin finden. An die Bedarfserhebung soll sich eine zu beantragende Projektphase zur Instrumentenentwicklung für partizipatorische Evaluation und Qualitätssicherung in primärpräventiv arbeitenden Nichtregierungsorganisationen anschließen. Die gesammelten Ergebnisse werden einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der Prinzipien des International Network of Community Based Research (INCBR) (2000) im HIV/Aids-Bereich leisten. Der Bedarf an Unterstützung bei der Qualitätssicherung, den die Studie aufgezeigt hat, wird unmittelbar in die Instrumentenentwicklung eingehen, so dass die Teilnehmer der Befragung eine direkte Umsetzung ihres geäußerten Bedarfs erleben.

Für alle teilnehmenden Aids-Hilfen bedeutet die Mitwirkung am Folgeprojekt eine Chance, selbstgesteuerte Evaluation und Qualitätssicherung zu erlernen und zu praktizieren, die strukturell entsprechend den individuellen Bedürfnissen in der jeweiligen Einrichtung verankert werden kann.

8 Abkürzungsverzeichnis

Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MSM	Men having sex with men
NRO	Nichtregierungsorganisationen
QS	Qualitätssicherung
RKI	Robert-Koch-Institut
STD	Sexual Transmitted Disease
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

9. Bibliographie der verwendeten und zitierten Literatur

- Altgeld, T., Bunzendahl, I., Prümel-Philippsen, U. (2001). Praxisnahes Qualitätsmanagement jenseits von Zertifizierungsautomatismen und Leitlinieninflation. In BZgA (Hrsg.) (2001), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Bd. 15, S. 170-181. Bergisch Gladbach: Schiffmann.
- Baartmanns, P.C.M., Geng, V. (2000). Qualität nach Maß. Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Badura, B. (2002). Qualitätsorientierte Ressourcenallokation: Eine Herausforderung für das Gesundheitswesen. In U. Flick, Innovation durch New Public Health (S. 256-262). Göttingen: Hogrefe.
- Benninghaus, H. (2002). Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler (9. Aufl.). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Bochow, M. (1994). Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS – Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. AIDS-Forum, Bd. 16. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bochow, M. (1997). Schwule Männer und AIDS. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. AIDS-Forum, Bd. 31. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bochow, M. (2001). Schwule Männer, AIDS und Safer Sex. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. AIDS-Forum, Bd. 40. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bochow, M., Wright, M.T., Lange, M. (2004). Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. AIDS-Forum, Bd. 48. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bortz, J., Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brinks, M. (2004). Sozialwissenschaftliche Datenverarbeitung. Datenanalyse mittels SPSS. <http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at/INTERNET/PRUEFUNGENORD/spss.pdf> (download am 18.11.04)
- Bühren-Armstrong, B. (1998). Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Personalkommunikativen AIDS-Prävention. – Eine Meta Evaluation. Unveröff. Dissertation im Fach Psychologie. Freiburg: Psychologisches Institut der Albert-Ludwigs- Universität. http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/212/pdf/diss_bb.pdf (Download am 22.08.04)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). AIDSPRÄVENTION. <http://bzga.de/studien/?id=S1414>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004b). AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Köln: BZgA.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- Christiansen, G. (1999). Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

- Conrad, G., Kickbusch, I. (1988). Die Ottawa-Konferenz. In Grenzen der Prävention (S. 142-150). Argument Sonderband AS 178. Hamburg: Argument.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2003). Die Zukunft der Internetberatung. Ergebnisse der Arbeitsgruppe, Qualitätsentwicklung in der Internetberatung von HIV und AIDS'. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2004). Wer sind wir.
<http://www.aidshilfe.de/wersindwir.php?parent=218&sub=0> (Download am 28.04.2004).
- Deutsche AIDS-Hilfe (2004). Jahresbericht 2003. Berlin: Gebr. H. Heenemann GmbH & CoKG.
- El Ansari, W., Phillips, C.J., Zwi, A.B. (2002). Narrowing the gap between academic professional wisdom and community lay knowledge: perceptions from partnerships. *Public Health*, 116, 151-159.
- Exkurs I (2004). Geschichte der Aktionsforschung
<http://www.action-research.de/exkurs1.htm> (Download vom 11.01.2004)
- Frey, D. (1987). Kognitive Theorien. In D. Frey, S. Greif (Hg.), *Sozialpsychologie* (2. Aufl.) (S. 50-67). München: Psychologische Verlagsunion.
- GTZ (2004). Aktionsforschung. <http://www.gtz.de/action-research/appro/appro.html> (Download am 11.01.2004)
- Grossman, R., Scala, K. (2001). Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention*, Band 15 (S. 73-86). Köln.
- Halkow, A. (2004). Mut zum Dialog! Partizipatorische Evaluationsstrategien und ihre Potentiale. In E. Luber, R. Geene, *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*, S. 177-196. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Hamers, F.F., Downs A.M. (2004). The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *The Lancet*, 364, pp. 83- 94.
- Hyper-Lexikon (2005). Positivismusstreit.
<http://hyperkommunikation.ch/sachen/positivismusstreit.htm> (Download am 09.08.05)
- International Network for Community-Based-Research on HIV/AIDS (INCBR) (2000). Communities creating knowledge: A consensus statement on community-based research. INCBR.
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., Becker, A.B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Ann. Rev. Public Health*, 19, 173-202.
- Kelly, K.J., Van Vlaenderen, H. (1996). Dynamics of Participation in a Community Health Project. *Social Science & Medicine*, 42 (9), 1235-1246.
- Kromrey, H. (2004). Evaluation, Evidenzbasierung, Qualitätssicherung –Worüber reden wir? In E. Luber, R. Geene, *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*, S. 75-85. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- lernundenter (2005). Qualität im Internet – Definition Qualität von Donabedian.
<http://www.lernundenter.com/interaktion/qualitaet/definitionen/donabedian.htm>
(Download am 21.01.05)

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer, G.C., Kuhlmeier, A., Lauterbach, K.W., Rosenbrock, R., Schwartz, F.W., Scriba, P.C., Wille, E.) (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- McKeown, B., Thomas, D. (1988). Q Methodology. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences, 66. Newbury Park: Sage Publications.
- Medizininfo (2005). Qualität im Gesundheitswesen – Begriffsdefinition.
<http://www.medizininfo.de/quality/pflege/begriffd.htm> (Download am 21.01.05)
- Minkler, M. (2000). Using Participatory Action Research to Build Healthy Communities. Public Health Reports. Focus On Healthy Communities, 115, 191-197.
- Minkler, M., Wallerstein, N. (1997). Improving Health Through Community Organization and Community Building. In: K. Glanz, F. M. Lewis, B. K. Rimer (eds.), Health Behavior and Health Education (pp. 241-269). San Francisco: Jossey Bass.
- Nationaler AIDS-Beirat (2004). Prävention vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen. BMGS. Bonn.
- Naylor, P.J. et al. (2002). Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. Social Science & Medicine, 55, 1173-1187.
- O'Donnell, P. (2000). Doing Things with – Not to the Community. Health Progress, 81 (1), 14-15.
- Øvretveit, J. (2002). Evaluation gesundheitsbezogener Intervention: Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisatorischen Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pirie, P.L., Stone, E.J., Assaf, A.R., Flora, J.A., Maschewsky-Schneider, U. (1994). Program evaluation strategies for community-based health promotion programs: perspectives from the cardiovascular disease community research and demonstration studies. Health Education Research, 9 (1), 23-36.
- RKI (2001). Pressemitteilung des RKI anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2001. AIDS ist nicht erledigt.
http://www.rki.de/AKTUELL/PRARCHIV/ARCHIVPR.HTM?PRESSE/PD_THEMA/AIDS/HTM&1 (Download am 13.01.05).
- RKI (2003). Pressemitteilung des RKI anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2003. In Deutschland nimmt die Zahl der Menschen mit HIV weiter zu
http://www.rki.de/AKTUELL/PRARCHIV/ARCHIVPR.HTM?PRESSE/PD_THEMA/AIDS/HTM&1 (Download am 13.01.05).
- RKI (2004). Die AIDS-Situation in Deutschland.
http://www.rki.de/AKTUELL/PRARCHIV/ARCHIVPR.HTM?PRESSE/PD_THEMA/AIDS/HTM&1 (Download am 27.09.04).
- RKI (2005a). HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten und Trends. Epidemiologische Kurzinformation des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut.
http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM?AZ_HOME.HTM&1 (Download am 09.01.05)
- RKI (2005b). Epidemiologisches Bulletin Nr. 47.
http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2004/47_04.PDF (Download am 09.01.05)

- Rosch, M., Frey, D. (1987). Soziale Einstellungen. In D. Frey, S. Greif (Hg.), Sozialpsychologie (2. Aufl.) (S. 296-305). München: Psychologische Verlagsunion.
- Rosenbrock, R. (1998). Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Rosenbrock, R. (2003). Primäre Prävention. Begriffe und Begrenzungen, Konzepte und Klassifikationen. Vortrag auf der BKK Tagung ‚Wettbewerbsvorteil Gesundheit‘ am 26.11.2003 in Köln.
<http://www.bvgesundheit.de/pdf/primaerpraevention.pdf> (Download am 13.12.04)
- Rosenbrock, R. (2004a). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In E. Luber, R. Geene, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, S. 59-73. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Rosenbrock, R. (2004b). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. SGB V durch die GKV. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, A. Schroer (Hrsg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit (S. 7-149). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosenbrock, R., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2002). Die Normalisierung von Aids. Politik, Prävention, Krankenversorgung. Reihe: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 23 Berlin: edition sigma
- Schensul, J.J. (1999). Organizing Community Research Partnerships in the Struggle against AIDS. Health Education and Behavior, 26 (2), 266-283).
- Schmidt-Tanger, M. (2005). Team-Identität.
http://www.nlp-professional.de/artikel/team_identitaet.pdf - (Download am 17.01.2005)
- Schneider, U. (Maschewsky-Schneider, U.) (1977). Kap. 3.2. Die Handlungsforschung. Zitiert nach:
<http://www-gewi.kfunigraz.ac.at/edu/studium/materialien/meth.doc> (Download vom 29.01.04)
- Schneider, U. (Maschewsky-Schneider, U.) (1980). Sozialwissenschaftliche Methodenkrise und Handlungsforschung. Frankfurt: Campus Verlag.
- Socolar, R. (2002). Collaboration: The End or the Means. J Public Health Management Practice, 8 (1), 34-35.
- Walter, U., Schwartz, F.W., Hoepner-Stamos, F. (2001). Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (S. 18-37), Band 15. Köln.
- Wright, M.T. (2001). Die Evaluation der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen: Ergebnisse der 13. internationalen AIDS-Konferenz in Durban. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44 (1), 84-87.
- Wright, M.T. (2003a). Unraveling the Complexity of HIV Prevention. Reflections on Finding out What Works. Dissertation. Freie Universität: Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. <http://www.diss.fu-berlin.de/2003/205/indexe.html>

- Wright, M.T. (2003b). AIDS-Hilfen auf dem Prüfstand. Evaluation im Gesundheitssektor. WZB-Mitteilungen, Heft 101, S. 16-19.
- Wright, M.T. (2004a). Wie kann die innovative Präventionsarbeit im Nichtregierungssektor evaluiert werden? Die AIDS-Hilfen als Beispiel. In E. Luber, R. Geene, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, S. 127-133. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Wright, M.T. (2004b). Der dornenreiche Weg von der Seuchenkontrolle zur Förderung der sexuellen Gesundheit. Vortrag gehalten auf dem Symposium: „HIV, Syphilis & Co. Multiprofessionelle Strategien für Prävention, Beratung, Untersuchung und Behandlung bei STDs und HIV/AIDS“. Universitätsklinikum Essen.
- Wright, M.T. (2004c). Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, A. Schroer (Hrsg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit (S. 297-346). Bremerhaven: Wirtschafstverlag NW.
- Wright, M.T., Block, M. (2005). Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. Ein gemeinsames Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. WZB Discussion paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Zollondz, H.-D. (2002). Grundlagen Qualitätsmanagement: Einführung in die Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

10. Appendix

Appendix I Anschreiben an die AIDS-Hilfen

Appendix II Fragebogen

Appendix III Protokoll zur Nacherhebung

Appendix IV Experten-Rating

Bereich Psychosoziales
und Qualitätsentwicklung
Dipl. Psych. Karl Lemmen

Tel. 030-69008749
Fax 030-60008742
Karl.Lemmen@dah.aidshilfe.de

Abteilung Public Health
Dr. M. T. Wright
Dipl. Psych. M. Block

Tel. 030-25491-555 / 549
Fax 030-25491-556
block@wz-berlin.de
wright@wz-berlin.de

Berlin im Juni 2004

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter des AIDS-Präventionsprojektes!

Wie Sie bereits im Rundbrief vom 30.6. erfahren haben, gab es nun endlich die Zusage für das Kooperationsprojekt zwischen der DAH und dem Wissenschaftszentrum Berlin, in welchem für 12 repräsentative AIDS-Hilfen umfassend der Bedarf hinsichtlich Instrumenten zur Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention ermittelt werden soll. Zusätzlich möchten wir auch eine Befragung aller AIDS-Hilfen durchführen. Wir haben hierzu einen Fragebogen entwickelt, mit dem wir mehr über Ihre Erfahrungen und Wünsche zu Instrumenten der Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention erfahren wollen. Uns interessieren Lust und Frust bei ihrer Anwendung. Insbesondere im letzten Fall können Sie durch Ihre Mithilfe entscheidend dazu beitragen, Durchführung und Fortbildungen in diesem Bereich zu verbessern!

Im Zuge von Veränderungen in Bereichen von Organisationsentwicklung und Management und fortschreitender Verknappung von Mitteln werden Begriffe wie Evaluation, Qualitätssicherung, Evidenzbasierung und ähnliches mehr ins Spiel gebracht. In den meisten Einrichtungen im sozialen und medizinischen Bereich werden Evaluation und Qualitätssicherung betrieben, nicht immer jedoch ausdrücklich so benannt. Arbeitsabläufe und Ziele werden vielerorts dokumentiert; Ergebnisse werden aufgezeichnet und analysiert. Begriffsvielfalt und ein Mangel an klar definierten Theorien und Methoden für die Durchführung und Auswertung solcher Arbeit können Verwirrung stiften.

Im Gegensatz zur üblichen Vorgehensweise möchten wir Ihnen kein Projekt oder Verfahren vorsezen, sondern haben in gleichberechtigter Zusammenarbeit zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe, der BZgA und dem Wissenschaftszentrum Berlin ein Modellprojekt zur Erfassung von Bedürfnissen der Anwender und Anwenderinnen bei der Durchführung von Evaluation und Qualitätssicherung entwickelt.

Wir möchten Sie um Ihre Mithilfe bitten, sich etwa 30 Minuten Ihrer Zeit zur Beantwortung unseres Fragebogens zu nehmen. Im Folgenden haben wir 13 Fragen zu Ihrem und dem Bedarf Ihrer Einrichtung. Wir möchten gern wissen, womit Sie gute Erfahrungen bei der Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention machen und wo sie Unterstützung und Weiterbildung wünschen. Je genauer wir Ihre Bedürfnisse kennen, umso angepasster können Fortbildungen oder Beratungen der einzelnen Einrichtungen gestaltet werden. Mit Ihrer Mithilfe gestalten Sie die weitere Entwicklung in diesem Bereich entscheidend mit.

Alle Angaben werden selbstverständlich im Sinne des Daten- bzw. Personenschutzes vertraulich behandelt. Die Daten werden anonymisiert und nach Regionen (Ost, West, Nord, Süd) und Typ der Institution zusammengefasst, so dass Rückschlüsse weder auf einzelne Personen noch auf Projekte oder Bundesländer möglich sind. Erkenntnisse zur Durchführung und dem Bedarf an Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention dienen der Weiterentwicklung von Verfahren und verbleiben bei den Kooperationspartnern.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in einem frankierten Rückumschlag **bis zum 30.07.2004** zurück an:

Wissenschaftszentrum Berlin
z. Hd. Martina Block, Michael T. Wright
Reichpietschufer 50
10785 Berlin

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Martina Block (Wissenschaftszentrum Berlin)

Michael T. Wright (Wissenschaftszentrum Berlin)

Karl Lemmen (Deutsche AIDS-Hilfe)

FRAGEBOGEN

„Erfahrungen mit Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV / AIDS-Primärprävention“

Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Um Ihnen die Beantwortung zu erleichtern, haben wir den Teil, in den Sie Ihre Antworten eintragen können hellgrau unterlegt. Für Rückfragen stehen Ihnen Martina Block und Micheal T. Wright jederzeit unter den angegebenen e-mail-Adressen bzw. Telefonnummern zur Verfügung:

M. Block Tel. 030-25491549 bzw. block@wz-berlin.de
M. T. Wright Tel. 030-25491555 bzw. wright@wz-berlin.de

I HIV / AIDS-Primärprävention

In diesem ersten Block möchten wir Sie bitten, uns Fragen zur HIV / AIDS-Primärprävention zu beantworten. Wir möchten wissen, ob sie in Ihrer Einrichtung aktuell oder auch in der Vergangenheit durchgeführt wurde und welche Zielgruppen sie haben / hatten.

1. Ist die Einrichtung gezielt primärpräventiv aktiv? (bitte ankreuzen)

Ja Nein

Wenn „Ja“ ausgewählt wurde, bitte mit Frage 4 fortfahren. Wenn „Nein“ ausgewählt wurde, bitte mit Frage 2 fortfahren.

2. Wurde in der Einrichtung jemals HIV / AIDS-Primärprävention durchgeführt? (bitte ankreuzen)

Ja Nein

Wenn „Ja“ ausgewählt wurde, bitte mit Frage 3 fortfahren. Wenn „Nein“ ausgewählt wurde, fahren Sie bitte mit den Fragen zu IV am Ende des Bogens fort.

3. Aus welchem Grund wird HIV / AIDS-Primärprävention nicht mehr durchgeführt?

Zuwendungsgeber stellen keine finanziellen Ressourcen mehr für diesen Arbeitsbereich zur Verfügung seit (Jahr) _____

Inhaltliche Verlagerung der Arbeitsschwerpunkte seit (Jahr) _____

4. An welche Zielgruppen richtet/e sich die HIV / AIDS-Primärprävention schwerpunktmäßig? Bitte geben Sie für die jeweilige Zielgruppe an, welchen Stellenwert der Arbeit sie einnimmt.

HIV / AIDS-Primärprävention wird für folgende Zielgruppe angeboten (bitte ankreuzen):

	Immer	Gelegentl.	Gar nicht
Allgemeinbevölkerung			
Homo- und bisexuelle Männer			
Weibliche Prostituierte			
Männliche Prostituierte			
Migrantinnen und Migranten			
Frauen mit HIV / AIDS			
Männer mit HIV / AIDS			
Menschen in Haft			

Drogengebrauchende Frauen und Männer			
Angehörige von Menschen mit HIV / AIDS			
Kinder / Jugendliche in bestimmten Settings (Schule, Jugendheim etc.)			
Andere:			

5. Über welche Medien findet die HIV / AIDS-Primärprävention statt?

HIV / AIDS-Primärprävention wird für die Zielgruppen über folgende Modalitäten durchgeführt:

	Immer	Gelegentl.	Gar nicht
Telefonberatung (19411 oder 0700...)			
Persönliche Beratung zum individuellen Risikomanagement			
Aufsuchende Arbeit / Streetwork			
Internetberatung			
Verteilung zielgruppenspezifischer Medien			
Informationsveranstaltungen			
Multiplikatorenarbeit			
Präsenz auf Veranstaltungen (Theater, Aktionen, Events, Infostand)			

II Kapazität der Einrichtung / Beratungsstelle

Jetzt kommen wir zum nächsten Fragenblock. Wir möchten Sie bitten, Fragen zur Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenkapazität der Einrichtung zu beantworten. Von Interesse sind sowohl die Stunden, die Ihnen für Ihre Arbeit im Allgemeinen zur Verfügung stehen (Frage 6) als auch speziell der Anteil, der für HIV / AIDS-Primärprävention verfügbar ist (Fragen 7 und 8).

6. Wie viel wöchentliche Arbeitszeit steht für die gesamte Arbeit der Einrichtung zur Verfügung. Als Referenzzeitraum gelten die letzten 12 Monate.

Arbeitszeit in der Einrichtung in Stunden	Wöchentliche Stunden insgesamt (aufgerundet auf volle 5 Stunden)
Gesamtarbeitszeit (Stunden aller Mitarbeiter)	
Stunden festfinanzierter Mitarbeiter	
Stunden zeitlich befristeter Mitarbeiter (z.B. ABM, LAG, EU-Mittel)	

7a. Wie viel wöchentliche Arbeitszeit steht regelmäßig für den primärpräventiven Anteil der gesamten Einrichtung zur Verfügung? Versuchen Sie die Stellenanteile so genau wie möglich zu schätzen und berücksichtigen Sie dabei primärpräventive Anteile, die in anderen Stellen „versteckt“ sein können, mit (z.B. Telefonberatung)! Der Referenzzeitraum ist wiederum die letzten 12 Monate.

Um das Ausfüllen zu erleichtern, hier ein Rechenbeispiel: Eine volle Stelle für Primärprävention (~aufgerundet auf 40 Std.), plus 25% einer vollen Stelle für Telefonberatung (~aufgerundet auf 10 Std.), plus 20% einer halben Stelle für Schoolwork (~aufgerundet auf 5 Std.) ergeben 55 Stunden für Primärprävention insgesamt.

Arbeitszeit in der Einrichtung für HIV / AIDS-Primärprävention	Wöchentliche Stunden
Gesamtarbeitszeit (Stunden aller Mitarbeiter)	
Stunden festfinanzierter Mitarbeiter	
Stunden zeitlich befristeter Mitarbeiter (z.B. ABM, LAG, EU-Mittel)	

Die folgende Frage beschäftigt sich mit dem prozentualen Anteil von HIV / AIDS-Primärprävention am Gesamtvolumen der Arbeit aktuell und in der Vergangenheit. Es wäre schön, wenn Sie retrospektiv nach Ihrem Eindruck einschätzen könnten, wie hoch der Anteil an der Gesamtarbeitszeit war bzw. aktuell ist.

8a. Wie hoch ist / war der prozentuale Anteil an der Gesamtaktivität der Beratungsstelle, der für HIV / AIDS-Primärprävention verwendet wird / wurde?

Anteil an der Gesamtarbeitszeit für HIV / AIDS-Primärprävention	Geschätzter prozentualer Anteil pro Woche
1985	
1990	
1995	
2000	
Aktuell	

Nun möchten wir Sie bitten anzugeben, ob Sie Ihre primärpräventive Arbeit zusätzlich zu den öffentlich geförderten Stellen über Spenden finanzieren. Als Referenzzeitraum gelten die letzten 12 Monate.

9. Bieten Sie HIV / AIDS-Primärprävention über die öffentlich geförderte wöchentliche Arbeitszeit hinaus an?

Für HIV / AIDS-Primärprävention wöchentlich aufgewendete Zeit	Geschätzte Stunden pro Woche
Finanziert durch Zeitspenden (Ehrenamtliche)	
Finanziert durch Geldspenden (Stellen aus Eigenmitteln des Vereins)	

III Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention

Wie schon in der Einleitung angesprochen, wenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen und medizinischen Einrichtungen bereits Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung an, ohne sie immer explizit so zu benennen. Evaluation wird im Allgemeinen als Zusammenspiel aller Tätigkeiten, die den Wert eines Programms, einer Intervention oder eines Projektes feststellen, bezeichnet. Hierzu gehören die Bedarfsanalyse, die Prozessevaluation und die Ergebnisevaluation. Die Ergebnisse all dieser speisen die fortlaufende Qualitätsentwicklung und -sicherung.

Im folgenden Abschnitt sind Fragen zu Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung enthalten. Gefragt sind neben Erfahrungen bei der Anwendung auch Wünsche und / oder potentielle Hemmnisse, die sie behindern.

10. Welche Quellen nutzen Sie, um Kenntnisse über Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention zu erwerben? Geben Sie bitte für die jeweilige Quelle an, wie häufig Sie Gebrauch davon machen. Sie können sich zwischen regelmäßig, selten und niemals entscheiden.

Quelle	Regelmäßig	Selten	Niemals
Internet			
Fortbildungen von der Deutschen AIDS-Hilfe			
Fortbildungen von anderen Anbietern			
Bücher, Fachpublikationen			
Externe Beratung, Workshops zur Organisationsentwicklung			
Kooperation / Austausch mit anderen Einrichtungen aus demselben Arbeitsfeld			
Andere:			

11. Welche Verfahren der Qualitätssicherung werden angewendet? Besteht Anwendungs- / Weiterbildungsbedarf? Wie gelangt die Organisation an Daten, über die sie ihre primärpräventive Arbeit steuert?

Auf der linken Seite ist die Häufigkeit der Nutzung gefragt und rechts nach Ihrem Wunsch nach Begleitung und Fortbildung oder auch, das Verfahren systematischer anwenden zu können. Den Wunsch können Sie gewichten nach ‚sehr wichtig‘, ‚mäßig wichtig‘ und ‚gar nicht wichtig‘.

Bitte gewichten Sie:

1 = sehr wichtig, 2 = mäßig wichtig, 3 = gar nicht wichtig

	H Ä U F I G K E I T			WUNSCH
	Häufig benutzt	Gelegentl. benutzt	Gar nicht benutzt	Gewichtung 1 oder 2 oder 3
1. Bedarfsklärung in Form von:				
Offiziellen AIDS-Statistiken (RKI)				
Daten von Kooperationspartnern: Ärzte, Krankenhäuser, Gesundheitsämter				
Befragung von Nutzer/innen und Zielgruppen der Arbeit				
Andere:				

Nun möchten wir wissen, wie häufig Sie Leitlinien¹ benutzen und welche Wünsche Sie dazu haben. Links geben Sie bitte wieder Häufigkeit und rechts die Gewichtung Ihres Wunsches nach Begleitung, Fortbildung bzw. sie systematischer anwenden zu können, an.

2. Leitlinien	H Ä U F I G K E I T			WUNSCH
	Häufig benutzt	Gelegentl. benutzt	Gar nicht benutzt	Gewichtung 1 oder 2 oder 3
Eigene				
Von der DAH				
Anderer Anbieter				

In der nächsten Frage möchten wir wissen, welche praxisbegleitenden Maßnahmen Sie einsetzen. Links geben Sie bitte wieder Häufigkeit und rechts die Gewichtung Ihres Wunsches nach Begleitung, Fortbildung bzw. sie systematischer anwenden zu können, an.

3. Praxisbegleitende Maßnahmen	H Ä U F I G K E I T			WUNSCH
	Häufig benutzt	Gelegentl. benutzt	Gar nicht benutzt	Gewichtung 1 oder 2 oder 3
Externe Supervision				
Intravision / Falldiskussion im Team				
Teilnahme an Facharbeitskreisen (regional/überregional)				
Wissenschaftliche Projektbegleitung				
Fort- und Weiterbildung				
Anderer:				

Links geben Sie bitte hier die Häufigkeit und rechts die Gewichtung Ihres Wunsches nach Begleitung und Fortbildung bei der Dokumentation Ihrer Arbeit und Konzepte an.

4. Dokumentation	H Ä U F I G K E I T			WUNSCH
	Häufig benutzt	Gelegentl. benutzt	Gar nicht benutzt	Gewichtung 1 oder 2 oder 3
Statistiken (z.B. Daten über Nutzer)				
Einzelfalldokumentation				
Schriftliche Konzepte, Konzeptdokumentation				

¹ Als Leitlinien liegen z.B. von der DAH Materialien zur Telefonberatung, zur akzeptierenden Drogenarbeit, zur Arbeit in Haft, zur Vorort-Arbeit in der schwulen Szene, zum Ehrenamtsmanagement und zur Internetberatung vor.

Dokumentation von Arbeitsabläufen, Prozessvereinbarungen, schemata, Verantwortungsmatrix)				
Anderer:				

Hier möchten wir wissen, welche Methoden der Ergebnismessung Sie verwenden. Links geben Sie bitte wieder Häufigkeit und rechts die Gewichtung Ihres Wunsches nach Begleitung, Fortbildung bzw. sie systematischer anwenden zu können, an.

5. Ergebnismessung	H Ä U F I G K E I T			WUNSCH
	Häufig genutzt	Gelegentl. angewendet	Gar nicht benutzt	Gewichtung 1 oder 2 oder 3
Feststellung der Akzeptanz der Angebote				
Überprüfung der Zielerreichung				
Strategieplanung im Team				
Anderer:				

IV Partizipatorische Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung

An dieser Stelle möchten wir im Rahmen der Bedarfserhebung der DAH von Ihnen erfahren, ob sie von partizipatorischen Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention schon einmal gehört haben bzw. sich vorstellen können mehr davon zu erfahren. Partizipatorisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Prozesse der Evaluation und Qualitätssicherung in einem gleichberechtigten Austausch innerhalb der Praxiseinrichtung und sofern vorhanden auch mit der Begleitforschung erfolgen. Häufig werden Evaluationen nach mehr oder weniger starren Vorgaben, wie z.B. ISO-Normen zur Zertifizierung, vorgenommen. Sie werden von außen an die Einrichtung herangetragen, werden nach dem Ausfüllen auch extern bewertet und rückgemeldet.

Im Unterschied hierzu sind partizipatorische Evaluationen bereits von Anfang an mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtung entwickelt. Alle Ergebnisse werden gleichberechtigt ausgewertet und finden nur im Konsens Eingang in die Qualitätssicherung und -entwicklung.

Im Folgenden würden wir gern erfahren, in wieweit Sie / Ihre Mitarbeiter/innen damit vertraut sind und weitere Informationen wünschen. Sofern Sie uns Informationsbedarf signalisieren, können Weiterbildungen im Rahmen der DAH angeboten und durchgeführt werden.

12. Partizipatorische Ansätze in der Evaluation und Qualitätssicherung

Bitte wählen Sie je Frage eine Antwortmöglichkeit aus!

Haben Sie schon mal von partizipatorischem Vorgehen in der Evaluation und Qualitätssicherung gehört?

- Ja
 Ich bin mir nicht sicher
 Nein

Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen am Evaluations- und Qualitätssicherungsprozess ist für mich:

- Sehr wichtig
 Weniger wichtig
 Überhaupt nicht wichtig

Gleichberechtigte Beteiligung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen am Evaluations- und Qualitätssicherungsprozess ist bei mir in der Einrichtung:

- Eingeführt und realisiert
 In Ansätzen realisiert
 Noch nicht realisiert
 Nicht realisierbar

Ich habe Erfahrung mit gleichberechtigtem Austausch zwischen unserer Einrichtung und Forschungseinrichtungen im Hinblick auf Evaluation und Qualitätssicherung:

- Ja
 In Ansätzen
 Nein

Ich wünsche mir systematische Weiterbildung zu partizipatorischen Vorgehensweisen bei der Evaluation und Qualitätssicherung von HIV / AIDS-Primärprävention:

- Ja
 Nicht unbedingt notwendig
 Nein

13. Das Beste zum Schluss!

Nach vielen Fragen zur Evaluation, Qualitätssicherung und –management möchten wir Ihnen eine Sammlung von spontanen Äußerungen von Kolleginnen und Kollegen dazu vorlegen. Vielleicht sind Ihnen ähnliche Gedanken durch den Kopf gegangen. Im Folgenden bitten wir Sie, sich die Äußerungen anzuschauen und den Grad Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung anzugeben.

Es geht um Ihre Meinung! Alle Aussagen werden natürlich anonymisiert. Wir wünschen uns einen tiefer gehenden Eindruck, um die Zusammenarbeit und Fortbildungen befriedigender in Ihrem Sinnen gestalten zu können.

1. „Qualitätsmanagement findet bei uns auf allen Ebenen statt. Frei nach dem Motto ‚Kritik ist eine Ressource‘ wollen wir wissen, worin wir gut sind und was wir tun können, um als AIDS-Hilfe noch besser werden zu können.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

2. „Qualitätssicherung ist etwas, was nur dazu beiträgt, den bürokratischen Wasserkopf aufzublähen.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

3. „Anfangs gab es bei uns Vorbehalte gegen das Thema. Aber jetzt, wo wir unsere eigene Arbeit genauer anschauen, stellen wir fest, wie groß der Nutzen einer solchen Auseinandersetzung für uns selbst ist.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

4. „Papier ist geduldig, was bei uns zählt ist der unmittelbare Kontakt zu den Menschen.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

5. „Seitdem wir uns mit Qualitätsmanagement befassen, sind wir mutiger geworden. So stellen wir uns nicht nur die Frage, was gerade gut läuft, sondern auch der Frage, was noch nicht so läuft, wie wir es uns wünschen.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

6. „Wir können uns einen solchen Luxus nicht leisten, da wir von Jahr zu Jahr weiter gekürzt werden.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

7. „Ich halte Qualitätsmanagement für überflüssigen Quatsch: denn man merkt im alltäglichen Umgang mit den Klienten, ob die Arbeit ankommt oder nicht.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

8. „Wir haben schon immer mal überlegt, was in der Richtung zu machen, wissen aber nicht wo wir anfangen sollen.“

Stimme überhaupt nicht zu		weder/noch		Stimme vollkommen zu		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

9. „Bei all den Aufgaben, die uns von Jahr zu Jahr neu aufgedrückt werden, ist Qualitätsmanagement das letzte, wofür wir Zeit haben.“

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

10. „Man hört so viel widersprüchliches und es gibt so viele Geldschneider, dass man gar nicht weiß, wo man sich hinwenden soll, wenn man so etwas für die eigene AIDS-Hilfe umsetzen soll.“

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

11. „Wir haben schon verschiedene Dinge überlegt und ausprobiert, aber wenn es dann konkret wird, dann scheitert es immer am Geld, denn alles, was so angeboten wird, kostet mehr Geld, als uns zur Verfügung steht.“

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

12. „Qualität ist eine Frage der Haltung aller Mitarbeiter/innen unseres Hauses und an dieser arbeiten wir konsequent!“

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

VI: Angaben zur Einrichtung / Profil

Abschließend bitten wir Sie, noch einige Angaben zur Ihrer Einrichtung zu machen. Sie werden selbstverständlich, wie alle oben stehenden Antworten, vertraulich behandelt.

Name der Beratungsstelle

Postleitzahl

Bundesland

In den folgenden Tabellen möchten wir Sie bitten, Angaben zum Profil der Einrichtung zu machen. Geben Sie bitte an, ob sich Ihr Arbeitsschwerpunkt auf die HIV / AIDS-Thematik ausrichtet oder eher allgemein für eine spezielle Zielgruppe ist und wie groß der Ort ist, in dem Ihre Einrichtung liegt. Wählen Sie bitte jeweils eine Antwort aus.

Arbeitsschwerpunkt

Überwiegend oder ausschließlich HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>
Anderer Schwerpunkt (z.B. schwule Männer)	<input type="checkbox"/>

Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem die Einrichtung liegt?

Weniger als 20.000	<input type="checkbox"/>
20.000 bis 100.000	<input type="checkbox"/>
100.000 bis 500.000	<input type="checkbox"/>
500.000 bis 1 Mio.	<input type="checkbox"/>
Über eine Mio.	<input type="checkbox"/>

Bitte **senden** Sie den ausgefüllten Fragebogen in einem frankierten Rückumschlag **bis zum 30.07.2004** zurück **an**:

Wissenschaftszentrum Berlin
z. Hd. Martina Block, Michael T. Wright
Reichpietschufer 50
10785 Berlin

Herzlichen Dank!

Martina Block (Wissenschaftszentrum Berlin)
 Michael T. Wright (Wissenschaftszentrum Berlin)
 Karl Lemmen (Deutsche AIDS-Hilfe)

Protokoll für die Nacherhebung: Fragebogen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV / AIDS-Primärprävention

Protokollant/in: _____

Datum: _____

Name der Einrichtung: _____

1. Responder Non-Responder

2. Besteht Bereitschaft zum Telefonat?
 Ja Nein

Bei Ja bitte mit Frage 3 fortfahren.

3. Besteht Bereitschaft zur telefonischen (Nach-)Erfassung?
 Ja Nein

*Bei Ja den gesamten Bogen nach erfassen.
Bei Nein die Bitte äußern einige, wenige Fragen für unsere bessere Orientierung stellen zu dürfen. Was spricht gegen die Beantwortung?*

4. Bei Nichtbereitschaft bitte erfragen, welche Art von Prävention durchgeführt wird:
 Primärprävention Sekundär/Tertiärpräev.

Vorsichtig nachfragen, ob die Frage erlaubt ist, warum nicht geantwortet wird/wurde!

5. Warum ist der Fragebogen oder Teile davon nicht beantwortet worden?
 Zeitmangel, wenn möglich begründen

Mangelnde Motivation, wenn möglich begründen

Fühlen sich durch den Bogen nicht angesprochen, wenn möglich begründen

Andere Gründe:

Protokoll für die Nacherhebung: Fragebogen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der HIV / AIDS-Primärprävention

6. Wie geht es den Mitarbeiter/innen in der Einrichtung? Wie ist die Stimmung, wie die finanzielle Lage etc.? (frei protokollieren)

7. Konnte der Bogen heute vollständig erhoben werden?

Ja Nein

Bei Nein bitte vom Protokollant/in begründen:

Experten-Rating:

Gruppierung von Statements zur Qualitätssicherung

Bitte lesen Sie sich die einzelnen Äußerungen durch und überlegen, ob Sie inhaltliche Gemeinsamkeiten entdecken. Ähnliche Statements versehen Sie bitte mit derselben Gruppierungsnummer. Geben Sie für jedes Statement eine Gruppierung an; z.B. Statement 1 in Gruppe I, Statement 2 in Gruppe III. Die Menge der Gruppen ist Ihnen frei gestellt.

Statement	Gruppe
„Qualitätsmanagement findet bei uns auf allen Ebenen statt. Frei nach dem Motto ‚Kritik ist eine Ressource‘ wollen wir wissen, worin wir gut sind und was wir tun können, um als AIDS-Hilfe noch besser werden zu können.“	
„Qualitätssicherung ist etwas, was nur dazu beiträgt, den bürokratischen Wasserkopf aufzublähen.“	
„Anfangs gab es bei uns Vorbehalte gegen das Thema. Aber jetzt, wo wir unsere eigene Arbeit genauer anschauen, stellen wir fest, wie groß der Nutzen einer solchen Auseinandersetzung für uns selbst ist.“	
„Papier ist geduldig, was bei uns zählt ist der unmittelbare Kontakt zu den Menschen.“	
„Seitdem wir uns mit Qualitätsmanagement befassen, sind wir mutiger geworden. So stellen wir uns nicht nur die Frage, was gerade gut läuft, sondern auch der Frage, was noch nicht so läuft, wie wir es uns wünschen.“	
„Wir können uns einen solchen Luxus nicht leisten, da wir von Jahr zu Jahr weiter gekürzt werden.“	
„Ich halte Qualitätsmanagement für überflüssigen Quatsch: Man merkt im alltäglichen Umgang mit den Klienten, ob die Arbeit ankommt oder nicht.“	
„Wir haben schon immer mal überlegt, was in der Richtung zu machen, wissen aber nicht wo wir anfangen sollen.“	
„Bei all den Aufgaben, die uns von Jahr zu Jahr neu aufgedrückt werden, ist Qualitätsmanagement das letzte, wofür wir Zeit haben.“	
„Man hört so viel widersprüchliches und es gibt so viele Geldschneider, dass man gar nicht weiß, wo man sich hinwenden soll, wenn man so etwas für die eigene AIDS-Hilfe umsetzen soll.“	
„Wir haben schon verschiedene Dinge überlegt und ausprobiert, aber wenn es dann konkret wird, dann scheitert es immer am Geld, denn alles, was so angeboten wird, kostet mehr Geld, als uns zur Verfügung steht.“	
„Qualität ist eine Frage der Haltung aller Mitarbeiter/innen unseres Hauses und an dieser arbeiten wir konsequent!“	

Für jede gebildete Gruppe geben Sie bitte eine Beschreibung an:
