

**Institut für Ernährungswissenschaft der
Justus Liebig Universität Giessen**

**Grundzüge und Überlegungen zum
Qualitätsmanagement und zur
Qualitätssicherung der Dienstleistung
Ernährungsberatung**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Dr. oec.
troph. beim Fachbereich Agrarwissenschaften, Oecotrophologie
und Umweltmanagement der Justus-Liebig-Universität Giessen**

vorgelegt von

Dipl. oec. troph. Bettina Graf, geb. Streier
aus Amöneburg

Giessen 2003

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Verzeichnis der Abbildungen	7
Verzeichnis der Abkürzungen	9
0. Einleitung und Begründung des Themas	12
0.1. Inhaltlicher Begründungszusammenhang	17
0.2. Methodische Vorgehensweise	18
1. Grundlagen zur Qualität	
Was ist Qualität	21
2. Qualitätsmanagement	
2.1. Einleitung und Begriffsdefinition	26
2.2. Entwicklung und Grundzüge des Qualitätsmanagement	27
2.2.1. Das Verständnis von Qualität in der BRD	28
2.2.2. Die internationale Entwicklung des QM anhand der Ansätze bedeutender Persönlichkeiten des QM	30
2.2.3. Zusammenfassende und kritische Betrachtung der einschlägigen Modelle im Hinblick auf die Einbringung von QM-Elementen für die Dienstleistung Ernährungsberatung	42
2.3. Ergebnis orientierter Überblick: Methoden und Konzepte zur Verwirklichung der Qualitätsgrundsätze Aufbau und Interpretation der Normenreihe DIN ISO 9000-9004	44
3. Total Quality Management	
3.1. Einleitung und Begriffsdefinition	49
3.2. Abgrenzung zwischen Total Quality Management und Qualitätsmanagement	51
3.3. Methoden zur Umsetzung von Total Quality Management am Beispiel eines ausgewählten Unternehmens	52

4. Die Dienstleistung	
4.1. Einleitung und Begriffsdefinition	57
4.2. Systematik und Absatz von Dienstleistungen	59
4.3. Qualitätsmanagement bei Dienstleistungen	63
4.4. Anforderungen an ein Qualitätsmanagement für Dienstleistungen	69
4.4.1. Zur Frage der Normenforderung	69
4.4.2. Zur Übertragung der Normenforderung	71
4.5. Haushaltsbezogene, soziale Dienstleistungen	74
5. Ernährungsberatung als Dienstleistung	
5.1. Definition von Beratung	77
5.2. Formen und Struktur der Beratung allgemein	80
5.3. Zielsetzung von Beratung: Verhaltensmodifikation	86
5.4. Beratungskompetenz und Professionalisierung	90
5.5. Das Beratungskonzept der direktiven und nicht direktiven Beratung	92
5.5.1. Theoretische Ansätze des Beratungsprozesses	94
5.5.2. Abgrenzung der Beratung zur Therapie	99
5.6. Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Beratungsleistungen	102
5.7. Eine spezielle Form der Beratung: Die Dienstleistung Ernährungsberatung	104
5.7.1. Unterscheidung zwischen Ernährungsberatung und Ernährungstherapie	108
5.7.2. Ernährungsberatung online – ein Überblick	110
5.7.3. Das Beratungshonorar – Überlegungen zu einer „heiklen Frage“	113
6. Die Entwicklung des Qualitätsmanagements innerhalb des Gesundheitssystems	116
6.1. Aktueller Stand der medizinischen Qualitätssicherung in der BRD	120
6.2. Vorgaben der ärztlichen Qualitätssicherung durch den Gesetzgeber: Gesetzliche Vorgaben für die Prävention und Selbsthilfe – Konsequenzen für die Ernährungsberatung	123
6.3. Evaluation als Komponente des Qualitätsmanagements	126

6.4.	Dringlichkeit eines Qualitätsmanagements für die Institution Ernährungsberatung	131
6.5.	Existenzsicherung der Ernährungsberatung – Lösung Qualitätsoffensive?	134

7. Methodische Vorgehensweise bei der Erstellung eines Qualitätsmanagements für die Ernährungsberatung

	Voraussetzungen	136
7.1.	Begründete Auswahl der zu berücksichtigenden Faktoren	139
7.1.1.	Strukturqualität – was wird benötigt?	140
7.1.2.	Mögliche Leitlinien für die Strukturqualität der Ernährungsberatung	141
7.1.2.1.	„Gewährleistung der Grundversorgung“	141
7.1.2.2.	„Aus- und Weiterbildungsvoraussetzungen“ Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Ernährungsberatern	142
7.1.2.3.	„Bildung von Netzwerken“	149
7.1.2.4.	„ausgewogenes Verhältnis zwischen komplementären, ambulanten und stationären Beratungsangeboten“	152
7.1.2.5.	„Definition geeigneter Beratungsmethoden“	153
7.1.2.6.	„Ausschluss ungeeigneter Beratungsmethoden“	153
7.1.2.7.	„Räumlichkeiten“	155
7.1.2.8.	„Ausstattung“	156
7.1.3.	Prozessqualität – wie berate ich Anforderungen an den Beratungsprozess der Ernährungsberatung	160
7.1.4.	Ergebnisqualität – was soll dabei herauskommen	166
7.1.4.1.	Effektivität und Effizienz – Erläuterungen und Notwendigkeit für die Qualitätssicherung	169
7.1.4.2.	Methoden zur Bemessung der Kundenzufriedenheit von Ernährungsberatung	170

7.1.4.3.	Effizienzmessung von Beratungsleistungen: Die Kosten- Wirksamkeitsanalyse	172
7.1.4.4.	Kostensenkung in der Planungsphase – Value Engineering	175
7.1.5.	Strukturierung der Kriterien und Maßnahmen zur Erstellung eines Qualitätsmanagements für die Ernährungsberatung	176
7.1.5.1.	Betriebs-, bzw. praxisbezogene Kriterien und Maßnahmen	177
7.1.5.2.	Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen	177
7.1.5.3.	Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen	178
7.2.	TQM-Elemente	178
7.2.1.	TQM-Elemente der Strukturqualität	181
7.2.2.	TQM-Elemente der Prozessqualität	182
7.2.3.	TQM-Elemente der Ergebnisqualität	182
7.3.	Anpassung an die Institution Ernährungsberatung	184
7.3.1.	Vorschläge zur Kriterienauswahl der Strukturqualität für die Ernährungsberatung	185
7.3.2.	Vorschläge für die Kriterienauswahl der Prozessqualität für die Ernährungsberatung: Selbstmanagement – Prozesse besser steuern lernen	186
7.3.3.	Vorschläge zur Kriterienauswahl der Ergebnisqualität für die Ernährungsberatung: Beschwerdemanagement	192

8. Vorschläge einer Standardisierung der Institution Ernährungsberatung, Versuch einer Entwicklung einer QM-Konzeption, auch unter Gesichtspunkten von TQM

8.1.	Grundstruktur des Konzeptes	199
	Erster Schritt der QM-Konzeption: Entwicklung einer Präambel	
8.2.	Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen (Teil A)	200
8.2.1.	Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Strukturqualität (A1)	201
8.2.2.	Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Prozessqualität (A2)	203
8.2.3.	Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Ergebnisqualität (A3)	205

8.3.	Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen (Teil B)	206
8.3.1.	Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Strukturqualität (B1)	207
8.3.2.	Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Prozessqualität (B2)	209
8.3.3.	Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Ergebnisqualität (B3)	210
8.4.	Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen (Teil C)	
8.4.1.	Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Strukturqualität(C1)	212
8.4.2.	Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Prozessqualität(C2)	215
8.4.3.	Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Ergebnisqualität(C3)	219
9.	Schlussfolgerungen und Ausblick	221
10.	Zusammenfassung	224
11.	Summary	226
12.	Literaturverzeichnis	228

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abb. 1:	Die acht Dimensionen der Produktqualität	Seite 23
Abb. 2:	Das Qualitätsnetzwerk	Seite 25
Abb. 3:	Qualitätsverlustfunktionen	Seite 41
Abb. 4:	Qualitätsmanagement und seine Teilfunktionen	Seite 46
Abb. 5:	Schlüsselaspekte eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN ISO 9004-2	Seite 70
Abb. 6:	Spezifizierung von Beratung	Seite 82
Abb. 7:	Das Kontingenzschema	Seite 88
Abb. 8:	Unterscheidung vertikale bzw. direktive und horizontale bzw. nicht direktive Beratung	Seite 94
Abb. 9:	Gliederung der Qualitätsanforderungen der Ernährungsberatung	Seite 139
Abb. 10:	Definition von Prozessen für die Beratung	Seite 162
Abb. 11:	Gesamtbetrachtung des Beratungsprozesses	Seite 163
Abb. 12:	Grundprinzip des EFQM-Modells	Seite 180
Abb. 13:	Visualisierung der Einzelprozesse: Erstkontakt mit einem neuen Patienten	Seite 189
Abb. 14:	Methoden zur Messung der Patientenzufriedenheit	Seite 196
Abb. 15:	Konzept eines Grundgerüsts zur Erstellung eines QM-Handbuchs für die Ernährungsberatung	Seite 199

Tabellen

Tabelle 1:	Abgrenzung zwischen Total Quality Management und Qualitätsmanagement	Seite 51
Tabelle 2:	Definition geeigneter, bzw. ungeeigneter Beratungsmethoden	Seite 155
Tabelle 3:	Definition der Aspekte für die Bewertung der räumlichen Gegebenheiten einer Einrichtung für die Ernährungsberatung	Seite 156
Tabelle 4:	Mögliche Aspekte bei der Aufstellung von Standards für die technische und materielle Ausstattung von Ernährungsberatung	Seite 159

Verzeichnis der Abkürzungen

AID	Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten
ASI	American Supplier Institute
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BDEM	Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BWL	Betriebswirtschaftslehre
CD	Compact Disk
CWQC	Company-Wide Quality Control
DAEM	Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DIN	Deutsches Institut für Normung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
EQA	European Quality Award
FH	Fachhochschule
GAP (Modell)	Lücke
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GODO	Gebührenordnung für freiberuflich tätige Oecotrophologen
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
IREN	Institut für Rationelle Ernährung und Diätetik
ISDN	International Serial Data Network
kcal	Kilokalorie
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung

QUETHEB	Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung
QZ	Qualitätszirkel
SGB	Sozial Gesetzbuch
TQC	Total Quality Control
TQM	Total Quality Management
USA	United States of America
VDD	Verband der Diätassistenten
VDOe	Verband der Diplom-Oecotrophologen
VM	Verhaltensmodifikation
VT	Verhaltenstherapie
VWL	Volkswirtschaftslehre
www	World Wide Web

Literaturteil

0. Einleitung und Begründung des Themas

Zahlreiche Veröffentlichungen in der Tages- und Fachpresse sowie Beiträge in Rundfunk und Fernsehen vermitteln eindrucksvoll, dass sich die Gesundheitsversorgung zur Zeit mit zwei großen Themen beschäftigt: Kostensenkung und Qualitätssicherung.

Auch die Ernährungsberatung kann sich diesen Forderungen nicht entziehen, vor allem im Hinblick auf die häufig wechselnden gesetzlichen Voraussetzungen. In den letzten Jahren wurde der § 20 (Sozialgesetzbuch fünftes Buch, dritter Abschnitt), der sich mit den Leistungen zur Verhütung von Krankheiten beschäftigt, mehrfach überarbeitet. Die zur Zeit gültige Version macht die Primärprävention als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen. Die in diesem novellierten Paragraphen vorgesehene Budgetierung der Ausgaben verlangt jedoch vor allem effiziente Strategien zur Förderung der Gesundheit.

Gesundheitsförderung schließt im Zuge der stetig ansteigenden Zahl ernährungsabhängiger Erkrankungen die Institution Ernährungsberatung mit ein.

Die Forderung nach (mehr) Effizienz und Effektivität – dies entspricht der Zielsetzung eines professionellen Qualitätsmanagements - stellt die zahlreichen niedergelassenen Ernährungsberater vor ein großes Problem: Sie sehen sich mit neuen Anforderungen konfrontiert, ohne genau abschätzen zu können, wie sich dies auf ihre eigene Arbeit auswirkt. Der Begriff Qualitätsmanagement ist zwar in aller Munde, doch verbinden die meisten Verbraucher damit die Qualität real produzierter Güter, wie z. B. Autos, Kleidung, elektronische Geräte etc.

Dazu kommt, dass es gerade im Bereich der Ernährungsberatung eine große Zahl unseriöser Angebote gibt. Das Geschäft mit Schlankheit, Gesundheit und Wohlbefinden blüht, ganze Industriezweige beschäftigen sich mit der Produktion von Schlankheitsmitteln, Formula-Diäten und Nahrungsergänzungen. Keine Frauen-Zeitschrift, in der nicht regelmäßig Diättipps veröffentlicht werden. Mittlerweile gibt es sogar spezielle Titel, die sich ausschließlich mit der Gestaltung des eigenen Körpers in Form von Ernährungsaufklärung und Bewegungsangeboten beschäftigen.

Dazu gibt es ein großes Beratungsangebot, teilweise in Fitness-Studios, in sog. Diät-Clubs und eben in der niedergelassenen Praxis eines Ernährungsberaters¹.

¹ In dieser Arbeit wird der Begriff „Ernährungsberater“ institutionell benutzt und beschreibt daher sowohl die weibliche als auch die männliche Form. Dies gilt ebenfalls für Begriffe wie „Berater“, „Kunde“, „Klient“, „Ratsuchender“ und „Patient“, etc.

Es wird deutlich, dass es in Deutschland nicht unbedingt einen Mangel an Ernährungsaufklärung gibt, trotzdem steigt die Zahl der ernährungsabhängigen Erkrankungen stetig an (MERBECKS, 1997, S. 1).

Was zur Zeit Not tut, ist die Herausbildung eines Qualitätsbewusstseins, welches neben der Ernährungsaufklärung und –beratung vor allem für die Ernährungstherapie von entscheidender Bedeutung ist.

Dies erfordert jedoch zunächst eine möglichst breite Diskussion (GRAWE, 1997 in: LAIREITER/VOGEL, 1998).

Grundlage dieser Auseinandersetzung mit der Thematik Qualitätsmanagement ist der Anspruch nach mehr Kundenorientierung im Dienstleistungsbereich allgemein. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung dienen mittel- und langfristig der Erlangung von Transparenz der angebotenen (Dienst-)Leistung. Der Qualitätsgedanke im Dienstleistungssektor ist somit zum einen aus den Bedürfnissen der Kunden nach Transparenz und zum anderen aus dem Aspekt der Existenzsicherung seitens des Dienstleistungsunternehmens hervorgegangen.

Ein Problem, mit welchem sich die Dienstleistung Ernährungsbereitung auseinandersetzen muss, ist, dass keine materiellen Produkte erzeugt werden, die man leicht nach einem standardisierten Verfahren herstellen könnte. Es handelt sich vielmehr um immaterielle Angebote sowie individuelle Hilfestellungen. Ausschließlich betriebswirtschaftliche Kategorien erscheinen hier nicht angemessen (MENNE, 1998).

Um eine Leistung erstellen zu können, ist das Mitwirken eines Ratsuchenden erforderlich. Er erwirbt nicht nur ein bestimmtes Produkt, sondern stellt es selbst im Vollzug der Beratung mit her (MÜLLER, 1996). Aus diesem Grund kann man nicht das Ergebnis von Beratung als Produkt auffassen, sondern den gesamten Beratungsprozess.

Es stellt sich die Frage, welche Aspekte bei der Betrachtung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Beratung einzubeziehen sind und wie diese dann konkret angewendet werden.

Ein weiterer Punkt, der ebenfalls ausschlaggebend für diese Arbeit ist, bezieht sich auf die geringe Akzeptanz der wirtschaftlichen Wertigkeit von Ernährungsberatung.

§ 20 SGB V gibt zwar, nachdem der 1996 durch die Gesundheitsreform gestrichen wurde, qualifizierten Ernährungsberatungsfachkräften in einer novellierten Version die Möglichkeit, Zuschüsse von den Krankenkassen zu erhalten. Grundsätzlich hat sich jedoch bei den Verbrauchern spätestens bei der radikalen Kürzung der Präventionsleistungen der Ein-

druck manifestiert, dass die Ernährungsberatung offensichtlich keinen volkswirtschaftlichen Nutzen nachweisen konnte.

Dabei wird jedoch übersehen, dass die gesellschaftlich und sozial akzeptierte Beratung als Dienstleistung durchaus ihre Legitimation besitzt und nachweisen kann (LEONHÄUSER, 1997).

Ernährungsberatung ist nicht nur eine von den Krankenkassen unterstützte Primär-Präventionsleistung, sondern sollte den niedergelassenen Ernährungsberatern eine eigene Existenz sichern.

Es wird oftmals übersehen, dass eine Praxis für Ernährungsberatung genauso gewinnorientiert und organisiert werden kann, wie jedes andere Unternehmen.

Es existieren viele Konzepte für Dienstleistungen (allg.), Beratungsleistungen (allg.) und im Speziellen für die haushaltsbezogene bzw. soziale Dienstleistung Ernährungsberatung. Fast alle Konzepte befassen sich jedoch ausschließlich mit methodisch-didaktischen oder inhaltlichen Vorgaben. Zwar wird die volkswirtschaftliche Leistung der Ernährungsberatung durchaus herausgestellt, dies geschieht jedoch hauptsächlich von den Oecotrophologen, Diätassistenten bzw. ernährungsmedizinischen Beratern selbst (AMBROSIUS, 1993; GÜNTHER, 1996; JAHNEN, 1997; LEONHÄUSER 1988 und 1991; bzw. PUDEL, 1991).

Viele der angebotenen Beratungsleistungen basieren im Gegensatz zu den Therapieleistungen auf ehrenamtlicher² oder staatlich finanzierter³ Tätigkeit. Nur sehr wenige Beratungsleistungen werden adäquat bezahlt, dazu zählt z. B. die Steuer- und Rechtsberatung. Oftmals ist es aber auch so, dass Beratungsleistungen als Service eines Unternehmens angesehen werden, so auch die Finanz-, bzw. Anlageberatung der Banken und Sparkassen, Bauberatung, Verkaufsberatungen allgemein, auch in der Ernährungsindustrie unter Einsatz von Ernährungsberatungs-Fachkräften (oftmals Ernährungswissenschaftler). Letztendlich erfolgen diese Beratungsleistungen aber in Erwartung eines Geschäftsabschlusses und werden dementsprechend miteinkalkuliert und über später abgeschlossene Geschäfte mitfinanziert.

Doch offensichtlich hat diese „Inflation“ der Beratungsleistungen dazu geführt, dass die eigentliche Leistung, nämlich eine professionelle Beratung nach allen psychologisch-methodisch und fachlichen Kriterien, nicht entsprechend anerkannt bzw. honoriert wird.

² Z. B. Drogenberatung, Telefonseelsorge, Konfliktberatung, Jugendhilfe etc.

³ Familienberatung, Mütterberatung, Berufsberatung, Schwangerenberatung etc.

Dies macht eine deutliche Abgrenzung der Beratungsleistung „Ernährungsberatung“ von allen sozialen, ehrenamtlichen, staatlichen oder verkaufsfördernden Beratungen dringend notwendig.

Die selbständige, freiberufliche Ernährungsberatung muss als gewinnorientiertes Unternehmen mit allen für diese Unternehmensform gültigen betriebswirtschaftlichen Vorgaben anerkannt und akzeptiert werden.

Eine Besonderheit ist sicherlich, dass sich die Ernährungsberatung nicht aus der unternehmensinternen Anforderung nach externer Leistungserstellung entwickelt hat (CORSTEN, AMBROSIUS, 1993), sondern aus dem Bedürfnis der Verbraucher nach einer gesunden Lebensführung. Dies gilt jedoch auch für eine ganze Anzahl weiterer, durchaus gewinnorientierter Unternehmen, wie z. B. der Sport- und Fitnessbranche, Anbieter von Wellness-Kuren, Anbieter von Sport- bzw. Erlebnisreisen etc.

Letztendlich kann man einen Großteil des Freizeitsektors dazu zählen.

Einen gelungenen Vorstoß wagt Ambrosius (1993). Sie sagt aus, dass die professionalisierte Ernährungsberatung sich im weitesten Sinne aus den Bereichen Gesundheitswesen, Ernährungs- und Kommunikationswissenschaften sowie Beratungsmethodik zusammensetzt. Laut Corsten (1986) lässt sich die Ernährungsberatung in den tertiären Sektor der wirtschaftlichen Gesamtstruktur eines Landes einordnen, was eine Strukturanalyse im betriebswirtschaftlichen Kontext fordert.

Schließlich muss auch die Frage geklärt werden, welche Leistung erbringt die Ernährungsberatung im Einzelnen und was wird dazu benötigt?

Als wichtigster Punkt wäre wohl die Gesunderhaltung des Individuums bzw. bei einer nahezu flächendeckenden Ernährungsberatung die Erhaltung der Volksgesundheit zu nennen (MERBECKS, 1997). Daraus lässt sich eindeutig ein volkswirtschaftlicher Nutzen ableiten. Als zweiten Punkt sollte der Aspekt des gesteigerten Wohlbefindens mit all seinen daraus resultierenden Merkmalen, wie z. B. gesteigerte Produktivität am Arbeitsplatz, aufgeführt werden. Letztendlich trägt auch ein gut funktionierendes Unternehmen „Ernährungsberatung“ zu einer Steigerung des Bruttosozialproduktes bei.

Genauer betrachtet setzt sich die Leistungserstellung einer **persönlichen Ernährungsberatung** aus mehreren Faktoren zusammen. Dazu gehören die sogenannten „Grundleistungen“ wie Diagnose, Anamnese, Beratung, Betreuung, Nachbetreuung und „besondere“ Leistungen. Die eigentliche Beratungsleistung erfordert:

- die Qualifikation des Ernährungsberaters
- einen Beratungsraum
- ein Mindestmaß an technischer Ausstattung
- Personal
- Zeit
- die Auswahl des geeigneten didaktischen Beratungsansatzes
- Vorbereitungszeiten
- Abrechnungsverfahren

(AMBROSIUS, 1993)

Der Ablauf einer Gruppenberatung erfordert in einzelnen Teilbereichen ein differenziertes Leistungsverständnis, da hier zusätzliche Faktoren, z. B. Führungsleistungen, zu berücksichtigen sind. Es lassen sich jedoch auch hier die einzelnen Faktoren der Leistungserbringung darlegen. Dazu zählen wiederum Grundleistungen wie Vorbereitung, Führung und Moderation. Die Bereitstellung der eigentlichen Beratungsleistungen ist identisch mit der individuellen Ernährungsberatung. Zusätzlich wären noch Punkte wie z. B. die Suche nach Kooperationspartnern, Bereitstellung von Arbeitsmaterialien oder Reflexion über den Ablauf und das Ergebnis in der Gruppe zu nennen (AMBROSIUS, 1993).

Auch wenn man die Institution Ernährungsberatung als gewinnorientiertes Unternehmen betrachtet, soll eine reine Kommerzialisierung vermieden werden, denn schließlich verfolgt die Ernährungsberatung durchaus gemeinschaftlich orientierte Ziele (AMBROSIUS, 1993).

Kosten-Nutzen-Analysen sind ebenso erforderlich wie Effizienzmessungen oder Wirtschaftlichkeitsberechnungen.

In dieser Arbeit soll versucht werden, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Ziel der Arbeit ist es, unter Einbeziehung aller notwendigen Faktoren, ein Qualitätsmanagement für die Institution Ernährungsberatung zu entwickeln, welches sowohl benutzerfreundlich als auch verbraucherorientiert ist.

0.1. Inhaltlicher Begründungszusammenhang

Die Diskussion zum Thema Qualitätssicherung ist voll im Gange – dieses zeigt sich sowohl in der Anzahl der erschienenen Bücher und Arbeiten in diversen Fachzeitschriften wie auch in der stetig steigenden Zahl der zu diesem Thema abgehaltenen Symposien, Tagungen und Kolloquien.

Der Begriff Qualitätsmanagement taucht neben den „klassischen Einsatzbereichen“ der Produktionsbetriebe auch in der Medizin, der Psychologie- und Psychotherapie, der Pädagogik, dem Beratungswesen allgemein, dem Schulwesen etc. auf.

Bei näherer Betrachtung der einschlägigen Literatur fällt zunächst die permanente Unvollendetheit auf, die das Thema selbst repräsentiert. Immer wieder wird fälschlicherweise behauptet, Qualitätsmanagement besteht aus Forschung, Evaluation und bloßer Datenerhebung (LAIREITER/VOGEL, 1989). Qualitätsmanagement bedeutet im Bereich der Dienstleistungen – und dazu gehört auch die Ernährungsberatung – eine stetige selbstkritische Reflexion der Strukturen und Prozesse der Leistungserbringung.

Ziel dieser Arbeit ist es, ein einsatzfähiges Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements für die Institution Ernährungsberatung zu entwickeln.

Es empfiehlt sich daher, zunächst vorhandene Modelle sowohl zeitgeschichtlich als auch institutionell auf ihren Einsatz für die Ernährungsberatung zu prüfen.

Die in dieser Arbeit verwendete Literatur stammt zum größten Teil aus dem deutschsprachigen Raum, wobei die einzelnen Modelle nicht klar abzugrenzen sind, da viele deutsche Autoren (z. B. ADAMS, 1994; BAUMGÄRTEL, 1996; BENKENSTEIN, 1993; ENGELHARDT, 1991; GEIGER, 1994; KAMISKE, 1991, 1994, 1998, 1999; LANGMACK, 1994; LINSTER, 1996; RINNE, 1980, 1989; etc.) die amerikanischen oder/und japanischen Konzepte als Basis ihrer Überlegungen verwendet haben.

Ein weiterer Aspekt dieser Arbeit ist die Disziplin übergreifende Auswertung der Literatur. So wurde neben der Literatur aus dem Bereich Oecotrophologie vor allem Literatur aus den wissenschaftlichen Disziplinen

- Psychologie
- Psychotherapie und psychosoziale Versorgung
- Pädagogik
- Volkswirtschaftslehre/Betriebswirtschaftlehre

- Medizin
- Informatik

verwendet.

Da die Institution Ernährungsberatung in dieser Arbeit als durchaus gewinnorientiertes Unternehmen betrachtet wird, werden in erster Linie Modelle aus dem Bereich Betriebswirtschaftslehre herangezogen. Aber auch die sogenannten „Non-Profit-Organisationen“ werden kritisch gewürdigt, da einige Elemente durchaus sinnvoll für den Einsatz in der Ernährungsberatung scheinen.

Bei der Bearbeitung der Literatur fällt recht schnell auf, dass nicht das Modell eines optimalen Qualitätsmanagements existiert, sondern dass die Konzepte je nach Ausbildung, Herkunft, Interesse und persönlicher Einstellung der Autoren zum Teil stark variieren.

Dies macht auch die Schwierigkeit dieser Arbeit aus, denn weder der Bereich Qualitätsmanagement ist einheitlich definiert und strukturiert, noch der Bereich der (Ernährungs-)Beratung. In beiden Fällen existieren viele, zum Teil stark variierende Ansätze, die jedoch miteinander nicht in Einklang zu bringen sind. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, die geeigneten Ansätze herauszufiltern und diese so neu zusammensetzen, bzw. zu modifizieren, dass ein verständliches, realisierbares Qualitätsmanagement entsteht.

In dieser Arbeit wurde daher zunächst ein Gesamtüberblick geschaffen und die für die Ernährungsberatung geeigneten Ansätze herausgefiltert und so sinnvoll zusammengesetzt, dass ein einsatzfähiges, nutzerorientiertes und komplexes Modell für die Institution Ernährungsberatung entstanden ist.

Das Ergebnis der Arbeit ist das in Kapitel 8 auf Basis der Literaturlauswertung entwickelte QM-Konzept, welches die Mehrdimensionalität von Ernährungsberatung berücksichtigt und als Vorstufe einer möglichen Erarbeitung eines konkreten QM-Handbuches zu betrachten ist.

0.2. Methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Literaturteil mit der Auswertung verschiedener Qualitätsmanagementsysteme, Dimensionen von Dienst- und Beratungsleistungen sowie

den Anforderungen, die an eine professionelle Ernährungsberatung gestellt werden. Es handelt sich demnach um eine theoretische Analyse der wissenschaftlichen Literatur zu den o.g. Themen. Dabei werden die verschiedenen Modelle auf ihren Einsatz für die Ernährungsberatung kritisch gewürdigt. Des Weiteren wird überprüft, inwieweit die einzelnen Konzepte transformierbar sind und auf die Kernelemente der Ernährungsberatung als Dienstleistung angewendet werden können.

Der Aufbau ist so gewählt, dass zunächst allgemein gültige und schnell zu erfassende Grundlagen zum Thema Qualität und Qualitätsmanagement erläutert werden.

Die Problematik dieser Arbeit besteht in der schweren Erfassbarkeit der Struktur sowie der nicht einheitlich definierten Systematik sowohl des Begriffes Qualitätsmanagement als auch des Begriffes Beratung. Lediglich der Bereich Dienstleistung ist eindeutig und übergreifend definiert. Die Konzepte zum Qualitätsmanagement sind größtenteils Personen gebunden und liefern wenig allgemein gültige Aussagen. Vielmehr kommt es bei der Auswahl des geeigneten Systems u.a. auf die persönliche Einstellung und Haltung des Qualitätsbeauftragten an. In dieser Arbeit wird dennoch versucht, die entsprechenden allgemein gültigen Aussagen zum Thema Qualitätsmanagement herauszufiltern und dem Leser fassbar zu machen.

In Kapitel 1 werden zur Vorbereitung auf die folgenden Kapitel und zum besseren Verständnis zunächst die unterschiedlichen Aspekte von Qualität untersucht. Kapitel 2 beschäftigt sich dann mit den verschiedenen Methoden und Konzeptionen zum Qualitätsmanagement, wobei auch Grundsätze zur Verwirklichung geklärt werden.

Kapitel 3 geht auf die Besonderheiten von Total Quality Management (TQM) ein, wobei sowohl die Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zu einem traditionellen Qualitätsmanagement geklärt werden.

Nachdem die Thematik Qualitätsmanagement zunehmend auf den Punkt gebracht wird, indem die Begriffe interdisziplinär und zeitlich systematisiert werden, folgt in Kapitel 4 eine genaue Definition sowie Systematisierung des Begriffes Dienstleistung. Dies geschieht zunächst übergeordnet und von der Dienstleistung Ernährungsberatung losgelöst, um auch bis dahin noch nicht berücksichtigte Aspekte zu erfassen und ggf. im weiteren Verlauf der Arbeit entsprechend den Vorgaben für die Ernährungsberatung zu transformieren. Ebenfalls werden die komplexen Anforderungen eines Qualitätsmanagementsys-

tems an Dienstleistungen allgemein erläutert, im Speziellen wird auch auf die haushaltsbezogenen Dienstleistungen, unter die auch die Ernährungsberatung fällt, eingegangen.

Ein weiterer Schritt der Hinwendung zur Ernährungsberatung wird in Kapitel 5 geleistet. Dabei wird die Definition von Beratung allgemein, den Formen und Strukturen von Beratung sowie den theoretischen Ansätzen zum Beratungsprozess Rechnung getragen. In diesem Kapitel wird auch auf die Unterscheidung von Beratung und Therapie eingegangen, die für die Bestimmung der Wertigkeit und der daraus resultierenden Struktur-Voraussetzungen von professioneller Ernährungsberatung von entscheidender Bedeutung ist.

In Kapitel 5.7 werden die Aspekte von Ernährungsberatung genauer erläutert.

Um dem Ziel, nämlich der Entwicklung eines Qualitätsmanagements für die Ernährungsberatung, näher zu kommen, beschäftigt sich Kapitel 6.1 mit der geschichtlichen Entwicklung und dem aktuellen Stand des Qualitätsmanagements innerhalb des Gesundheitssystems, auch unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzlichen Vorgaben. Die Dringlichkeit von Evaluation wird in Kapitel 6.3 beschrieben, ebenso die Gründe, die für ein einheitliches Qualitätsmanagement der Ernährungsberatung sprechen (Kapitel 6.4). Mit der Fragestellung nach der Wirksamkeit einer Qualitätsoffensive bildet Kapitel 6.5 den Abschluss des Literaturüberblickes.

Um ein Qualitätsmanagement für die Institution Ernährungsberatung entwickeln zu können, müssen zunächst die methodischen Voraussetzungen geklärt werden (Kapitel 7). Darunter fallen sowohl die Aspekte von Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität, auch im Hinblick auf den Betrieb (bzw. die Praxis), die Mitarbeiter und die Kunden (Patienten) (bis einschließlich Kapitel 7.1.5.3).

Inwiefern die Einbindung von TQM-Kriterien möglich bzw. sinnvoll ist, wird in Kapitel 7.2 geklärt. In Vorbereitung auf die Erstellung eines QM-Systems werden in Kapitel 7.3 noch einmal sämtliche in Frage kommenden Kriterien aus den vorausgegangenen Kapiteln auf die speziellen Erfordernisse von Ernährungsberatung hin überprüft und ggf. angepasst. In Kapitel 8 schließlich werden, unter Einbeziehung der in den vorausgegangenen Kapiteln erarbeiteten Kriterien, konkrete Vorschläge für eine Standardisierung einzelner Aspekte von Ernährungsberatung entwickelt.

1. Grundlagen zur Qualität

Was ist Qualität?

Der Begriff „Qualität“ ist bereits seit dem Altertum bekannt. Mit dem lateinischen „qualitas“ wird die Beschaffenheit eines Gegenstandes ausgedrückt.

Die einfachste und kürzeste Definition von Qualität liefert der „Brockhaus“ : *„Qualität ist die Güte, Beschaffenheit, Wertstufe, besonders im Gegensatz zur Quantität“* (ANGER, 1992, S. 703). Die DIN-Norm 8402 - sie enthält die deutschen Begriffsdefinitionen für die Familie der DIN 9000 ff. - definiert: *„Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen und Merkmalswerten einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“* (Deutsches Institut für Normung, 1996).

Weitaus differenzierter betrachten Kamiske und Brauer (1999, S. 159) diese Definition: Sie sagen aus, dass bestimmte Erfordernisse zunächst in Merkmale mit vorgegebenen Werten umgesetzt werden müssen, erst daraus kann die Qualitätsforderung entstehen. Bei diesen Erfordernissen kann es sich um ganz unterschiedliche Gesichtspunkte, wie z. B. Brauchbarkeit, Zuverlässigkeit, Sicherheit, Umwelt etc. handeln. Weiterhin führen sie aus, dass der Begriff „Qualität“ weder dazu verwendet werden sollte, einen Vortrefflichkeitsgrad im vergleichenden Sinne auszudrücken, noch im quantitativen Sinn für eine technische Bewertung. Erforderlich ist es, den Qualitätsbegriff in seiner ganzen Komplexität und Vielschichtigkeit einzubetten, um so vor allem dem Laien die Notwendigkeit der Gesamtheit von Merkmalen verständlich zu machen.

Alles in allem erscheint eine definitorische Festlegung des Qualitätsbegriffes eher schwer zu handhaben. Betrachtet man die einzelnen Definitionselemente, ergibt sich Qualität in erster Linie als summarische Größe. Dabei handelt es sich zumeist um subjektive Eindrücke, bei denen die Messbarkeit ein grundsätzliches Problem darstellt (KAMISKE/BRAUER, 1999).

Einen pragmatischen Ansatz zur Definition des Begriffes Qualität bietet der Amerikaner Garvin (1984).

Dabei beschäftigt er sich mit unterschiedlichen Sichtweisen, den fünf Blickrichtungen des Qualitätsbegriffes.

Die fünf Blickrichtungen des Qualitätsbegriffes (in Anlehnung an David A. Garvin, 1984):

1. Die transzendente Sichtweise

- Qualität ist absolut und universell erkennbar, ein Zeichen von kompromisslos hohen Ansprüchen und Leistungen, sie ist nicht präzise zu definieren und wird nur durch Erfahrungen empfunden.

2. Die produktbezogene Sichtweise

- Qualität ist präzise und messbar, Qualitätsunterschiede werden durch bestimmte Eigenschaften oder Bestandteile eines Produktes auch quantitativ widergespiegelt.

3. Die anwenderbezogene Sichtweise

- Qualität liegt im Auge des Betrachters und weniger im Produkt, individuelle Konsumenten haben unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse, wobei diejenigen Güter, welche die Bedürfnisse am besten befriedigen, als qualitativ besonders hochstehend betrachtet werden.

4. Die prozessbezogene Sichtweise

- Qualität ist das Einhalten von Spezifikationen, jede Abweichung impliziert eine Verminderung, hervorragende Qualität entsteht durch eine gut ausgeführte Arbeit, deren Ergebnis die Anforderungen zuverlässig und sicher erfüllt.

5. Die Preis-Nutzen-bezogene Sichtweise

- Qualität wird durch Kosten und Preise ausgedrückt, ein Qualitätsprodukt erfüllt eine bestimmte Leistung zu einem akzeptablen Preis bzw. steht in Übereinstimmung mit Spezifikationen zu akzeptablen Kosten.

Aus dieser Definition wird ersichtlich, dass es unerlässlich ist, den Qualitätsbegriff zu differenzieren.

Die Mehrdimensionalität wird in der genaueren Zerlegung des Begriffes **PRODUKTQUALITÄT** deutlich.

Die acht Dimensionen der Produktqualität	
Gebrauchsnutzen	Haltbarkeit
Ausstattung	Kundendienst
Zuverlässigkeit	Ästhetik
Normgerechtigkeit	Qualitätsimage

Abb. 1: Die acht Dimensionen der Produktqualität
(GARVIN, 1988, S. 66-74)

Wittig (1989) bringt die Definition des Qualitätsbegriffes auf einen eher einfachen Nenner: „Qualität ist die Erfüllung vereinbarter Kundenanforderungen“. Da hierbei bereits die genauere Definition des Kriteriums „Kundenanforderung“ an sich fehlt, folgert Menne (1998, S. 21): „*Qualität ist das Erkennen der Kundenanforderungen, deren Umsetzung in erfüllbare Vereinbarungen und die Erfüllung dieser Vereinbarungen*“. Durch die Verbindung der Begriffe „Kundenanforderung“ und „Qualität“ ergeben sich, wie im Folgenden ausgeführt, viele neue Definitionsmöglichkeiten.

Die Erfüllung von Kundenanforderungen setzt zumindest das Vorhandensein von Konsumenten voraus. Demnach erscheint es sinnvoll, den Qualitätsbegriff aus Sicht der „Kunden“ zu definieren. Daraus ergeben sich folgende Kriterien (CICHOWSKI, 1992):

- Bedienungskomfort
- Individualität
- Umweltfreundlichkeit
- Sozialstatus
- Produktverfügbarkeit
- Professionalität
- hohe Garantie

- niedriger Energieverbrauch
- modernste Technologie
- weltweiter Service

Diese Liste ließe sich jedoch beliebig fortführen. Es erscheint fast unmöglich, **Die Qualität** im Zusammenhang mit Konsumentenforderungen und -wünschen zu formulieren. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass es sich hierbei um Qualitäts**merkmale** handelt, die individuell unterschiedliche Gewichtung erfahren.

Das Ergebnis einer solchen Betrachtungsweise lässt sich jedoch gut erkennen:

Qualität ist, wenn der Kunde zurückkommt, nicht die Produkte.

(ROTHERY, 1994⁴)

Ein Beispiel macht deutlich, auf welche Weise sich der Qualitätsbegriff in den Köpfen vieler Menschen manifestiert hat und wie er im Gegensatz dazu von den Wissenschaftlern oder Praktikern festgelegt wird:

Spricht man im allgemeinen Sprachgebrauch von einem „Qualitätsprodukt“, so denkt man dabei an ein besonders gutes, zuweilen exzellentes Produkt. In diesem Sinne ist z. B. ein Rolls-Royce sicherlich für viele ein Qualitätserzeugnis, ein Citroen 2CV z. B. aber eher nicht. Für einen Fachmann, der eine Qualitätsprüfung durchführt, können jedoch beides Qualitätsprodukte sein, es kann sogar vorkommen, dass der Rolls-Royce schlechter abschneidet, weil er z. B. Wind- und Fahrgeräusche macht, die beim Citroen von vorne herein toleriert werden. (RINNE, 1989).

Von diesem Ansatz her betrachtet empfiehlt sich daher, eine Unterscheidung zwischen einer **Qualität des Entwurfes** (Quality of Design) und einer **Qualität der Übereinstimmung** (Quality of conformance)⁵ vorzunehmen.

Der Oberbegriff Qualität wird in diesem Sinne als Maß für die Übereinstimmung von Design und Ausführung gesehen, d. h. die reale Erscheinungsform soll nicht vom konzipierten Produkt abweichen (RINNE, 1989).

⁴ Selbst die Engländer, wie Brian Rothery einer ist, haben Probleme, den Begriff Qualität salopp zu erklären. Da der deutsche Normentext zunächst wenig aussagekräftig ist, haben sich zahlreiche umgangssprachliche Definitionen gebildet.

⁵ Es werden auch die Begriffe **Planungsqualität** und **Ausführungsqualität** verwendet.

Die Einbindung der Kundenanforderungen bei der Definition des Qualitätsbegriffes macht auch Zink (1989) deutlich. Aus seiner Sicht sind die Anforderungen der Kunden das Maß aller Dinge. Er stellt heraus, dass dies sowohl für externe als auch für interne „Kunden“ gilt. Der gesamte Leistungserstellungsprozess mit allen vor- und nachgelagerten Bereichen lässt sich dementsprechend als „Qualitätsnetzwerk“ darstellen.

Das Qualitätsnetzwerk

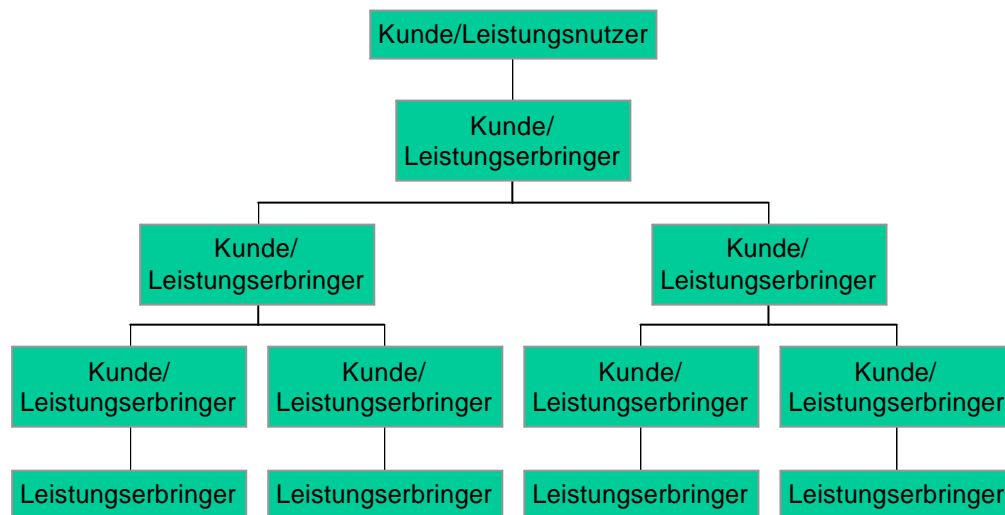


Abb. 2: Das Qualitätsnetzwerk
(modifiziert nach CULLEN/HOLLINGGUM, 1987, S.56)

Anhand des Qualitätsnetzwerkes wird ersichtlich, dass ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement nur unter der Einbeziehung aller Subunternehmer ganzheitlich durchgeführt werden kann. Dabei kann das eine Subunternehmen Kunde eines anderen Subunternehmens sein und somit Kunde **und** Leistungserbringer für den eigentlichen Endabnehmer. Aber auch innerhalb eines Unternehmens können verschiedene „Kunden“ und „Leistungserbringer“, z. B. durch die Trennung von Abteilungen, in ein ganzheitliches Qualitätsmanagement eingebunden sein.

Lisson (1987) sieht im Gegensatz dazu weniger die Kundenanforderung im Blickpunkt der Qualitätsdefinition, als vielmehr eine Sicherung bzw. Risikominimierung. Sicherung ist in diesem Zusammenhang ein Bewirken von Sicherheit. Objektiv versteht man darunter das Nichtvorhandensein von Gefahren, subjektiv die Gewissheit, vor möglichen Gefahren geschützt zu sein (ANGER, 1992). Die Gefahr darf sich dabei nicht nur auf Leib und Leben, sondern auf jede Bedingtheit beziehen, die der Sicherheit eines Produktes selbst oder bei seinem Gebrauch droht.

Der Begriff „Qualität“ sollte aufgrund seiner aufgezeigten Mehrdimensionalität weder als einzelnes Wort verwendet werden, um einen Vortrefflichkeitsgrad im vergleichenden Sinne auszudrücken, noch sollte er bei der Beurteilung technischer Eigenschaften herangezogen werden (KAMISKE/BRAUER, 1999).

Qualität ist eher eine summarische Größe, dem Begriff selbst liegen unterschiedliche Betrachtungsweisen zugrunde. Zumeist handelt es sich dabei um subjektive Eindrücke, die individuell verschieden sind. Sofern keine technischen Eigenschaften vorgegeben sind, stellt die Bewertung ein grundsätzliches Problem dar.

Bei der Beschreibung des Qualitätsbegriffes ist es unerlässlich, ihn in seiner ganzen Komplexität und Vielschichtigkeit zu analysieren, somit ist eine kurze Definition zwar hilfreich bei der Orientierung, wird aber für die ungeschulte Anwendung nicht uneingeschränkt nutzbar sein.

2. Qualitätsmanagement

2.1. Einleitung und Begriffsdefinition

Alle Maßnahmen, die zur Gewährleistung einer definierten Qualität herangezogen werden, wurden lange Zeit unter dem Begriff Qualitätssicherung (QS) betrachtet (DIN 55350 Teil 11, 1995, S. 2). Nach mehr als zwei Jahrzehnten Unklarheit wegen einer fehlenden internationalen Begriffsrangordnung zwischen *quality assurance* (Qualitätssicherung) und *quality management* (Qualitätsmanagement), hat die International Standardization Organization (ISO) 1990 entschieden: Der einheitliche Begriff lautet **Qualitätsmanagement (QM)**. Erst im Jahr 1992 wurde in der DIN ISO 8402 diese Umbenennung angekündigt.

Dies war für die zukünftige Definition von QS bzw. QM von großer Bedeutung, zumal zuvor Qualitätssicherung als Oberbegriff verwendet wurde, dem sich das Qualitätsmanagement untergeordnet hatte (DGQ⁶, 1994, S. 217) . Im Laufe der Begriffsentwicklung wurde diese Hierarchie also umgedreht: Die Qualitätssicherung ist heute nur noch Bestandteil des Qualitätsmanagements. Laut DIN EN ISO 8402 umfasst Qualitätsmanagement *„alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/-management-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen“* (DIN ISO, 1995).

Qualitätsmanagement nach der Norm DIN ISO 9000 bis 9004 sichert die Qualität der Produkte und Dienstleistungen durch eine festgelegte und dokumentierte Aufbau- und Ablauforganisation im Unternehmen. Qualitätsmanagement umfasst die technischen und organisatorischen Maßnahmen, um Qualität zu erzeugen und zu erhalten. QM ist immer auf die zu liefernden Produkte/Dienstleistungen ausgerichtet. Im Sinne einer systematischen Festlegung von geeigneten Präventivmaßnahmen zur Abwicklung der Qualitätserzeugung sind neben produktbezogenen Maßnahmen⁷ auch systembezogene Maßnahmen⁸ aufgeführt (RADEMACHER, 1994).

2.2. Entwicklung und Grundzüge des Qualitätsmanagements

Der Qualitätsbegriff ist ein durchaus fassbarer Begriff, der konkret beschrieben und somit handhabbar gemacht werden kann. Dennoch existieren zum Teil große Unterschiede über Bewertung, Verständnis, Implementierung und Anwendung des Begriffes (OESS, 1989). Dies gilt zum einen länderübergreifend, z. B. zwischen Deutschland und Japan, als auch in der unterschiedlichen Auffassung einzelner Experten.

Die Entwicklung unseres heutigen Qualitätsmanagements geht auf das Wirken vieler bedeutender Persönlichkeiten der Qualitätslehre zurück. Zum besseren Verständnis der einzelnen Ansätze und zur Prüfung der Nutzbarkeit eines Qualitätsmanagements für die Er-

⁶ Die zentrale Position aller Institutionen mit unterschiedlichem Engagement für Fragen der Qualitätssicherung in Deutschland ist die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ)

⁷ wie z. B. technische Qualitätsprüfungen, Werknormen, Instandhaltungspläne für Anlagen, Prüfformulare etc.

⁸ wie z. B. Lieferantenqualifikation, Rückverfolgung fehlerhafter Produkte, Überwachung festgelegter Maßnahmen, Dokumentation von Verfahrensabläufen etc.

nährungsberatung werden im Folgenden die unterschiedlichen Auffassungen der nach Literaturmeinung bedeutendsten Vordenker der Qualitätslehre beschrieben. Doch zunächst sei noch einmal auf das „deutsche Verständnis“ von Qualität eingegangen.

2.2.1. Das Verständnis von Qualität in der BRD

Die „Deutsche Gesellschaft für Qualität“ (DGQ) in Frankfurt ist, wie bereits beschrieben, der wichtigste Experte für Qualität in Deutschland. Der Rahmen, in dem das Thema Qualität in Deutschland gestaltet wird, wird von ihr vorgegeben. Sie hat auch die DIN-Normen mitgeschaffen, nach denen Qualität in Deutschland „gemacht“ wird.

Im Mai 1987 wurden nach einer etwa dreijährigen Vorbereitungszeit die deutschen Normen der DIN ISO 9000-9004 parallel zu den entsprechenden internationalen Normen veröffentlicht (OESS, 1989). Es existiert eine europäische Organisation zur Vereinheitlichung der Normen, welche die ISO-Normenserie sogar bindend für alle EG-Länder vorgeben will. Ziel dabei ist

„ein für ein Unternehmen spezifisches Qualitätssicherungssystem zur kostengünstigen Erreichung der Qualitätsanforderungen zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit unter Einbeziehung aller Geschäftsbereiche“

zu entwickeln (vgl. auch DGQ).

Aufgrund der immer intensiver werdenden internationalen Verflechtungen, z. B. auch durch den im Jahr 1992 in Kraft getretenen EU-Binnenmarkt, hat das Normenwerk DIN ISO 9000-9004 für die internationale Vertragsgestaltung und Nachweisführung der Qualitätsfähigkeit große Bedeutung gewonnen.

Staudt und Hinterwaller (1982) haben die Problematik des deutschen Qualitätsbegriffes und seiner mit den Rahmenbedingungen verbundenen Philosophie herausgearbeitet:

- Es handelt sich um einen statischen, innovationsfeindlichen Begriff, weil er auf die Sicherung einmal festgelegter Anforderungen abzielt.
- Das Know-how der ausführenden Bereiche wird nicht ausreichend miteinbezogen.

- Kundenwünsche werden kaum berücksichtigt.
- Es entstehen zum Teil hohe, prüfungsbedingte Kosten.
- Es existiert eine stark technische Orientierung.

Vernachlässigt wird zudem, dass diese Definition für Mitarbeiter des Verkaufs, des Marketings, des Einkaufs oder der Basis nur schlecht verständlich, viel zu abstrakt und zu kompliziert ist. Die Transparenz hin zum Kunden muss ebenfalls angezweifelt werden.

Das bis heute geltende deutsche Verständnis von Qualität und die daraus in den einzelnen Unternehmen resultierende Qualitätspolitik, die seit Ende der 60er Jahre propagiert wurde, muss zu einem Teil für die Ergebnisse verantwortlich gemacht werden, die wir bis heute auf den Märkten vorfinden.

Betrachtet man allein den Markt für z. B. Motorräder oder Unterhaltungselektronik, stellt man sehr schnell fest, dass die deutsche Industrie den Wettbewerb bis auf einige Ausnahmen eindeutig verloren hat. Diese Märkte gingen zum großen Teil an die Japaner oder an ausländische Unternehmen wie Philips, Sony etc.

Bei genauerer Betrachtung dieser Märkte zeigt sich sehr schnell, dass es hier vor allem darauf ankommt, die Bedürfnisse der Verbraucher präzise und umfassend zu erfassen und daraus konkrete Anforderungsprofile zu erstellen. Argumente wie Design, Ausstattung und Preis gewinnen sehr schnell an Bedeutung.

Vereinfacht lässt sich sagen: Wenn es um schnelle, flexible, kundenbezogene Anpassung auf den Märkten ging, hatten in der Vergangenheit vor allem die Japaner entscheidende Vorteile.

Auf Märkten, bei denen sich die Erwartungen der Kunden mit denen der Techniker deckten, wie z. B. bei der Investitionsgüter-Industrie, konnte die deutsche Industrie ihre Spitzenstellung halten.

Ein Blick über Deutschland hinaus in andere europäische Länder zeigt, dass sich die Qualitätsauffassungen nicht allzu sehr unterscheiden. Die praktizierte Qualitätspolitik wird auch dort von Technokraten beherrscht und der Blick für die Marktverhältnisse ist nicht immer eindeutig.

2.2.2. Die internationale Entwicklung des Qualitätsmanagements anhand der Ansätze bedeutender Persönlichkeiten des QM

Da die Entwicklung des Qualitätsmanagements auf den Konzepten und Modellen einiger bedeutender Persönlichkeiten der Qualitätslehre beruht, sind diese im Folgenden in ihrer historischen und inhaltlichen Entwicklung aufgeführt:

Crosby, Philip B.:

Er entwickelte 1961 ein Null-Fehler-Programm (Zero Defects Concept). Dieses zielt auf eine völlig fehlerfreie Produktion hin. Crosby vertritt die Auffassung, dass es keine akzeptable Fehlerquote und keine Nachbesserung geben sollte, sondern eine Null-Fehler-Produktion. Er stellte fest, dass nicht die Erfüllung von Qualität Kosten verursacht, sondern die Fehler bzw. Nichterfüllung. (CROSBY, 1979).

Die beste Methode zur Erreichung von Qualität ist demnach Vorbeugung, nicht Prüfung (CROSBY, 1980, 1986).

Nach Crosbys Auffassung ist Prüfung eine teure und wenig zuverlässige Methode. Aus diesem Grund ist Vorbeugung erforderlich, denn Fehler, die es nicht gibt, können nicht begangen werden.

Diese Einstellung sollte nach Crosby unmissverständlicher Bestandteil des Betriebsalltags werden.

Für ein besseres Verständnis dieses Ansatzes ist im Folgenden sein Konzept genauer erläutert:

Crosbys Null-Fehler-Konzept (CROSBY 1980, 1986)

Das erklärte Ziel dieses Konzeptes ist es, jede anstehende Aufgabe von vorne herein richtig durchzuführen. Dieses muss jedoch den Mitarbeitern vom Management schlüssig kommuniziert und im besten Fall auch vorgemacht werden.

Seine dahinter stehende Philosophie erläutert Crosby wie folgt:

„Menschen wird von klein auf beigebracht, dass sie Fehler machen. Auch im Arbeitsleben wird diese Überzeugung von vielen Unternehmen unterstützt, indem sie von vorneherein eine gewisse Fehlerquote einplanen. Dieser Führungsstil liefert dann den Mitarbeitern

den Beweis, dass dem Management der Wille fehlt, Arbeiten richtig ausführen zu lassen.“
(CROSBY, 1986, S. 82-91)

Crosby geht davon aus, dass Fehler durch zwei Faktoren verursacht werden:

- mangelnde Kenntnisse
- ungenügende Aufmerksamkeit

Mangelnde Kenntnisse lassen sich relativ leicht entdecken und beheben, ungenügende Aufmerksamkeit hingegen ist eine Frage der inneren Einstellung und lässt sich nur durch eine bewusste Neubewertung der jeweiligen Verhaltensmaßstäbe korrigieren. Dabei ist es unerlässlich, jedes Detail zu beachten und sorgfältig Fehler zu vermeiden.

Crosby sieht einen derart formulierten Leistungsstandard als wichtigstes Instrument für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Zudem wird eindeutig geklärt, was von jedem einzelnen Mitarbeiter zur Funktionsfähigkeit des Unternehmens beigetragen werden muss.

Vergleicht man Crosbys Ansatz mit dem traditionellen deutschen Qualitätsmanagement, wird eine Unterscheidung vor allem in zwei Bereichen deutlich: Einmal postuliert er die große Bedeutung und Verantwortung des Managements, zum anderen stellt er die Notwendigkeit einer Einstellungsänderung der Beteiligten heraus.

Sein Konzept will in erster Linie Einstellungen verändern, während technische Aspekte im Traditionellen verhaftet bleiben. Ein systematisches Konzept zur Motivation der Mitarbeiter fehlt jedoch. Crosbys Modell ist ein eher einfaches, traditionelles und in jeder Hinsicht auf „top-down“ ausgerichtetes Modell (OESS, 1989), das nur wenig Rücksicht nimmt auf das Wissen und Können der ausführenden Bereiche.

Deming, W. Edwards:

Deming entwickelte bereits 1939 statistische Methoden zur Qualitätssicherung (SHEWHART/DEMING, 1939). Für ihn stellt die statistische Interpretation von Qualitätsphänomenen das entscheidende Instrument dar, zuletzt auch deshalb, weil er ein Schüler des Statistikers W. A. Shewart ist. Aus der Sichtweise von Shewart liegt das Problem bei der Definition von Qualität in der Schwierigkeit, zukünftige Bedürfnisse der Verwen-

der in messbare Größen umzusetzen, damit ein Produkt entwickelt, hergestellt und schließlich zu einem angemessenen Preis auf dem Markt gehandelt werden kann (DEMING, 1986).

Qualität ist nach seiner Auffassung ein dialektisches Gebilde unterschiedlicher Profile, Skalen, Geschmacksrichtungen, Merkmale und Konsumentengruppen. Dies führt zu einer ständigen Überprüfung und Neubewertung der unterschiedlichen Qualitätsanforderungen. Grundlage seiner Arbeiten ist und bleibt jedoch eine statistische Interpretation von Qualitätsphänomenen, auch wenn er mit Juran und den Japanern eine gewisse Abneigung gegen einen allzu starken Glauben an statistische Messgrößen hegt.

Deming fordert die stetige Hinterfragung aller zahlenmäßig erfassten Ergebnisse und fördert so die permanente Überprüfung aller Merkmale, die ein Produkt betreffen.

Diese Sichtweise hat zum größten Teil zum Ruhm Demings als Mitbegründer des japanischen Qualitätswesens beigetragen.

Ein einfaches Beispiel soll diese dialektische Betrachtungsweise verdeutlichen:

„Die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung beinhaltet zahlreiche Wertungen, die subjektiv nur schwer zu messen sind. Im Urteil des Konsumenten erhält ein Produkt eine hohe Bewertung hinsichtlich eines bestimmten Nutzens, im Urteil eines anderen wird dieser Nutzen als niedrig eingestuft. Das Papier, auf dem ich schreibe, hat zahlreiche Qualitäten:

- *Es enthält eine bestimmte Holz-Sulfat-Mischung und ist 70 Gramm schwer.*
- *Es ist nicht glatt: man kann sowohl mit Füller, als auch mit Bleistift darauf schreiben.*
- *Wenn man auf der Rückseite schreibt, scheint es nicht durch.*
- *Es hat eine genormte Größe – dadurch kann ich es in mein Notizbuch, das drei Ringe hat, einheften.*
- *Man kann überall Ersatz für dieses Papier kaufen.*
- *Der Preis stimmt.“*

(DEMING, 1986, S. 169)

Jedes dieser Argumente kann kaufentscheidend sein, ausschlaggebend ist jedoch der Verwendungszweck. Es genügt also nicht, dass ein Produkt (oder eine Dienstleistung) Aufmerksamkeit erlangt und gekauft (bzw. in Anspruch genommen) wird – es muss auch

seinen Zweck erfüllen und vom Verwender im Nachhinein positiv beurteilt werden.

In Anbetracht dieser weitreichenden Argumentationen führte Deming später bei seinem Gang nach Japan dort die neuen Managementprinzipien eines 14-Punkte-Programmes ein.

Die 14 Punkte sind das Kernstück von Demings Philosophie (DEMING, 1986; KIRSTEIN, 1994; KAMISKE, 1999):

- 1.) Schaffe einen feststehenden Unternehmenszweck in Richtung auf eine ständige Verbesserung von Produkt und Dienstleistung.
- 2.) Wende die neue Philosophie an, um wirtschaftliche Stabilität sicherzustellen.
- 3.) Beende Notwendigkeit und Abhängigkeit von Vollkontrollen, um Qualität zu erreichen.
- 4.) Beende die Praxis, Geschäfte auf der Basis der niedrigsten Preise zu machen.
- 5.) Suche ständig nach Ursachen von Problemen, um alle Systeme (...) immer wieder zu verbessern.
- 6.) Schaffe moderne Methoden des Trainings und des Wiederholungstrainings direkt am Arbeitsplatz und für die Arbeitsaufgabe.
- 7.) Setze moderne Führungsmethoden ein (...)
- 8.) Fördere effektive, gegenseitige Kommunikation sowie andere Mittel, um die Atmosphäre der Furcht innerhalb des gesamten Unternehmens zu beseitigen.
- 9.) Beseitige die Abgrenzung der einzelnen Bereiche voneinander.
- 10.) Beseitige den Gebrauch von Aufrufen, Plakaten und Ermahnungen.
- 11.) Beseitige Leistungsvorgaben, die zahlenmäßige Quoten (Standards) und Ziele für die Werker festlegen.
- 12.) Beseitige alle Hindernisse, die (...) das Recht nehmen, stolz auf die Arbeit zu sein.
- 13.) Schaffe ein durchgreifendes Ausbildungsprogramm und ermuntere zur Selbstverbesserung für jeden einzelnen.
- 14.) Definiere deutlich die dauerhafte Verpflichtung des Top-Managements zur ständigen Verbesserung von Qualität und Produktivität.

Mit seinen Lehren revolutionierte Deming Qualität und Produktivität der japanischen Industrie. Er setzt dabei besonders auf zwei Akzente: Er betont zum einen den umfangreichen Einsatz statistischer Methoden für die Schaffung von Qualität in der Entwicklung, beim Einkauf, bei Dienstleistungen und in der Fertigung. Zusätzlich fordert er eine systematische Methode zum Messen und Reduzieren von Abweichungen sowie zum Entdecken und Eliminieren von Ursachen, um den Prozess stetig zu verbessern. Andererseits legt er großen Wert auf das Verhalten von Mitarbeitern in Bezug auf Zusammenarbeit, Kommunikation, freie Meinungsäußerung und offenes Klima.

Zu beachten ist jedoch: Obwohl die Hälfte seiner 14 Punkte Verhaltensdimensionen beschreiben, deren Bedeutung er sich durchaus bewusst ist, hat Deming kein Konzept für ein soziales System entwickelt. Komplexen Fragen wie Führungsstil, Motivation und Betriebsklima wird nur wenig Rechnung getragen (OESS, 1989).

Zusammengefasst wird deutlich, dass die Neuerung seines Konzeptes im dynamischen Verständnis von Qualität im Gegensatz zur bisherigen statischen Betrachtungsweise steht, indem er ständige Verbesserungen fordert.

Feigenbaum, Armand V. :

Von ihm stammt das sog. *Total Quality Control (TQC)* System. Dieses beschrieb er erstmals 1961 in seinem gleichnamigen Buch. Das TQC-Konzept fordert in allen Unternehmensbereichen ein ganzheitliches, gleichartiges und paralleles Handeln. Weiterhin entwickelte Feigenbaum während seiner Tätigkeit eine Sichtweise, die Qualität nicht als statisches, sondern als bewegliches, sich veränderndes Ziel begreift. (FEIGENBAUM, 1983/1987). Sein Konzept lässt sich nicht in wenige Kernaussagen fassen. Im Gegensatz zu Crosby, der jeden Bereich von oben nach unten durchleuchtet, legt Feigenbaum seinen Schwerpunkt auf Aktivitäten in horizontaler Richtung. Die Herstellung von Qualität muss bei der Produktentwicklung beginnen und durch Aktivitäten von Prozessen wie Konstruktion, Fertigung und Vertrieb enden (FEIGENBAUM, 1956).

Mit diesen Überlegungen brachte Feigenbaum drei neue und entscheidende Aspekte in die Qualitätsdiskussion ein:

1. Die Erwartungen des Verbrauchers bestimmen die Qualität.
2. Für Qualität ist jedermann verantwortlich, vom Top-Management bis zur Basis.
3. Qualität wird sowohl in Funktionen wie Marketing, Entwicklung, Konstruktion und Einkauf als auch in der Fertigung „gemacht“.

(OESS, 1989, S. 65)

Mit diesen Ansätzen war Feigenbaum einer der ersten Qualitätsexperten, der ausschließlich die Erwartungen der Verbraucher für die „Produktion“ von Qualität gelten ließ. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese nur empfunden, tatsächlich erlebt, ausdrücklich genannt oder nur latent vorhanden sind. Die rein betrieblichen Funktionen hingegen haben nach seinen Vorstellungen nur eine untergeordnete Bedeutung.

Dabei ist es eine entscheidende Aufgabe des Managements, die durch den Lebenszyklus eines Produktes bedingten Änderungswünsche der Verbraucher zu erfüllen.

Diese Forderungen erläutert Feigenbaum anhand der Entwicklung des Fernsehers. Zum besseren Verständnis seiner Ansätze wird dies kurz erläutert:

In der Einführungsphase des Konsumgutes „Fernseher“ war die Qualität vor allem mit der technischen Innovation verbunden. In erster Linie zahlungskräftige Kunden konnten das Produkt zunächst erwerben. Mängel wie z. B. verschwommene Bilder hielten zunächst nicht vom Kauf ab, es zählte in erster Linie die neue, bahnbrechende Innovation. Bereits nach wenigen Jahren wurde der Besitz eines Fernsehers zum Prestigeobjekt breiterer Käuferschichten – der Qualitätsanspruch änderte sich. Nun zählte die Integrationsmöglichkeit in ein passendes Möbelstück, welches einen bevorzugten Platz in der Wohnung erhielt. Mit der Einführung des Farb-TV erlangte diese Innovation neue Anziehungskraft. Als der Fernseher längst Einzug in die meisten Familien gefunden hatte, stellten Funktionstüchtigkeit und Servicefreundlichkeit die qualitätsentscheidenden Argumente dar.

In den folgenden Jahren wurde schnell eine Marktsättigung erreicht – die Verbraucher gerieten zum Teil sogar in Abhängigkeit ihres Fernsehers (Nachrichten, Wetter, Sportschau).

Zunehmend wurden Parameter wie Bildschärfe, Klarheit des Tons (z. B. Stereo), Störungsfreiheit zu Aspekten, die über eine gute oder schlechte Qualität entschieden.

In diesem Zusammenhang bedeutet Qualitätsmanagement nach Feigenbaum (1983), die veränderten Anforderungen der Verbraucher an Qualität zu erfassen und zu erfüllen.

Ein weiterer Schwerpunkt in Feigenbaums Aussagen ist die interfunktionale Zusammenarbeit der einzelnen Abteilungen eines Unternehmens. Auf statistische Methoden, wie z. B. auf Stichprobenverfahren und Prozessregelung legt er besonderen Wert.

Betrachtet man Feigenbaums Auffassungen im Gesamten, kommt man zum Schluss, dass es sich hier um ein sehr detailliertes und umfassendes Qualitätskonzept handelt. Er bezieht neben den rein technischen vor allem auch soziale Aspekte, wie die Beteiligung aller Mitarbeiter, ein.

Allerdings musste das heute so erfolgreiche Mitarbeiterbeteiligungsmodell der „Quality Circles“ erst von den Japanern erfunden werden. Feigenbaum trug zu diesem Konzept jedoch entscheidende Impulse bei.

Ishikawa, Kaoru:

Aufbauend auf den Arbeiten von DEMING, JURAN und besonders FEIGENBAUM und der Einbringung seiner eigenen Erfahrungen stellte ISHIKAWA mit Company-Wide Quality Control (CWQC)⁹ ein mitarbeiterorientiertes Konzept für die unternehmensweite Qualitätsarbeit vor (ISHIKAWA, 1987/1989).

Bereits 1943 entwickelte er sein erstes „Ursache-Wirkungs-Diagramm“ (Case-and-Effect-Diagram), welches auch als Ishikawa- oder Fischgrätendiagramm bezeichnet wird (KAMISKE/BRAUER, 1992). Dabei werden die Problemquellen aufgespürt, die von Materialien, Methoden und Menschen verursacht werden.

Anfang der 80er Jahre veröffentlicht er ein Buch, welches die japanische Position im Bereich Qualitätsmanagement darstellt (What is Total Quality Control, ISHIKAWA, 1985).

Diese wird von 6 Elementen gekennzeichnet:

1. „Quality first“. Nach diesem Grundsatz sollte eine Unternehmensleitung arbeiten, um das Vertrauen der Verbraucher zu gewinnen, was letztendlich zu einem stetigen Wachstum führt und gute Gewinne verspricht. Außerdem wird durch ein derart gestärktes und stabiles Management die Wettbewerbsfähigkeit langfristig gestärkt.

⁹ **Company-Wide Quality Control** umfasst alle qualitätsrelevanten Aktivitäten innerhalb eines Unternehmens, wobei sämtliche Mitarbeiter auf allen Hierarchie-Ebenen einbezogen werden. Alle Tätigkeiten im Produktentstehungsprozess haben dabei die Erfüllung der Kundenanforderungen zum Ziel.

2. „conformance to consumers’s requirements“. Die Japaner sind fest davon überzeugt, dass Qualität ausschließlich von den Verbrauchern her definiert werden kann und dies somit auch bei der Entwicklung, Konstruktion und Fertigung berücksichtigt werden muss.
3. „Alle wichtigen betrieblichen Funktionen müssen einbezogen werden“. Diesen Ansatz haben die Japaner von Feigenbaum übernommen. Er besagt, dass sowohl das Management als auch die einzelnen Abteilungen (Teams) interfunktional arbeiten müssen, um alle Gesichtspunkte von Qualität berücksichtigen zu können.
4. „Kontinuierliche Verbesserung“. Alle Qualitätsbemühungen zielen auf Perfektion ab, die vor diesem Zustand erreichten Stadien müssen daher stetig verbessert werden. Für die Japaner ist jeder Fehler ein Minus an Qualität, dem nachgegangen werden muss.
5. „partizipatives Management“. Die Einbeziehung aller Ebenen ist eine japanische Erfindung und eng mit der Quality-Circles-Bewegung verbunden. Eines der wesentlichen Motive ist die Schaffung eines Arbeitsumfeldes, welches den Mitarbeitern möglichst viel Autorität und Verantwortung überträgt. Erreicht werden kann dies z. B. durch die Durchführung passender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf allen Ebenen (vom Top-Management bis hin zum Mitarbeiter an der Basis).
6. „Berücksichtigung des sozialen Systems“. Ishikawa geht davon aus, dass Unternehmen in der Gesellschaft mit dem Ziel existieren, Bedürfnisse zu befriedigen. Da dies ihre einzige Daseinsberechtigung ist, müsste es auch ihr primäres Ziel darstellen. Daher sollte jeder, der mit dem Unternehmen in irgendeiner Art und Weise zusammenarbeitet sich wohl und glücklich fühlen. Das trifft neben den Verbrauchern auch auf Zulieferer, Anteilseigner, Mitarbeiter etc. zu.

(ISHIKAWA, 1985)

Fasst man diese 6 Elemente als Basis der japanischen Sichtweise zusammen, stellt man fest, dass diese Auffassung einen in sich geschlossenen und relativ weit entwickelten Ansatz enthält. Er beinhaltet alle wichtigen Elemente wie z. B. den Einsatz von Mess- und Prüftechnik, statistische Prozessregelung, Aus- und Weiterbildung auf allen Ebenen, Einbeziehung von Basis und Top-Management, interfunktionale Zusammenarbeit, Berücksichtigung des sozialen Systems sowie kontinuierliche Verbesserung.

Wirklich neu an diesem Konzept ist jedoch zum einen die kontinuierliche Verbesserung sowie die konsequente Einbeziehung aller Ebenen (OESS, 1989).

Ein weiterer Vorteil des japanischen Konzeptes ist die tagtägliche praktische Umsetzung der einzelnen Qualitätsparameter und der daraus gewonnenen Lehren.

Juran, Joseph M.:

Der Amerikaner Juran sieht seine Forschungsergebnisse in dem Ausdruck *Managing for Quality* beschrieben. Er hat eine Management-orientierte Unternehmensphilosophie entwickelt, die Qualitäts-Trilogie (*Quality Trilogy*). Sie beschreibt eine systematische und kontinuierliche Qualitätsverbesserung in drei sich wiederholenden Schritten (Einzelprozesse):

Qualitätsplanung – Qualitätsregelung – Qualitätsverbesserung

(JURAN, 1988)

Gemeinsam beschreibt er dies als „Fitness for use“ (JURAN, 1988), wobei es nach seiner Meinung viele „User“ bzw. Kunden gibt und viele Möglichkeiten, ein Produkt zu nutzen. Dabei dehnt Juran den Begriff „Kunde“ oder „Konsument“ auf alle Personen aus, die bei der „Herstellung“ eines Produktes in irgendeiner Weise betroffen sind, also auch Abteilungen wie Marketing, Entwicklung oder Einkauf. Diese bezeichnet er als „interne Kunden“. Unter externen Kunden hingegen versteht er neben den Nutzern des Produktes, den „eigentlichen“ Kunden, auch die örtlichen Gemeinden, Planungsbehörden sowie die Öffentlichkeit.

Fitness for use kann somit immer nur vom Standpunkt des „Nutzers“, also „Users“ bestimmt werden und muss die zentrale Botschaft eines Unternehmens darstellen. Dies beinhaltet aber auch, dass die Mitarbeiter Zugang zu den Informationen über „fitness for use“ von externen Kunden haben (z. B. über Marktforschungen), zumindest jedoch einfache und nachvollziehbare Spezifikationen über die Ausführung ihrer Arbeit. Die Aufgabe des Managements besteht hierbei in der Lieferung entsprechender Vorgaben, damit die Mitarbeiter überprüfen können, ob ihre Arbeit mit den Anforderungen übereinstimmt (JURAN, 1982).

Allerdings weist Juran darauf hin, dass auch wenn das innerbetriebliche Ziel der Übereinstimmung erreicht wird, die externe Kundenzufriedenheit durchaus niedrig sein kann. So z. B. wenn ein konkurrierendes Produkt in den Augen der Verbraucher besser ist. Produkt-Unzufriedenheit ist demnach nicht der einzig limitierende Faktor.

Juran sieht in der ausschließlich fertigungsbezogenen Qualitätsdefinition die Gefahr, auf Veränderungen des Kundenverhaltens zu spät reagieren zu können, außerdem könnten Konkurrenzeinflüsse vernachlässigt werden (JURAN, 1988).

Des Weiteren prägte Juran den Ausdruck „vital few, useful many“. Dieser gibt eine Anwendung des Pareto-Prinzips auf die Qualitätssicherung wieder (KAMISKE/BRAUER, 1999).

Das Pareto-Prinzip drückt aus, dass relativ kleine Ursachen eine große Anzahl von Auswirkungen nach sich ziehen können. Quantitativ dargestellt bedeutet dies, dass 70 -80% der Wirkungen auf gerade einmal 20 - 30% der möglichen Ursachen resultieren.

Diese 20 - 30 % der möglichen Ursachen bezeichnet Juran als die „vital few“ (= entscheidende Wenige), die möglichen Wirkungen als die „useful many“ (= nützliche Viele).

Juran gehört sicherlich als Ingenieur, Unternehmensberater, Jurist, Regierungsmitarbeiter, Hochschullehrer und Autor zum Thema Qualität zu den bedeutendsten Persönlichkeiten der Qualitätslehre und hat u. a. einen Orden vom japanischen Kaiser für seine Verdienste um die Entwicklung der Qualitätssicherung und die Förderung der amerikanisch-japanischen Freundschaft erhalten (KAMISKE/BRAUER, 1999).

Masing, Walter:

Die Bedeutung von Qualität und die Notwendigkeit der Verbreitung des Qualitätsgedankens in Deutschland wurde von Masing frühzeitig vorangetrieben (KAMISKE, 1999). Das von Masing erstmals 1980 herausgegebene Werk „Handbuch der Qualitätssicherung“ ist 1999 bereits in 4. Auflage erschienen (Umbenennung in „Handbuch des Qualitätsmanagements“) (MASING, 1999).

In einer 1994 vorgenommenen Änderung des Titels in „Handbuch Qualitätsmanagement“ wird u. a. dem Stand der Normung sowie der Entwicklung von Industrie und Wissenschaft Rechnung getragen. Dies wird vor allem in der Betrachtung der Rolle des Menschen im Qualitätsmanagement ausgedrückt. Masing (1988) führt aus, dass selbst bei einer vollautomatischen Fertigung der Mensch die wichtigste qualitätsbestimmende Größe ist und bleibt. Die Qualitätspolitik muss demnach die Mitarbeiter auf allen hierarchischen Ebenen mit einbeziehen und kann nicht neben ihnen her oder gegen sie verwirklicht werden.

Allgemein akzeptiert ist auch die Tatsache, dass eine schlichte Anweisung nicht ausreichend ist, um Mitarbeiter zur bestmöglichen Erfüllung übertragener Arbeiten zu veranlassen.

Taguchi, Genichi:

1957 beschreibt Taguchi in seinem Buch „Design of Experiments“ den Gebrauch statistischer Methoden für die Planung von Fertigungsprozessen. Taguchi erläutert hier seine Sichtweise der Qualität, die er als Verlust beschreibt, der entsteht, wenn ein ausgeliefertes Produkt seine Funktion nicht erfüllt und bei der Benutzung schädliche Nebeneffekte auftreten (TAGUCHI/CLAUSING, 1990).

Er ist weiterhin der Ansicht, dass qualitätssichernde Maßnahmen am wirkungsvollsten, schnellsten und somit auch kostengünstigsten während der Produktkonstruktion und der Prozessplanung zu treffen sind.

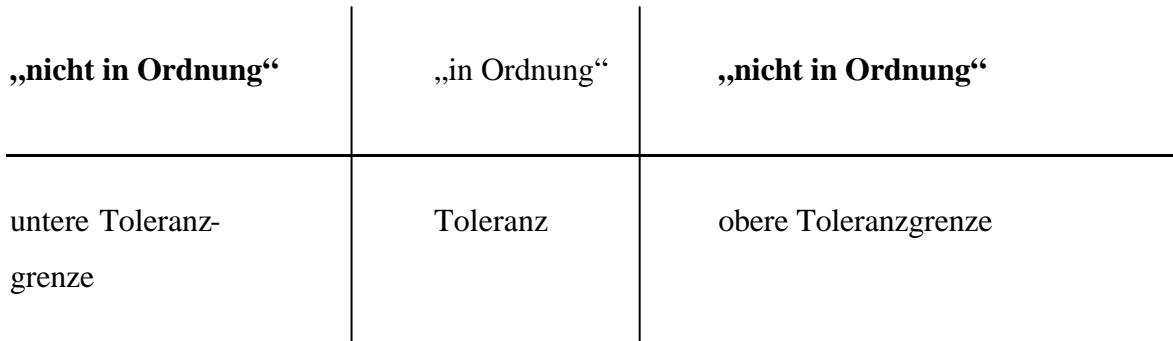
Dies bezeichnet er als sog. „Off-Line Quality Control“. Dem gegenüber wird bei der sog. „On-Line Quality Control“ der Prozess während der laufenden Produktion beobachtet und geregelt.

In der aktuellsten Version von „Design of Experiments“ modifizierte Taguchi die mathematisch-statistischen Grundlagen seiner Methodik und führte die quadratische Qualitätsverlustfunktion („Quality Loss Function“) ein, welche eine parabelähnliche Annäherung an denjenigen Qualitätsverlust darstellt, der erscheint, wenn die charakteristischen Qualitätsmerkmale von ihrem Zielwert abweichen.

Entsprechend dieser Funktion ist der Qualitätsverlust, also die mit Kosten bewertete Abweichung vom Zielwert, nur dann Null, wenn der Ist-Wert des Qualitätsmerkmals mit dem Sollwert übereinstimmt. Je weiter Ist- und Sollwert auseinanderliegen, desto größer wird der Qualitätsverlust (TAGUCHI/CLAUSING, 1999).

Zum besseren Verständnis hier ein Vergleich:

Traditionelle Betrachtungsweise



Qualitätsverlustfunktion nach Taguchi

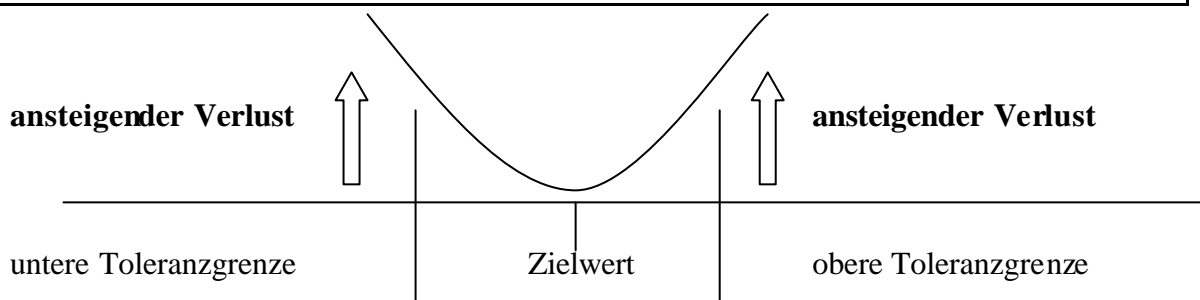


Abb. 3: Qualitätsverlustfunktion

(in: KAMISKE/BRAUER, 1999, S. 212)

Taguchi drückt mit dieser Sichtweise eine völlige Abkehr von der normalerweise üblichen Denkweise in Toleranzbereichen aus. Unter traditionellen Gesichtspunkten sind alle Ergebnisse (Ist-Werte), die innerhalb eines vorgegebenen Toleranzfeldes liegen, qualitativ gleichwertig und damit ohne Unterschied als „gut“ anzusehen (SONDERMANN/LEIST, 1989).

Taguchi hingegen sieht jede Abweichung vom Zielwert bereits als Verlust, auch wenn diese innerhalb der Toleranz liegt (vgl. Abb. 2.2.2.a.).

Qualität entsteht also nicht allein durch die Einhaltung von Toleranzen, sondern vielmehr ist die Übereinstimmung des Mittelwertes aller Werte eines funktionsbestimmenden Qualitätsmerkmals mit dem Sollwert bei gleichzeitig minimaler Streuung erforderlich.

Will man höchste Qualität erzielen, also den Qualitätsverlust als Abweichung vom Zielwert minimieren, ist laut Taguchi ein beherrschter und optimierter Produktionsprozess nötig.

Als Professor und Gastprofessor an mehreren in- und ausländischen Universitäten sowie geschäftsführender Direktor des American Supplier Institute, Inc. (ASI) und Berater der japanischen Normungsstelle (Japanese Standards Association) wurde Taguchi unter anderem mit dem Deming Prize für seine Untersuchungen zur Methodik der Versuchsplanung ausgezeichnet.

2.2.3. Zusammenfassende und kritische Betrachtung der einschlägigen Modelle im Hinblick auf die Einbringung von QM-Elementen für die Dienstleistung Ernährungsberatung

Oess (1989) ist bei seiner Gesamtbetrachtung der Expertenmeinung der Auffassung, dass das japanische Konzept das umfassendste, zugleich geschlossenste und differenzierteste ist. Er begründet seine Meinung mit der gleichzeitigen Berücksichtigung technischer und sozialer Elemente.

Eher traditionell dagegen sieht er die deutsche Auffassung, da hier fast ausschließlich technische Aspekte ausschlaggebend sind. Aber auch Crosbys Theorien (CROSBY, 1980, 1986, 1994) haben Mängel, da er in Bezug auf die einzelnen Elemente des technischen und sozialen Systems keine genaueren Ausführungen macht.

Beide Konzepte erscheinen demnach noch nicht dynamisiert genug, vor allem im Hinblick auf den Einsatz in einer stark von sozialen und zwischenmenschlichen Faktoren abhängigen Beratungssituation.

Auch die Position von Feigenbaum (1983) ist nicht eindeutig definiert, wobei er unter Berücksichtigung anderer „westlicher“ Experten eine Art Zwischenposition einnimmt, indem er sich am deutlichsten für eine Beteiligung der Basis ausspricht.

Zusammenfassend lässt sich jedoch feststellen, dass das soziale System mit seinen Elementen bei allen westlichen Experten unterentwickelt ist (OESS, 1988).

Die für ein Unternehmen überlebenswichtige Motivation beruht noch immer auf einem schon über 50 Jahre alten monokausalen Ursache- und Wirkungsmodell, der sogenannten „Belohnungs- und Strafenphilosophie“. Die Regeln sind ganz einfach: Gute Leistung wird belohnt, schlechte bestraft.

Die Japaner hingegen legen großen Wert darauf, dass die Betonung der Humanität nicht nur verbal geäußert, sondern dieses auch aktiv gelebt wird. Obwohl Juran und Deming als Mitbegründer des japanischen Modells aufgrund ihres Alters über ein noch etwas anderes Menschenbild verfügen, können ihre Ansätze durchaus als Basis der japanischen Sichtweise betrachtet werden¹⁰.

Die Betonung auf den Ausbau der Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, Teamarbeit und differenzierten Motivationsstrategien, die den Menschen als „Ganzheit“ begreifen, ist jedoch der einzige Unterschied zwischen Deming/Juran und den Japanern.

Die kontinuierliche Verbesserung findet sich sowohl bei Deming und Juran als auch bei Ishikawa (DEMING, 1986, 1994; JURAN, 1982, 1988, 1989; ISHIKAWA, 1985, 1989).

Betrachtet man die einzelnen Konzepte der Experten, stellt man sehr schnell fest, dass die einzelnen Auffassungen im Prinzip Stufen einer Entwicklung darstellen.

Inwieweit diese Konzepte auf die Ernährungsberatung angewendet werden können, bleibt fraglich. Zum einen fehlt bei den meisten Beratungseinrichtungen die klassische Unterteilung in Management und Mitarbeiter, so dass dieser Aspekt sicherlich vernachlässigt werden kann. Andererseits liegt es in der Besonderheit von Beratungssituationen an sich, dass diese nur schwerlich mit statistischen Methoden erfasst und genormt werden können.

Streicht man jedoch diese beiden entscheidenden Elemente des klassischen Qualitätsmanagements heraus, bleibt die Anwendung auf die Institution Ernährungsberatung mehr als fraglich. Es erscheint daher sinnvoller, die klassischen Elemente eines QM mit modernen Auffassungen zu kombinieren und ganz individuell auf die Ernährungsberatung anzupassen.

Dies soll in der vorliegenden Arbeit versucht werden.

¹⁰ Zur Erinnerung: Deming engagiert sich sehr für die Basis, Juran hingegen präferiert einen effizienten, kompakten und kraftvollen Management-Ansatz.

2.3. Ergebnis orientierter Überblick: Methoden und Konzepte zur Verwirklichung der Qualitätsgrundsätze

Im vorangegangenen Kapitel wurde die Entwicklung des klassischen Qualitätsmanagements anhand der Konzepte der bedeutendsten Persönlichkeiten der Qualitätslehre beschrieben. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden weltweit diskutiert, verbessert, modernisiert und eingesetzt. Es stellte sich jedoch vor allem die Frage nach einem effektiven Einsatz der Modelle. Dazu ist es notwendig, die tatsächlichen Prozesse zur Verwirklichung der Qualitätsgrundsätze zu analysieren.

Die Qualität von Produkten und Dienstleistungen lässt sich nur durch ein erfolgreiches Management aller Geschäftsprozesse erreichen.

Diese Prozesse müssen laut Haist/Fromm (1989)

- **effektiv** (wirksam) sein, d. h. sie müssen ihre vorgegebenen Aufgaben und Ziele erfüllen, wobei der Grad der Erfüllung an der Übereinstimmung mit den Anforderungen gemessen wird.
- **effizient** (wirtschaftlich) sein, d. h. sie müssen ihre Aufgaben mit einem Minimum an Ressourcen erfüllen.
- **kontrollierbar** und **steuerbar** sein, d. h. die verantwortlichen Personen müssen zu jeder Zeit den Zustand des Prozesses kennen und in der Lage sein, korrigierend eingreifen zu können.
- **adaptiv** (anpassungsfähig) sein, d.h. auf Veränderungen der Prozessumgebung muß reagiert werden können.

Laut Rothery (1994, S. 12-13) setzt sich ein Qualitätsmanagement im wesentlichen aus drei Bestandteilen zusammen:

- **Zielvorgaben** (Forderungen der ISO 9000er-Normen, begonnen mit der zu Papier gebrachten Qualitätspolitik des Unternehmens über die Struktur des Unternehmens bis hin zu detaillierten Verfahrensabläufen für jeden Schritt von der Beschaffung bis zur Auslieferung),
- **Normen** (Bei der Erstellung eines QM-Systems werden viele Normen und Richtlinien angewendet, wie z.B. Normen bez. zugekaufter Teile, Richtlinien

zur Lieferantenbewertung, Fertigungsvorgaben, Produktnormen etc. Wiederfinden lassen sich diese Normen und Richtlinien in den Verfahrensanweisungen eines QM-Handbuches, welche den einzelnen Kapiteln angehängt werden.),

- System (Dieses dokumentiert die Vorgänge der Beschaffung, die Prozessfähigkeit und die Endprüfung, da Zielvorgaben und Verfahrensabläufe alleine nicht ausreichen würden. Elemente eines solchen Systems sind u.a. Prüfdurchführung, Prüfmittelausstattung und Prüfmittelüberwachung.).

Daraus wird ersichtlich, dass Zielvorgaben und Normen ohne ein System, welches die Prozesse regelt, keinen Nutzen im Sinne eines Qualitätsmanagements erbringen. Rinne (1989) geht in seiner Erläuterung von Qualitätsmanagement noch weiter: Alle Maßnahmen zur Erreichung von Qualität werden unter dem Oberbegriff Qualitätssicherung¹¹ zusammengezogen. Dadurch werden fast alle betrieblichen Funktionsbereiche berührt. Qualitätsmanagement schließt neben technischen, wirtschaftlichen, mathematisch-statistischen auch juristische Aspekte mit ein.

Darüber hinaus spielen auch psychologische und ergonomische Überlegungen bei QM eine Rolle (RINNE, 1989, S. 10).

Qualitätsmanagement setzt sich also aus verschiedenen Teilfunktionen zusammen:

¹¹ Das Werk von Horst Rinne wurde 1989 herausgegeben, demnach verwendet er noch den alten Begriff „Qualitätssicherung“. Vom Sinn her beschäftigt er sich aber mit Qualitätsmanagement, was auch im Folgenden so benannt wird.

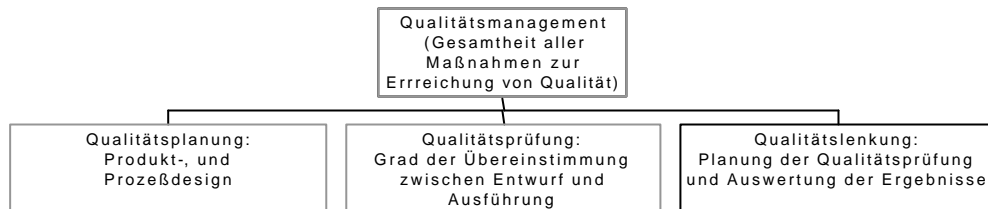


Abb. 4: Qualitätsmanagement und seine Teilfunktionen
(modifiziert nach RINNE, 1989)

Kamiske (1991, S. 124-125) fordert, dass für die konsequente Umsetzung des Qualitätsmanagements auf allen Hierarchie-Ebenen die Unternehmensleitung verantwortlich ist (WITTIG, 1994).

Weitreichender sehen Adams und Rademacher (1994) die Einflüsse des Qualitätsmanagement:

Die Qualitätssicherung eines Unternehmens/einer Organisation ist stark individuell geprägt durch zahlreiche Einflüsse und Festlegungen, z. B. durch die Ziele, die jeweiligen Produkte, die spezifischen organisatorischen Abläufe und die Unternehmensgröße bzw. der Organisation. Ein genormtes Qualitätssicherungssystem kann es daher aus ihrer Sicht nicht geben.

Es obliegt also dem Unternehmen selbst bzw. der Unternehmensleitung, in einem selbst erstellten Qualitätsmanagement-Handbuch die Ziele, Prozesse und Handlungsrahmen festzulegen. Dies empfiehlt auch die DIN ISO Norm – in einem Handbuch wird beschrieben, was an QM in einem Unternehmen vorliegt bzw. was einzuführen ist.

Entsprechend der Norm ist das Handbuch in 20 Elemente¹² gegliedert, auf der zweiten Ebene, der Dokumentation, werden Richtlinien und Verfahrensanweisungen, auf der dritten Ebene Anweisungen beschrieben. Die Umsetzung der jeweiligen Normenreihe muss mit größter Sorgfalt interpretiert und an das eigene Unternehmen angepasst werden. Allein die Berücksichtigung der Branche sowie die Ablauforganisation und Größe des Unternehmens machen die Erfüllung der Normen nicht immer ersichtlich. Die Managementaufgabe „Qualitätsmanagement“ kann nicht die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung an sich festlegen, sondern nur die Anforderungen, die an dieses Produkt bzw. die Dienstleistung gestellt werden, beschreiben. Um dies zu erreichen, sind die Normen der DIN ISO Reihe nützlich, da diese *„Anbieter, Hersteller und Entwickler unterstützen, wie man managt, wie man sich organisiert, damit eben bestimmte Unternehmensanforderungen erfüllt sind“* (WUNDER, 1994, S. 34).

Aufbau und Interpretation der Normenreihe DIN ISO 9000 – 9004

Die Normenreihe DIN ISO 9000 bis 9004 besteht aus fünf einzelnen Normen, die je nach Anwendungsfall, als Grundlage für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems herangezogen werden können:

¹² Elemente des Qualitätsmanagement-Systems gemäß DIN ISO:

1. Verantwortung der obersten Leitung
2. Qualitätsmanagement-System
3. Vertragsüberprüfung
4. Designlenkung (Entwicklung)
5. Lenkung der Dokumente
6. Beschaffung
7. Vom Auftraggeber beigestellte Produkte
8. Identifikation und Rückverfolgbarkeit von Produkten
9. Prozesslenkung
10. Prüfungen
11. Prüfmittel
12. Prüfstatus
13. Lenkung fehlerhafter Produkte
14. Korrekturmaßnahmen
15. Handhabung, Verpackung, Lagerung, Versand
16. Qualitätsaufzeichnungen
17. Interne Qualitätsaudits
18. Schulung
19. Kundendienst
20. Statistische Methoden

- DIN ISO 9000** Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsnormen
Leitfaden zur Auswahl und Anwendung
- DIN ISO 9001** Qualitätssicherungssysteme
Modell zur Darlegung der Qualitätssicherung in Design/Entwicklung,
Produktion, Montage und Kundendienst
- DIN ISO 9002** Qualitätssicherungssysteme
Modell zur Darlegung der Qualitätssicherung in Produktion und
Montage
- DIN ISO 9003** Qualitätssicherungssysteme
Modell zur Darlegung der Qualitätssicherung bei der Endprüfung
- DIN ISO 9004** Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätsmanagementsystems
Leitfaden

(QUELLE: DGQ, 1994)

Die Norm DIN ISO 9000 ist ein Leitfaden zur Auswahl und Anwendung der zugehörigen Normen 9001-9003. Die Normen DIN ISO 9001, 9002 und 9003 enthalten in jeweils abgestuften Forderungen Modelle zur Darlegung des Qualitätsmanagements nach außen, das heißt gegenüber den Vertragspartnern. Diese drei Normen werden als Grundlage des Qualitätsmanagements zwischen Lieferant und Auftraggeber herangezogen. Deswegen werden Qualitätsmanagementsysteme nach diesen Normen am häufigsten angewandt.

Die Norm DIN ISO 9004 ist ein Leitfaden zur Entwicklung und Einführung eines Qualitätsmanagementsystems, das ohne Druck von außen (Kundenforderung) vom Unternehmen gewollt wird. Im Unternehmen sind die technischen, administrativen und menschlichen Faktoren so zu beherrschen, dass die Qualität der Produkte/Dienstleistungen den Unternehmenszielen entspricht. Insofern sind die Elemente in dieser Norm gegenüber der DIN ISO 9001 um die Wirtschaftlichkeit erweitert.

Bei der Norm DIN ISO 9004, Teil 2 handelt es sich um einen Leitfadens zur Einführung von Qualitätsmanagementsystemen für Dienstleistungen¹³ (DGQ, 1992, 1994).

Auch dieses Modell ist für den Einsatz in der Ernährungsberatung nur partiell geeignet, da soziale und interaktive Faktoren so gut wie nicht vorkommen.

3. Total Quality Management

3.1. Einleitung und Begriffsdefinition

Total Quality Management bedeutet, dass Qualitätsdenken und Qualitätswesen sich in der Unternehmensphilosophie verkörpern, die von **allen** Mitarbeitern getragen werden muss (OESS, 1989). Ursprünglich kommt Total Quality Management (TQM) aus Japan¹⁴, wo die Auffassung von Qualität sich nicht nur in der Zufriedenheit der Kunden, sondern auch in der Bedürfnisbefriedigung der Mitarbeiter eines Unternehmens widerspiegelt. Auf einen Nenner gebracht ist TQM ein *„langfristiges Konzept, um die Qualität von Produkten und Dienstleistungen einer Unternehmung in Entwicklung, Konstruktion, Fertigung und Kundendienst durch die Mitwirkung aller Mitarbeiter zu günstigen Kosten kontinuierlich zu gewährleisten und zu verbessern, um eine optimale Bedürfnisbefriedigung der Konsumenten zu ermöglichen“* (OESS, 1989, S. 81).

TQM-Aktivitäten sind die Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung aller qualitätsrelevanten Kriterien in einem Unternehmen (WITTIG, 1994). TQM ist aber auch ein Führungsmodell, das – aufbauend auf eine kunden- und mitarbeiterorientierte Unternehmensphilosophie – es dem Unternehmen erlaubt, flexibel auf die vielfältigen Anforderungen des Marktes und der Gesellschaft zu reagieren. Maßgeblich ist hierbei die Vorbildfunktion des Managements, die ein Unternehmen auf „Qualitätskurs“ bringen soll (MALORNY/KASSEBOHM, 1994; SCHILDKNECHT, 1992).

¹³ z. B.: Gesundheitswesen, Kommunikationsbranche, Handel, öffentliche Einrichtungen, Finanzwesen, Schulen, Beratungsunternehmen, Universitäten etc.)

¹⁴ Mitte der 80er Jahre tauchte der Begriff Total Quality Management erstmals in der fachlichen Diskussion auf. Inhaltlich geht er auf das von Feigenbaum (s. Seite 34) 1961 entwickelte TQC- (Total Quality Control) Modell zurück. Darauf aufbauend stellte Ishikawa (s. Seite 36) sein CWQC- (Company-Wide Quality-Control) Konzept vor. TQM geht noch ein Stück weiter: Die übergeordnete Unternehmensphilosophie wird auf das Qualitätsziel ausgerichtet (KAMISKE, 1999; MALORNY, 1994).

Schildknecht sieht TQM als Ansatz der strategischen Unternehmensführung mit dem Ziel, Qualitätsförderung zu verstehen.

Erstmalig wurde TQM im DIN ISO 8402 (Stand 1992) - Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung; Begriffe - definiert:

Total Quality Management, in der deutschen Übersetzung Totales Qualitätsmanagement: Auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität¹⁵ in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden langfristig Geschäftserfolg sowie Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft erzielt.

(KAMISKE, MALORNY, 1992)

TQM ist also eine Erweiterung von QM durch die Einbindung der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Vorbild- und Leitfunktion der Unternehmensführung.

Frehr (1994) definiert Total Quality Management über die Zerlegung des Begriffes in *Total* und *Quality*. **Total** bedeutet demnach: Alle Geschäftsbereiche eines Unternehmens müssen in die Qualitätsverbesserung miteinbezogen werden, dies gilt auch für Dienstleistungen.

Quality definiert er laut DIN 55350, Teil 11: „Qualität ist die Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“

¹⁵ Der Begriff Qualität bezieht sich beim Total Quality Management auf das Erreichen aller Management-Ziele.

3.2. Abgrenzung zwischen Total Quality Management und Qualitätsmanagement

Traditionelle Qualitätssicherung	Total Quality Management
eindimensionaler, herstellerorientierter Qualitätsbegriff	erweiterter, mehrdimensionaler, kundenorientierter Qualitätsbegriff
enger Kundenbegriff	erweiterter Kundenbegriff (extern und intern)
ergebnisorientierte Qualitätspolitik	Präventivorientierte Qualitätspolitik
Qualität als Aufgabe weniger	Qualität als Aufgabe aller
produkt- bzw. fertigungsbezogene Qualitätssicherung	unternehmensweite Qualitätsförderung
Einhaltung von Toleranzen	systematische Qualitätsförderung mit dem Ziel "null Fehler"
Qualitätssicherung als operative Aufgabe	Qualitätsförderung als strategische Aufgabe
Qualität als derivatives Unternehmensziel	Qualität als wesentliches Unternehmensziel
Unternehmen als geschlossenes System	Unternehmen als offenes System
Qualität und Produktivität als Scheinbarer Widerspruch	Produktivität durch Qualität
Funktionaler Charakter der Qualitätspolitik	integrativer Charakter der Qualitätspolitik

Tabelle 1: Abgrenzung zwischen Total Quality Management und Qualitätsmanagement (eigene Darstellung in Anlehnung an SCHILDKNECHT, 1992, S. 173)

Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass TQM einen erheblich erweiterten Ansatz widerspiegelt. Im Vordergrund steht hierbei sicherlich die Kundenorientierung sowie die prä-

ventive Ausrichtung auf Seiten des TQM. Der Kunde steht im Mittelpunkt, Fehler sollen erst gar nicht begangen werden. Die Leistungen eines Unternehmens werden transparent und nachvollziehbar, alle am Prozess Beteiligten sind über die Ziele der Qualitätspolitik umfassend informiert. Während beim Einsatz der traditionellen Qualitätssicherung Qualität und Produktivität in einem scheinbaren Widerspruch stehen, lässt sich bei einem integrierten TQM-System die Produktivität durch den Einsatz von Qualität steigern, vor allem im Hinblick auf das Ziel „Null-Fehler“. Dieser Aspekt darf auch aus kostentechnischer Sicht nicht vernachlässigt werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein gut eingeführtes, von allen Beteiligten verstandenes und gelebtes TQM System sowohl dem Unternehmens selbst, als auch den Kunden (intern und extern) im Gegensatz zu einem klassischen, Normen-orientierten QM-System, Vorteile bringt.

3.3. Methoden zur Umsetzung von Total Quality Management am Beispiel eines ausgewählten Unternehmens

Für TQM gibt es, anders als bei den ISO-Normen, keine konkreten Umsetzungsrichtlinien (QS 24, S. 80).

Damit ein TQM-Modell in die Praxis umgesetzt werden kann, müssen von der obersten Unternehmensleitung gewisse Rahmenbedingungen geschaffen werden. Diese können in organisatorische, personelle und technische Rahmenbedingungen unterteilt werden (ZINK, 1989). In der eigentlichen Umsetzung werden dann die einschlägigen Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements angewendet (KAMISKE, 1999; S. 313, ZINK, 1992; SCHILDKNECHT, 1992).

Ein umfassendes Qualitätskonzept im Sinne von TQM erfordert eine Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen (ZINK, 1995, S. 109.). Eine zentrale Rolle spielen auch die Unternehmenskultur sowie die unternehmerischen Visionen¹⁶ (vgl. ATKINSON, 1990).

Für eine qualitätsorientierte Unternehmensführung muss ein Einklang zwischen Unternehmenskultur und Qualitätspolitik bestehen (WATZKA, 1990).

¹⁶ Visionen zeichnen das Bild einer entfernten, aber dennoch realistischen Zukunft und fokussieren die Energien der Mitarbeiter in eine bestimmte Richtung (vgl. HINTERHUBER, H.H., Strategische Unternehmensführung, Bd. 1)

Exemplarisch sei hier einmal die Umsetzung eines TQM-Modells im Unternehmen **tegut... gute Lebensmittel** aufgeführt:

tegut... ist ein regionales Lebensmittelhandelsunternehmen, das neben ca. 350 Filialen in Hessen, Thüringen und Franken auch 2 Produktionsbetriebe führt. Diese sind die ökologische Großbäckerei „herzberger“ und die „kff“, die kurhessischen Fleischwaren Fulda, die neben einem breiten konventionellen Angebot auch ökologische Fleisch- und Wurstwaren anbieten. Sowohl Deutschland als auch Europa weit verfügt tegut... über ein beispielhaftes Qualitätsmanagement-System.

Ausgangspunkt für das tegut...-Qualitätskonzept ist die Festlegung der Zielgruppe. Dies sind zum einen die Kunden, die in die Märkte kommen, zum anderen die Mitarbeiter in den zentralen Diensten und Filialen¹⁷. Auch Lieferanten und Behörden zählen zur Zielgruppe, wenn es um die Umsetzung eines einheitlichen Qualitätskonzeptes geht.

Das Unternehmen tegut... hat für alle relevanten Bereiche Qualitätskonzepte entwickelt, die von der Unternehmensleitung festgelegt, von der Abteilung Qualitätssicherung erarbeitet und in allen Bereichen und Abteilungen umgesetzt werden.

An oberster Stelle steht die stark qualitätsorientierte Firmenphilosophie, die, angefangen beim Vorstand, über die Geschäftsleitung in alle Arbeitsbereiche und an alle Mitarbeiter kommuniziert und vorgelebt wird.

Angelehnt an drei Haupt-Kundenbedürfnisse sollen stichwortartig die durch das tegut...-Qualitätsmanagement erarbeiteten Konzepte aufgezählt werden:

1. Kundenbedürfnis „Vertrauen“

- Maßnahmen:
- Eigenkontrollsystem (HACCP¹⁸-System im gesamten Vertriebsbereich)
 - Reklamationsmanagement mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung

¹⁷ Die internen Mitarbeiter werden z.T. auch als Kunden angesehen, und zwar dann, wenn sie Leistungsempfänger aus einem anderen Unternehmensbereich sind. Kundenzufriedenheit ist also sowohl intern als auch extern gefordert.

¹⁸ HACCP = Hazard Analysis Critical Control Point, bedeutet „Risiko- und Gefahrenanalyse und kritische Lenkungspunkte. Das Konzept beschreibt die Vorgehensweise zur Identifizierung und Vermeidung von Fehlern und damit zur Risikominimierung und zur Qualitätssicherung der Betriebe und Lebensmittel. Die Gefahrenpunkte werden als Lenkungspunkte verstanden, die aktiv beeinflusst werden können.

- Einheitliches Krisenmanagement für alle Märkte
- Außendienstkontrollen auf Warenqualität und Hygiene mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung

2. Kundenbedürfnis „Gesundheit“

- Maßnahmen:
- Rückstandsarme Schädlingsbekämpfung
 - Laborkontrollen der Waren
 - Bio-Produkte¹⁹

3. Kundenbedürfnis „Umwelt- und Sozialverträglichkeit der Produkte“

- Maßnahmen:
- Produkte aus der Region
 - kurze Transportwege durch zwei Regional-Lager
 - Öko-Audit kff , ISO- und Öko-Zertifizierung der herzberger Bäckerei
 - umweltbewusstes Handeln im gesamten Unternehmen
 - Verzicht auf den Einsatz von Gentechnik

Weitere qualitätsrelevante Prozesse beziehen sich auf Lieferanten und Behörden. Auch der Außendienst wird bei tegut... stark in das QM einbezogen. Durch den Außendienst der Abteilung Qualitätsmanagement werden die Filialen gezielt bei der Einhaltung der Hygienekonzepte betreut.

Ein besonders sensibler Bereich sind dabei die Bedienungsabteilungen, wie z.B. Metzgereien, Backshops, Obst- und Gemüseabteilungen, in den Märkten.

Eine wichtige Aufgabe ist bei der Prüfung die Überwachung der Einhaltung der tegut... Konzepte.

Des Weiteren prüfen die Außendienstmitarbeiter vor Ort die Warenqualität und den Hygienestatus der Bedienungsabteilungen sowie des gesamten Marktes, nehmen Trinkwasser- und Warenproben und überprüfen den mikrobiologischen Status von Oberflächen und

¹⁹ z.Zt. hat tegut... 1200 Bio-Produkte im Sortiment und ist somit europäischer Marktführer. Die Einführung von ökologisch hergestellten Produkten ist eines der obersten Unternehmensziele (Unternehmensphilosophie), welches sowohl den eigenen wirtschaftlichen Erfolg sichert, als auch gesellschaftliche Vorteile erbringt.

Arbeitsgeräten. Ziel ist die Beratung der Abteilungsverantwortlichen und das Vorgehen zur Abstellung möglicher Schwachstellen.

Ein weiteres Standbein des tegut... Qualitätsmanagement sind weitreichende Laborkontrollen.

tegut... untersucht Produkte aus allen Warengruppen. Die zu untersuchenden Artikel werden sowohl aus den Wareneingängen der tegut... Läger, als auch aus Produktionsbetrieben sowie nach Anlieferung in den Märkten entnommen.

Waren werden mittels Probenplänen wöchentlich in unabhängigen Prüfinstituten analysiert. Schwerpunkte werden z.B. auf die Warengruppen Obst & Gemüse, tegut... - Eigenmarken, aber auch auf alle Handelswaren gesetzt. Die Analysen übernimmt zum Großteil das Labor KWALIS in Dipperz als Hauptdienstleister des Qualitätsmanagements.

Hauptkontrollen sind die Sensorik (d.h. Aussehen, Geruch, Geschmack), mikrobiologische Untersuchungen (auf Bakterien und Mikroorganismen), die Rückstandsanalytik (z.B. Pflanzenschutzmittel) sowie die grundsätzliche Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, wie z.B. Nährwert- und Verpackungsprüfungen.

Grundlage der Untersuchungen sind die von tegut... mit den Herstellern entwickelten Produktspezifikationen und/ oder Vergleichsmuster

(Quelle: tegut... Qualitätsmanagement)

TQM ist vom Prinzip her ein Prozessmanagement und dient u.a. dem Unternehmen tegut... zur Erweiterung des Qualitätsmanagements (WITTIG, 1994). Ein Blick auf das europäische TQM zeigt folgende Erweiterungspunkte auf:

- Engagement der Führung, Kommunikation mit der Belegschaft, Zugänglichkeit für Mitarbeiter, Schulungen etc.
- generell die Mitarbeiterführung verbessern, Zielvereinbarungen treffen, Mitarbeiterentwicklungen fördern etc.
- Konzept und Strategie festlegen, diese bewerten, verbessern, kommunizieren etc.
- finanzielle Ressourcen, Informationsressourcen, materielle Ressourcen und Technologieressourcen verwalten
- Prozesse definieren, führen, bewerten, verbessern, erneuern

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die Ergebnisse. Dabei zu berücksichtigen sind:

- Mitarbeiterzufriedenheit
- Kundenzufriedenheit sowie Auswirkungen auf die Gesellschaft.

Auch hier zeichnet sich tegut... durch die Durchführung regelmäßiger Mitarbeiter-Befragungen und die Einrichtung eines Kunden-Panels aus. Die Ergebnisse dieser Befragungen fließen unmittelbar in die Verwirklichung der Qualitätskonzept mit ein.

Auch spielen die Geschäftsergebnisse eine große Rolle, wobei sowohl finanzielle als auch nichtfinanzielle Messgrößen²⁰ herangezogen werden (WITTIG, 1994).

Zusammengefasst lässt sich sagen: qualitätsorientiertes Denken muss in einem Unternehmen in gemeinsamer Diskussion der Unternehmensleitung mit allen Mitarbeitern gefunden werden (KAMISKE, 199; MALORNY, 1994).

Dazu kommt, dass es mittlerweile eine große Zahl von Ansätzen zur Umsetzung eines TQM-Modelles gibt. Es existieren viele Überlegungen zu Denkansätzen, aber auch konkrete Methoden werden beschrieben. Die meisten Ansätze liegen irgendwo im mittleren Bereich (KIRSTEIN in KAMISKE, 1992).

Jede Methode hat sicherlich Vorteile ihrer ganz eigenen Art, aber es wird für ein Unternehmen schwierig sein, alle Methoden anzuwenden. Es wird also entscheidend darauf ankommen, die für das eigene Unternehmen am besten geeignete Methode herauszufiltern.

TQM besitzt auch für die Ernährungsberatung eine große Bedeutung, da sich die entscheidenden Ziele wie Kundenzufriedenheit, Transparenz der Leistungen, Einbeziehung aller Beteiligten und wirtschaftlicher Erfolg durchaus übertragen lassen. TQM beruht eher aus Einstellungen und Sichtweisen, weniger auf starren und innovationshinderlichen Verfahrensanweisungen, was die Bedeutung für die Ernährungsberatung weiter herausstreicht.

²⁰ Nichtfinanzielle Meßgrößen sind zum Beispiel Marktanteil, Bearbeitungszeit, Fehlerkosten, Zeit für neue Produkte, etc.

4. Die Dienstleistung

4.1. Einleitung und Begriffsdefinition

Im Bereich der Industrie hat die Qualitätssicherung bereits eine lange Tradition. Im Bereich von Dienstleistungen dagegen spielte die Qualität lange Zeit nur eine untergeordnete Rolle (EVERSHEIM, 2000). Um die Anwendbarkeit eines QM-Systems auch auf den Bereich der Dienstleistung übertragen zu können, bedarf es zunächst einer genaueren Betrachtung der Dimensionen von Dienstleistungen.

Der Begriff Dienstleistung setzt sich aus „Dienst“ und „Leistung“ zusammen. Den Begriff „Dienst“ kann man nur im Verhältnis zu einer Idee oder Überzeugung nachweisen (LINHARD, 1970). Die Volkswirtschaftslehre grenzt Dienstleistungen in der Regel nach institutionellen (Auflistung von Wirtschaftszweigen) und beruflichen (Klassifizierung von Berufen) Kriterien ab (BRUHNS, 1997). Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) definiert den Begriff Dienstleistung wie folgt: „Die durch die Tätigkeit an der Schnittstelle zwischen Auftragnehmer und Auftraggeber sowie durch den Auftragnehmer intern erbrachten Ergebnisse zur Erfüllung der Erfordernisse des Auftraggebers. Eine Dienstleistung kann mit der Herstellung und Lieferung materieller Produkte verbunden sein.“ (DGQ, Band 30-01, 1996, S. 13)

Corsten (1990) untergliedert die wirtschaftliche Gesamtstruktur eines Landes in einen primären, sekundären und einen tertiären Sektor²¹, wobei Dienstleistungen dem tertiären Sektor zuzuordnen sind (s. auch MALERI, 1994, S. 10). Hierbei wurde die „Unstofflichkeit“ der Dienstleistung in der Volkswirtschaftslehre zum entscheidenden Kriterium der Unterteilung²².

Dienstleistungen haben grundsätzlich immateriellen Charakter, die eigentliche Kernleistung ist nicht greifbar (BRUHN, 1997).

²¹ Der primäre Sektor umfasst alle Tätigkeiten zur Deckung des Nahrungsmittelbedarfs (z. B. Landwirtschaft, Fischerei etc.), der sekundäre Sektor umfasst alle Tätigkeiten zur Erzeugung und Weiterverarbeitung von Rohstoffen (z. B. Bergbau, Bauwirtschaft, Energieversorgung etc.). Der tertiäre Sektor schließlich sind u. a. Dienstleistungen wie Handel, Verteilung, Transport, Banken, Verwaltung, etc.)

²² Obwohl sich diese sektorale Dreiteilung der Volkswirtschaft in der Fachsprache allgemein eingebürgert hat, gehen die Auffassungen der Begriffsinhalte und Zuordnungskriterien teilweise weit auseinander. Dies gilt besonders für den tertiären Sektor, so gibt es z. B. Dienstleistungsbereiche mit hoher Produktivitätssteigerung, die dennoch nicht dem ersten oder zweiten Sektor zugeordnet werden sollen.

Weitere charakteristische Besonderheiten von Dienstleistungen sind:

- Immaterialität
- Intangibilität
- Unteilbarkeit
- Vergänglichkeit
- Standortgebundenheit
- Individualität
- Integration des externen Faktors

(Quelle: CORSTEN, 1985; MUDIE/COTTAM, 1993; MALERI, 1994)

Dienstleistungen können aufgrund ihrer Gleichzeitigkeit von Herstellung und Verwertung nicht gelagert werden (CORSTEN, 1985; MUDIE/COTTAM, 1993; LEHMANN, 1995). Dies ist jedoch laut Bruhn (1997) nicht für sämtliche Dienstleistungen gültig, da Leistungsergebnisse z. T. gelagert oder gespeichert werden können.

Ein weiteres, besonderes Kennzeichen von Dienstleistungen ist, dass der Vertragsgegenstand immer nur ein Leistungsversprechen ist (GÜNTHER, 1996). Die Erbringung einer Dienstleistung erfolgt am Kunden selbst oder an einem Gegenstand aus seinem Besitz (sog. externer Faktor). Der Kunde muss bei der Erbringung einer Dienstleistung nicht nur vorhanden sein, sondern wird direkt in den Prozess der Leistungserbringung mit einbezogen (CORSTEN, 1985).

Meffert und Bruhn (1996, S. 27) legen die folgende Definition zugrunde:

Dienstleistungen sind selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind. Interne und externe Faktoren werden im Rahmen eines Leistungserstellungsprozesses kombiniert. Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen oder deren Objekten – nutzenstiftende Wirkung zu erzielen.
--

Das Spektrum von Dienstleistungsangeboten ist äußerst breit und die Abgrenzung zu Sachleistungen kann sich im Einzelfall schwierig gestalten, da die Grenze zwischen Sach- und Dienstleistungen asymmetrisch verläuft: Es sind zwar Dienstleistungen ohne Sachleistungen denkbar, aber kaum Sachleistungen ohne Dienstleistungen (KAMISKE/BRAUER, 1999).

Die Palette der Dienstleistungsunternehmen ist sehr vielfältig, betrachtet man z. B. die Spanne vom Dienstleister „Friseur“ bis hin zum international wirkenden Dienstleistungsunternehmen „Telekom“ (DGQ, Band 30-01, 1996).

Maleri (1994, S. 23) unterteilt zudem *direkte* und *indirekte* Dienstleistungen. Er geht davon aus, dass *direkte* Dienstleistungen unmittelbar durch den Endverbraucher genutzt werden, während *indirekte* Dienstleistungen Produktionsfaktoren darstellen. Jedoch gibt er zu berücksichtigen, dass derselbe Dienstleistungsbetrieb grundsätzlich in der Lage ist, beide Formen der Leistung zu erbringen.

4.2. Systematik und Absatz von Dienstleistungen

Um die Charakteristika von Dienstleistungen genauer spezifizieren zu können, ist es notwendig, diese zunächst zu systematisieren.

Dazu kann das folgende Drei-Dimensionen-Modell (HILKE, 1989; DONABEDIAN, 1980) herangezogen werden. Somit können die unterschiedlichen Begriffsinhalte gezielt betrachtet und eindeutig dargestellt werden:

- Die Potential-Dimension:

- Wird geprägt durch das KÖNNEN und WOLLEN des Dienstleistungsanbieters. Dazu gehören neben technischen Möglichkeiten auch physikalische und organisatorische Gegebenheiten sowie Qualifikation und Motivation.

- Die Prozess-Dimension:

- Beschreibt die Dienstleistung als Folge von Tätigkeiten (= Prozessen). Dies erfasst auch die Gleichzeitigkeit von Erstellung und Verwertung und bezieht die Betrachtung des externen Faktors (Kunde, Leistungsnutzer) mit ein.

- **Die Ergebnis-Dimension:**

- Unterteilt sich in ein immaterielles Ergebnis (= Veränderung am Kunden) und ein materielles Ergebnis (= wirtschaftlicher Erfolg der Dienstleistung) (HALLER, 1995).

Eine andere Sichtweise eröffnet Grönross (1990). Er konzentriert seine Betrachtung auf Art und Umfang einer erstellten Dienstleistung und unterscheidet sie in zwei Dimensionen:

Eine technische Dimension, bei der die Breite des Leistungsprogrammes im Mittelpunkt steht (= was wird angeboten) und eine funktionale Dimension, bei der die Art und Weise der Leistungserbringung im Vordergrund steht (= wie wird die Leistung angeboten).

Berry (1986) bezieht in seine Betrachtung der Dienstleistung die Erwartungshaltung der Kunden mit ein. Er unterscheidet zwischen sog. Routinekomponenten (= Eigenschaften von Dienstleistungen, die zum normalen Leistungsumfang gehören) und Ausnahmekomponenten (= Zusatzleistungen, die der Kunde vom Dienstleistungsanbieter nicht unbedingt erwarten kann).

Einen weiteren Aspekt fügt Zeithaml (1981) hinzu. Die Besonderheit einer Dienstleistung beinhaltet auch eine gewisse Erfahrungs- und Glaubenskomponente der Kunden bzw. Leistungsnutzer. So wird sich ein „Erstkunde“, der noch keine Erfahrung mit einer speziellen Dienstleistung gemacht hat, seine Beurteilungskriterien zunächst selbst suchen. Somit setzt eine genaue Beurteilung erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung ein bzw. lässt sich nur individuell betrachten.

Betrachtet man sämtliche Definitionsversuche und die Differenzierung der verschiedenen Dienstleistungs-Dimensionen, lassen sich übergeordnet 4 Ansätze unterscheiden (CORSTEN, 1988, S. 81 ff.; BRUHN, 1999):

1) Der tätigkeitsorientierte Ansatz

Jede menschliche Tätigkeit ist eine Dienstleistung (SCHÜLLER, 1976). „Das, was der Mensch tut, um seine physische und psychische Arbeitskraft mit und ohne Verbindung

zur materiellen Güterwelt in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen, ist eine Dienstleistung.²³

2) Der potentialorientierte Ansatz

Dienstleistungen werden als das durch Menschen oder Maschinen geschaffene Potential eines Dienstleistungsanbieters, eine Leistung beim Dienstleistungsnachfrager zu erbringen, angesehen (MEYER/MATTMÜLLER, 1987 S. 187 ff.)²⁴.

3) Der prozessorientierte Ansatz

Eine Dienstleistung ist eine Tätigkeit, bei der eine (Dienst-) Leistung unverzüglich einem Kunden (Dienstleistungsnutzer) zur Verfügung steht. (Gleichzeitigkeit von Produktion und Absatz)²⁵.

4) Der ergebnisorientierte Ansatz

Der Dienstleistungsprozess wird konkretisiert, da auf ein tatsächlich produziertes, immaterielles Gut Bezug genommen wird²⁶

Die Systematisierung von Dienstleistungen erfolgte im oberen Abschnitt, doch wie wird diese immaterielle Leistung abgesetzt?

Unter dem Absatz einer Leistung wird allgemein die Unterbringung der produzierten Güter im Markt verstanden. Ziel ist die Umwandlung der Güter in Geld (MALERI, 1994, S. 208).

In Bezug auf den Dienstleistungssektor wird im Gegensatz zur Sachgüterproduktion (= Absatz) auch der Begriff *Verwertung* verwendet. Seischab (1963) schließt jedoch in den Begriff *Absatz* ausdrücklich die „Verkäufe von Dienstleistungen“ mit ein.

Der „Verkauf“ von Dienstleistungen, vordergründig die Abhängigkeit der objektbezogenen Leistungserstellung, erhält hierbei eine zentrale Bedeutung.

²³ Dieser Ansatz kann allerdings nur bedingt überzeugen, da er wenig Raum für Dienstleistungs-Marketing spezifische Besonderheiten bietet (MEFFERT/BRUHN, 1996; S. 24)

²⁴ Ein Beispiel hierfür sind die materiellen und personellen Ressourcen einer Bank, welche die zu erbringende Dienstleistung nach Art und Umfang determinieren (BRUHN, 1999).

²⁵ Als Beispiel kann man die Beratung der Kunden einer Bank anführen.

²⁶ Im Falle einer Bank kann es sich um den Abschluss eines Sparvertrages handeln.

Betrachtet man den Absatz der Dienstleistung als eigenständigen Funktionsbereich, werden zwei Problemkreise deutlich:

1. Die Überwindung der Marktwiderstände, die sich aus dem immateriellen Charakter ergeben (JOHNSON, 1967, S. 18)
2. Die produktionsbezogene Ausrichtung der Absatzpolitik, speziell der Werbung (MALERI, 1994)

Zusätzlich darf man nicht vernachlässigen, dass die zeitliche Priorität des Absatzes alle Produktionsprozesse des Dienstleistungsunternehmens bestimmt. Art, Umfang, Zeit und Ort der objektbezogenen Leistungserstellung müssen am Absatz orientiert werden.

Meyer (1988) hebt hervor, dass bei Dienstleistungsmarketing die nachfolgenden Gegebenheiten von entscheidender Bedeutung sind:

- Die Integration des externen Faktors als konstitutives Element der Dienstleistungsproduktion
- Die Interaktion zwischen Anbietern und Nachfragern

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der externe Faktor auf die Prozesse der Dienstleistungsproduktion nicht nur einwirkt, sondern in den eigentlichen Prozess integriert ist bzw. diesen mitgestaltet.

Allerdings kann durch die aktive Teilnahme eines externen Faktors eine Behinderung des Absatzes von Dienstleistungen durch die zum Teil ausschließlich subjektive Einschätzung der erbrachten Leistung durch den Abnehmer erfolgen. Eine Dienstleistung ist weder greifbar noch wägbare, deshalb werden die Möglichkeiten der Nutzenstiftung sowie die Eignung der Dienstleistung zur Bedarfsdeckung von potentiellen Abnehmern häufig nicht erkannt (MALERI, 1994).

Während die „bloße Existenz“ eines Sachgutes beim Konsumenten ein mehr oder weniger starkes Bedürfnis nach diesem Gut hervorruft, ist dies bei Dienstleistungen eher die Ausnahme. Man spricht hierbei vom sog. *want appeal*, der für viele Sachgüter typisch ist.

Bei einer Dienstleistung erfolgt der Wunsch eher durch die Schilderung der Bedürfnisbefriedigung, die durch den Bezug bestimmter Dienstleistungen von dem jeweiligen Anbieter erreicht werden kann. So kann z. B. die Schilderung oder Vorstellung einer neuen Fri-

sur das Bedürfnis nach der Dienstleistung Frisör auslösen oder die Vorstellung einer gesteigerten Lebensqualität bzw. Gewichtsreduktion das Bedürfnis nach der Dienstleistung Ernährungsberatung. Hierbei muss jedoch zunächst die realistische Erreichbarkeit des Konsumenten-Wunsches geprüft und ggf. verändert werden. Das gewünschte Resultat kann nur durch einen mehr oder weniger langdauernden Prozess erreicht werden. Bei einem Sachgut, wie z.B. einer neuen CD, einem neuen Kleid, Auto etc. reicht der Kauf des Gutes zur Bedürfnisbefriedigung aus. Der Erwerb ist zeitnah und somit unmittelbar an die Erfüllung des Wunsches gekoppelt²⁷.

Letztendlich bedürfen Dienstleistungen vielfach einer Erläuterung hinsichtlich der erzielbaren Bedürfnisbefriedigung, was beim Absatz bez. der Vorbereitung und Werbung, berücksichtigt werden muss.

Die Erklärungsbedürftigkeit der anzubietenden Güter ist daher ein wichtiger Faktor für die Gestaltung des Absatzes.

4.3. Qualitätsmanagement bei Dienstleistungen

Gerade durch die starke Einwirkung der Kunden auf die Dienstleistungsprozesse und die daraus resultierende subjektive Wahrnehmung kommt dem Qualitätsmanagement von Dienstleistungen eine besondere Bedeutung zu. Grundsätzlich können für die Qualität von Dienstleistungen die gleichen Ansätze verwendet werden, die für Qualität allgemein gelten (BRUHNS, 1999; BRETZKE, in Bruhn /Stauss, 1999; KAMISKE/BRAUER, 1999). Bei der Beurteilung einer Qualität wird jedoch zumeist von Sachleistungen, also Gütern im Sinne physisch greifbarer Produkte, ausgegangen. Dienstleistungen gewinnen jedoch gegenüber der Land- und Forstwirtschaft (primärer Sektor) und dem produzierenden Gewerbe (sekundärer Sektor) zunehmend an Bedeutung (PROGNOS, 1995).

Im Juni 1992 wurde auch in Deutschland die internationale Norm „*DIN ISO 9004, Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems, Teil 2: Leitfaden für Dienstleistungen*“ in Kraft gesetzt.

²⁷ Ausnahme: Ein Produkt muss zunächst bestellt werden. Erfahrungsgemäß führt dies häufig zur Verärgerung des Konsumenten.

Diese Norm ergänzt die bereits seit 1987 vorliegenden und 1990 revidierten Normen zum Qualitätsmanagement, die Normen DIN ISO 9000-9004, die mittlerweile auch über den europäischen Raum hinaus Anerkennung genießen. Mit dieser relativ neuen Norm zum Qualitätsmanagement von Dienstleistungen²⁸ erhalten die Unternehmen wertvolle Hinweise zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems.

Die charakteristischen Besonderheiten von Dienstleistungen machen deutlich, dass die Erstellung von Dienstleistungsqualität sowohl als „Produktionsproblem“ als auch als „Marketingproblem“ betrachtet werden muss. Darüber hinaus wird durch die direkte Beurteilung durch den Kunden eine Betonung der Dienstleistungsqualität auf die Kundenperspektive gefordert. Dies soll jedoch nicht eindimensional bzw. einseitig erfolgen (BRUHN, 1999), sondern vielmehr in einem Zusammenspiel aus Kundensicht, Wettbewerbern und dem eigenen Unternehmen (BRUHN, 1995). Deutlich wird jedoch eines: Der Faktor Mensch erhält eine zentrale Bedeutung bei der Beurteilung von Qualität im Dienstleistungsbereich. Dies schließt vor allem die Qualität des Personals mit ein – und zwar auf allen Hierarchie-Ebenen und Bereichen des Unternehmens. Besonders hervorzuheben sind fachliche Fähigkeiten, Motivation, Schulung und Kommunikation²⁹.

Zur Bestimmung der Dienstleistungsqualität muss die Anforderung der Kunden als zentraler Maßstab herangezogen werden. Gegenstand der Erwartungen sind sowohl der Prozess als auch das Ergebnis der Dienstleistung. Die dabei zugrunde gelegten Determinanten sind sowohl individuelle als auch situationsabhängige Ansprüche an die Problemstellung (PARSURAMAN/ZEITHAML/BERRY, 1985; BRUHN, 1995).

Betrachtet man den Aspekt des Wettbewerbs, entspricht das Verständnis von Dienstleistungsqualität der Suche nach Wettbewerbsvorteilen gegenüber konkurrierenden Anbietern (HESKETT, 1986).

²⁸ Gemeint sind nicht nur reine Dienstleistungsunternehmen, sondern auch Produktionsbetriebe mit einem dienstleistungsorientierten Bereich, wie z. B. Controlling, Logistik oder die PR-Abteilung.

²⁹ In der Norm DIN ISO 9004, Teil 2, Abschnitt 5.3.2. wird gesagt: „Ein äußerst wichtiges Mittel jeder Organisation sind die beteiligten Personen. Dies ist insbesondere in einer Dienstleistungsorganisation von Wichtigkeit, in der das Verhalten und die Leistung einzelner die Qualität der Dienstleistung direkt beeinflusst.“

Im eigenen Unternehmen wird die Dienstleistungsqualität als Fähigkeit und /oder Bereitschaft des Dienstleistungsanbieters gesehen, ein bestimmtes Niveau zu sichern (BRUHN, 1999).

Bretzke (1995, in BRUHN/STAUSS) definiert folgende Besonderheiten für das Qualitätsmanagement im Dienstleistungssektor³⁰:

- Die Unterschiede zwischen Sach- und Dienstleistungen sind nicht so gravierend, als dass man die Methoden des Qualitätsmanagements nicht sowohl bei der Produktion von Gütern als auch bei der Erstellung von Dienstleistungen einsetzen kann.
- Im Gegensatz zur Güterproduktion schlagen sich Fehler in der Prozessbeherrschung unmittelbar auf den Kunden durch. Der hauptsächliche Blick auf den Fertigungsprozess und dessen Kontrolle ist für Dienstleistungsunternehmen nur von begrenztem Nutzen.
- Die Auswahl und Qualifizierung des Personals ist für das Dienstleistungsunternehmen von größter Bedeutung, da sich die Dienstleistung am Kunden direkt verfolgen lässt³¹.
- Eine Dienstleistung kann nur mit Zustimmung bzw. im Auftrag des Kunden durchgeführt werden. In einzelnen Fällen, wie z. B. bei einer Beratung, ist sogar die Mitarbeit des Kunden erforderlich. Dementsprechend muß der Dienstleistungsnutzer in die Überlegungen zu einem Qualitätsmanagement für Dienstleistungsunternehmen mit einbezogen werden.
- Dienstleistungen erfordern in erhöhtem Maße Kreativität und Flexibilität der ausführenden Personen. Dementsprechend kann Qualität nicht einseitig an der Erfüllung gestellter Anforderungen gemessen werden. Auch die Nachprüfbarkeit spezieller Prozesse stößt bei der Zertifizierung von Dienstleistungsunternehmen an ihre Grenzen.

Ein nach Norm DIN ISO 9000ff zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen kann sich aufgrund des Fehlens der Kundenbedürfnisse nicht in der Sicherheit wiegen, grundsätzlich Qualität zu produzieren (GÜNTHER, 1996).

³⁰ Betrachtet man die Norm DIN ISO 9000f, stellt sich die Frage, inwieweit diese für die Zertifizierung von Dienstleistungsunternehmen geeignet ist.

³¹ z.B. Beratung, Lieferservice, Bedienung im Lokal

Hentschel (1992) vertritt die Auffassung, dass das Empfinden von Qualität weniger auf der Wahrnehmung einzelner Merkmale fußt, als vielmehr auf dem Erleben einzelner Ereignisse **mit** dem Dienstleister.

Grundsätzlich vertritt Wolf³² die Auffassung, Dienstleistungsunternehmen werden hinsichtlich des Qualitätsmanagements vernachlässigt.

Einen weiteren Ansatz fügt Zeithaml (1992) der Diskussion hinzu. Sie betrachtet die Dienstleistung im Kontakt zwischen Kunde und Leistungserbringer, indem sie das sogenannte GAP-Modell³³ anwendet. Seine Besonderheit ist eine genaue Darstellung von sog. „fünf Lücken“ im kommunikativen Bereich zwischen dem Dienstleistungsunternehmen und seinen Kunden sowie in der internen Kommunikation im Unternehmen selbst.

Das GAP-Modell:

- GAP 1

Diese „Lücke“ beschreibt die Diskrepanz zwischen der vom Management eines Unternehmens wahrgenommenen Kundenerwartung und der vom Kunden erwarteten Dienstleistung. Das heißt, Management und Kunde sind in puncto erwarteter Dienstleistungsqualität unterschiedlicher Auffassung.

- GAP 2

Infolge einer unterschiedlich wahrgenommenen Qualitäts-Dimension werden die vom Kunden erwarteten Qualitätsforderungen vom Management fälschlich interpretiert. Dies führt dazu, dass die Übertragung der erfassten Kundenwünsche in die unternehmensinternen Vorgaben für die Ausführung der Dienstleistung Probleme bereiten kann. Einfacher ausgedrückt: Der Dienstleistungsanbieter setzt nicht das um, was der Kunde wirklich wünscht.

³² Guido Wolf ist Unternehmensberater bei der Unternehmensberatung Dr. Adams und Partner GmbH, Duisburg

³³ „gap“ bedeutet im Englischen Lücke, wird aber inzwischen auch in der deutschsprachigen Dienstleistungsliteratur verwendet.

- **GAP 3**

Die tatsächlich erbrachte Leistung entspricht nicht den Qualitätsvorgaben des Dienstleistungsunternehmens. Gründe dafür können Unvermögen der Mitarbeiter sowie mangelhafte technische Gegebenheiten und nicht beeinflussbare Umweltbedingungen sein.

- **GAP 4**

Die an den Kunden kommunizierte Dienstleistung entspricht nicht der tatsächlich erstellbaren Leistung. Oftmals wird dem Kunden mehr versprochen, als das Dienstleistungsunternehmen zu leisten im Stande ist.

- **GAP 5**

Die vom Kunden wahrgenommene Dienstleistung entspricht nicht seinen Erwartungen. Diese „Lücke“ verdeutlicht in besonderem Maße die vom Kunden wahrgenommene Qualität, zeigt aber auch, dass die Wahrnehmung einer Dienstleistungsqualität stark subjektiven Charakter besitzt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Qualitätsbeurteilung von Dienstleistungen eng an die Anforderungen und Erfüllung konkreter Kundenwünsche bzw. -bedürfnisse gebunden ist.

Dabei spielen neben dem Aspekt der tatsächlich erbrachten Leistung auch die Eindrücke der Kunden im direkten Kontakt mit dem Dienstleistungsanbieter eine große Rolle.

Messung von Dienstleistungsqualität

Die Vielschichtigkeit der Wahrnehmung verschiedener Dienstleistungen zeigt sich auch in der Messung der Dienstleistungsqualität.

Bruhn (1998) hat die Messung der Dienstleistung sehr eindrücklich zusammengefasst, indem er fünf Qualitätsdimensionen aufzählt, die von Kunden wahrgenommen werden:

Zum einen sollte die Annehmlichkeit des tangiblen Umfeldes in das Blickfeld des Kunden rücken. Dabei nimmt der Dienstleistungsempfänger das äußere Erscheinungsbild des Ortes, an dem die Dienstleistung erbracht wird, wahr. Dazu zählt u. a. die Ausstattung der Räume sowie das Erscheinungsbild des Personals.

Des Weiteren spielt die Zuverlässigkeit eine große Rolle, denn ein Kunde kann durchaus bewerten, ob der Dienstleistungsanbieter die versprochene Leistung auch auf dem avisierten Niveau erfüllen kann.

Auch die Reaktionsfähigkeit spielt eine große Rolle.

Wie auch Bretzke (1995) bereits angemerkt hat, kommt es bei der Erbringung einer Dienstleistung neben Zuverlässigkeit auch auf Flexibilität, Reaktionsfähigkeit und Schnelligkeit an. Dazu zählen muss man auch die generelle Bereitschaft, welche vom Kunden zunächst subjektiv wahrgenommen wird.

Ein weiterer Punkt ist die Leistungskompetenz. Dazu zählt die grundsätzliche Fähigkeit des Anbieters zur Dienstleistung wie z. B. Wissen (Fachwissen und Methodik), Höflichkeit und Vertrauenswürdigkeit.

Zuletzt spielt auch das Einfühlungsvermögen eine große Rolle. Vor allem in kleineren Unternehmen kommt es entscheidend darauf an, auf individuelle Kundenwünsche einzugehen und die Bereitschaft zu allen oben aufgeführten Punkten zu bieten.

Eine kundengerechte Dienstleistung zu erbringen und deren Qualität zu messen, erfordert es, dass die wahrnehmbaren Merkmale eindeutig festgelegt werden. Gleichzeitig müssen die Prozesse und Teilprozesse, die zu einer Dienstleistung führen, so festgelegt werden, dass bewertbare Merkmale die eigentliche Leistungserbringung ablesbar machen.

Insgesamt ist es sehr schwierig, objektiv nachvollziehbare Aussagen über das tatsächliche Niveau einer Dienstleistung zu machen, was wiederum die Subjektivität des Qualitätsmanagements bei Dienstleistungen an sich zum Ausdruck bringt (KAMISKE/BRAUER, 1999).

Will man das Qualitätsniveau einer Dienstleistung messen, sind Befragungen oft die einzige Möglichkeit. Durch den direkten Kontakt mit dem Dienstleistungsnutzer erscheinen Interviews eine gute Methode. Halb- bzw. nicht standardisierte Interviews mit Kunden bzw. Dienstleistungsnutzern bieten eine gute Möglichkeit, die Zufriedenheit des Auftraggebers zu prüfen. Durch einen direkten Informationsaustausch können weitere Informati-

onen zur Verbesserung der angebotenen Dienstleistung erfasst werden (DGQ, Band 30-01, 1996).

4.4. Anforderungen an ein Qualitätsmanagement für Dienstleistungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Dimensionen und Messmethoden von Dienstleistungsqualität diskutiert. Ebenso wurden in den ersten Kapiteln dieser Arbeit die allgemeinen Qualitätsmerkmale sowie die daraus abgeleiteten Anforderungen an ein Qualitätsmanagement beschrieben. Folgt man stringent den Empfehlungen, im Besonderen denen der ISO-Normen, so muss diskutiert werden, inwiefern die Anwendung von Normen im Bereich der Dienstleistungsqualität Sinn macht.

4.4.1. Zur Frage der Normenforderung

Man erkennt es bereits an der Formulierung: Die Normen zu QM-Systemen, insbesondere die Grundnorm DIN ISO 9004-1, sind weitgehend mit Blick auf die Produktion materieller Güter konzipiert worden. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass Normen unabhängig von der Art der Angebotspalette, also etwa auch für Dienstleistungen, angedacht sind (GEIGER, 1994). Die Normen liefern eine Richtschnur, an der man sein eigenes Handeln zum Qualitätsmanagement ausrichten kann (RADEMACHER, 1994).

Um Qualität in einem Dienstleistungsunternehmen³⁴ erzielen zu können, müssen eine entsprechende Aufbauorganisation³⁵, eine entsprechende Ablauforganisation³⁶ sowie die erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen (DGQ, 1996).

Für ein Dienstleistungsunternehmen gibt es nach DIN EN ISO 9004-2 (1992) vier Schlüsselaspekte, denen eine besondere Bedeutung beigemessen wird und die umfassend in ein Qualitätsmanagement für Dienstleistungsunternehmen integriert werden sollen:

³⁴ Die Normenforderung gilt grundsätzlich für die Erzielung von Qualität, ist somit nicht ausschließlich den Produktionsunternehmen vorbehalten.

³⁵ z. B. die Zuständigkeiten, d. h. wer macht was, bzw. ist für was verantwortlich.

³⁶ z. B. die Verfahren und Prozesse zur Erbringung einer Dienstleistung.

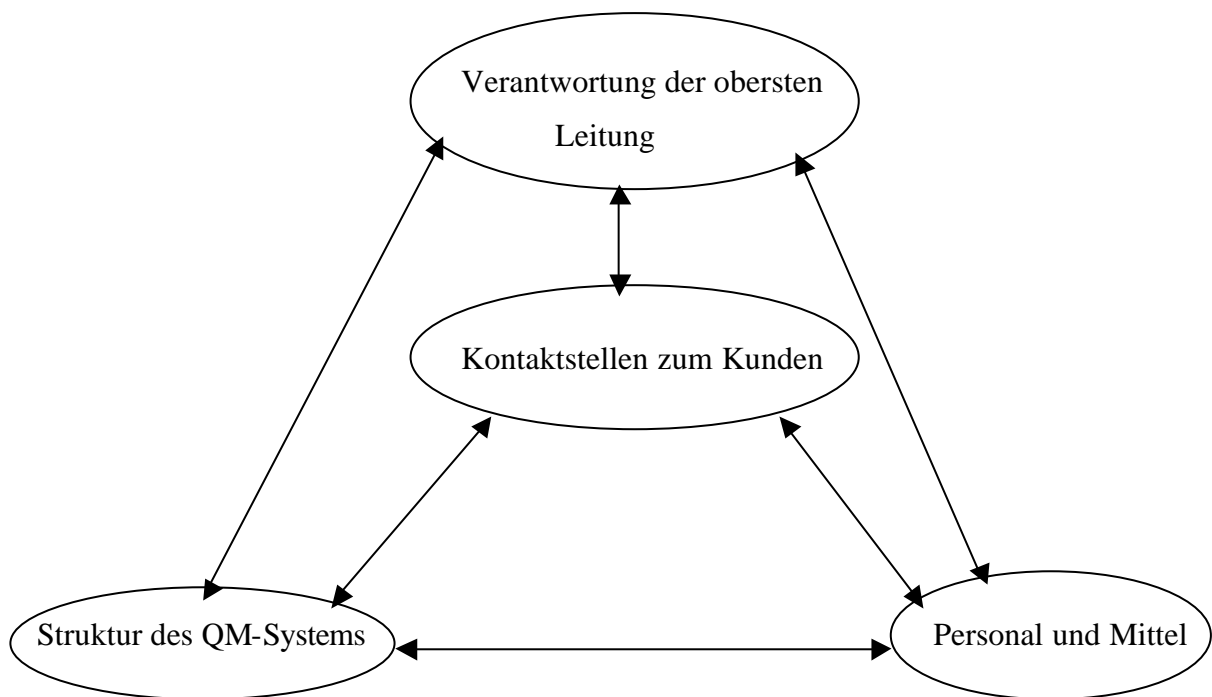


Abb. 5: Schlüsselaspekte eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN ISO 9004-2, 1992

Der Verantwortung der obersten Leitung obliegt die Festlegung der Qualitätspolitik sowie das Festlegen von Qualitätszielen, Verantwortungen und Befugnissen.

Für den Bereich Personal und Mittel sind Motivation, Schulungen, Entwicklung und Kommunikation wichtige Erfolgsfaktoren, die genormt werden müssen.

An der Schnittstelle zwischen Personal und Kunden sollten die Schritte für ein wirkungsvolles Zusammenwirken im Sinne des Qualitätsanspruches festgelegt werden.

Das eigentliche Qualitätsmanagementsystem sollte letztendlich so strukturiert sein, dass alle relevanten Prozesse beschrieben und gelenkt sind.

Bruhn (1988) stuft die nationalen, regionalen und internationalen Normen in drei Hauptgruppen ein (wobei es auch Kombinationen gibt):

Verständigungsnormen, hier werden Begriffe, Zeichen und Systeme festgelegt werden.

Verfahrensnormen, wobei Abläufe sowie Merkmale für Tätigkeiten,

Verfahren und Prozesse zur Anwendung in der Planung, Realisierung und Nutzung von Einheiten oder zu deren Prüfung.

Produktnormen, Festlegung von Merkmalen oder Merkmalswerten für materielle oder immaterielle (also auch Dienstleistungen) Produkte in Form von Beschaffenheitsforderungen, insbesondere anhand von Qualitätsforderungen, festgelegt werden.

In Normen festgelegte Einzelforderungen sind demnach Bestandteil der gesamten Qualitätsforderung. Es ist jedoch unerlässlich, diese Normen auf die speziellen Bedürfnisse im Dienstleistungsunternehmen zu übertragen.

4.4.2. Zur Übertragung der Normenforderung

Die Übertragung der Normenforderung auf ein Dienstleistungsunternehmen³⁷ setzt sich lt. Kraemer-Flieger/Roerkohl/Kölsch (1996) aus 20 Elementen zusammen:

Element 1: Festlegung von Qualitätszielen und Qualitätspolitik bezüglich der Zufriedenheit der Leistungsempfänger, Erfüllung der berechtigten Anforderungen und Erwartungen der Dienstleistungsanbieter, Motivation der Mitarbeiter, Erfüllung der Erwartung der Mitarbeiter und Wirtschaftlichkeit sowie Qualitätskosten.

Festlegung der Verantwortungen, Befugnisse und gegenseitigen Beziehungen aller Mitarbeiter in Funktionsbeschreibungen, im Organigramm des Unternehmens und in Stellenbeschreibungen.

Benennung eines qualifizierten Qualitätsbeauftragten, Einführung und Aufrechterhaltung des QM-Systems, Durchführung interner Qualitäts-Audits³⁸ sowie Information der Unternehmensleitung über die Umsetzung des QM-Systems.

Bewertung des QM-Systems bezüglich der Umsetzung der festgelegten Maßnahmen, Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen, Realisierung der Qualitätsziele.

Element 2: Beschreibung und Festlegung der Dokumentationsweise des QM-Systems und Beschreibung der Organisation des Qualitätsmanagements.

³⁷ Im konkreten Fall wird hier auf eine „Non-profit-Organisation“ eingegangen, was im späteren Verlauf noch gesondert erläutert wird. In diesem Fall spielt die Spezifizierung jedoch keine Rolle. Die Normenübertragung eignet sich gut für Dienstleistungsunternehmen.

³⁸ „Unter einem Audit versteht man die systematische, unabhängige Untersuchung einer Aktivität und deren Ergebnisse, durch die das Vorhandensein und die sachgerechte Anwendung spezifizierter Anforderungen beurteilt und dokumentiert werden“ (KIRSTEIN, 1991). Audits haben die Funktion, die Qualitätsbemühungen eines Unternehmens zu bewerten und gleichzeitig zu Verbesserungsmaßnahmen anzuregen. Hierbei handelt es sich zumeist um eine ausgewählte Personengruppe, unter Einbeziehung des Managements.

Element 3: Festlegung der Prüfverfahren³⁹ für Angebote von Leistungen, Verträge bez. zu erbringender Leistungen.

Element 4: Festlegung von Verfahren zur Entwicklung⁴⁰ neuer Leistungen, geänderter Verfahren/Prozesse zur Leistungserbringung sowie Einsatz neuer Technologien.

Element 5: Festlegung von Verfahren, die gewährleisten, dass an allen Stellen ausschließlich nach den vereinbarten und genehmigten Qualitätsvorgaben gehandelt wird.

Element 6: Sicherstellung der Qualität aller zugekauften Produkte, einschließlich erbrachter Dienstleistungen und Leistungen von vorgelagerten Leistungserbringern.

Festlegung einer eindeutigen Beschaffungsstruktur und Eingangsprüfung der zugekauften Produkte bzw. erbrachten Dienstleistungen sowie Bewertung und Qualifizierung aller Business-to-Business-Partner, z. B.: Lieferanten, Produzenten, Subunternehmer.

Element 7: Sicherstellung der Qualität aller beigestellten Leistungen des Kunden.

Eindeutigkeit und Spezifikation der zu erstellenden Unterlagen z. B.: Ernährungsprotokolle, Anamnesedaten, persönliche Daten etc. sowie Erfassung der Prozesse.

Element 8: Sicherstellung der Dienstleistung durch Dokumentation der erbrachten Leistung während der Entgegennahme, Produktion der Dienstleistung und Auslieferung.

Element 9: Identifikation und Planung der qualitätsrelevanten Prozesse der Leistungserbringung. Sicherstellung von beherrschbaren Bedingungen, Festlegung der qualitätsrelevanten Prozesse in Vorgehens-Anweisungen, Sicherstellung geeigneter Mittel und Arbeitsumgebungen, Erfüllung der einschlägig festgelegten Normen, Ausführung spezieller Prozesse durch geeignetes, qualifiziertes Personal sowie Steuerung und Überwachung der Prozess-Parameter.

Element 10: Sicherstellung der Qualität durch Prüftätigkeiten an Produkten und Prozessen.

Sicherstellung der Verwendung ausschließlich geprüfter Produkte und Dienstleistungen (durch Berücksichtigung der beim Lieferanten durchgeführten Überwachung), incl.

Dokumentation der freigegebenen Produkte und Dienstleistungen. Durchführung von festgelegten Endprüfungen.

³⁹ Die Prüfverfahren beinhalten vor allem die Prüfung der Durchführbarkeit bez. rechtlicher Aspekte, Sicherstellung der Qualifikation der Mitarbeiter, Prozesse und Technologie, Wirtschaftlichkeit, Übereinstimmungen mit den Unternehmenszielen.

⁴⁰ Entscheidend ist, dass die Planung nach fest definierten Phasen abläuft, bei denen die Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Ausführungen ebenso festgelegt sind wie die Prüf- und Freigabeverfahren.

Element 11: Einplanung der Messunsicherheiten bei den eingesetzten Prüfmitteln (Kontrollinstanzen). Erstellung von Verfahrensanweisungen zur Kontrolle der Prüfmittel, Prüfung und Wartung der eingesetzten Software. Regelung der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der eingesetzten Prüfmittel⁴¹.

Element 12: Kennzeichnung der Dienstleistung durch entsprechende Mittel, welche die (Nicht-)Konformität im Hinblick auf die eingesetzten Qualitätsprüfungs-Kriterien anzeigen.

Element 13: Qualität wird durch das Ausschließen nicht qualitätsgerechter Dienstleistungen und/oder Produkte gewährleistet. Verfahrensanweisungen für evtl. Nacharbeiten bzw. Ausschluss der erbrachten Dienstleistung oder des Produktes, Meldung an den Kunden und erneute Überprüfung nach Verbesserung.

Element 14: Sicherstellung der Qualität durch die Umsetzung adäquater Vorbeuge- und Korrekturmaßnahmen, ausreichende und wirksame Behandlung von Beschwerden.

Untersuchung von Fehlerursachen bez. der eingesetzten Prozesse, Produkte mit Rückwirkung auf das Qualitätsmanagement-System, Korrekturmaßnahmen müssen festgelegt und überwacht werden. Prozesse, die zur Behandlung von Problemen eingesetzt werden, müssen festgelegt und überwacht werden sowie Dokumentation und Zugänglichkeit der eingesetzten Qualitätsmanagement-Maßnahmen.

Element 15: Sicherstellung der Qualität der erbrachten Dienstleistung durch die Erarbeitung von Prozessabläufen bez. der Handhabung, Lagerung, Methodik und Informations-Weitergabe an den Kunden. Festlegung der geeigneten Methodik, Festlegung der Befugnisse, Beurteilung des „Produkt-Zustandes“, Anwendung von angemessenen Methoden der Speicherung erhaltener Daten, Überwachung der Prozesse der Dokumentation und Speicherung eingesetzter und erhaltener Daten sowie Aufrechterhaltung der Qualität auch nach der Endkontrolle.

Element 16: Sicherung der Qualität durch Erstellung von Prozessabläufen für Kennzeichnung, Sammlung, Registrierung, Zugänglichkeit, Ablage, Aufbewahrung, Pflege und Beseitigung.

Element 17: Planung und Verwirklichung interner Audits zur Prüfung aller qualitätsrelevanten Tätigkeiten, incl. der Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems.

Element 18: Sicherstellung der Qualität durch die Einstellung und Ausbildung von geeignetem Personal. Ermittlung und Festlegung des Schulungsbedarfs, Schulung aller Mitar-

⁴¹ Wenn vom Kunden gewünscht.

beiter, die mit qualitätsrelevanten Aufgaben betraut sind⁴², spezielle Qualifizierung des Personals mit besonderen Aufgaben und Aufbewahrung entsprechender Aufzeichnungen.

Element 19: Ausführung und Prüfung der Kontrolle incl. Berichterstattung.

Element 20: Sicherstellung der Qualität durch die Erfassung geeigneter statistischer Methoden für die Ermittlung und Überwachung sowie Prüfung der Prozessfähigkeit und Dienstleistungsmerkmale.

(Umsetzung der Normen nach DIN ISO 9000ff für Dienstleistungsunternehmen, nach KRAEMER-FLIEGER, ROERKOHL, KÖLSCH, 1996)

Eine Betrachtung der einzelnen Punkte macht deutlich, dass es für eine Anwendung auf die Ernährungsberatung unerlässlich ist, den Bereich der Dienstleistung weiter zu konkretisieren.

4.5. Haushaltsbezogene, soziale Dienstleistungen

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln besprochen, ist die Anzahl der angebotenen Dienstleistungen äußerst vielfältig. Ein Kennzeichen unserer modernen Gesellschaft ist das breite Angebot an marktwirtschaftlichen, staatlichen und ggf. auch informellen Dienstleistungsangeboten zur Unterstützung der Haushalte (KETTSCHAU, 2000).

Zu den sog. haushaltsbezogenen Dienstleistungen gehören nach Ketschau (2000) auch Beratungsleistungen wie Verbraucher- und Ernährungsberatungen, Schuldnerberatungen, Steuerberatungen etc.

Ketschau (2000, Internet-Quelle S. 2) definiert haushaltsbezogene Dienstleistungen wie folgt:

„Haushaltsbezogene Dienstleistungen unterstützen private Haushalte bei der Haushaltsführung (Steuerung, Organisation) oder ergänzen deren eigene Leistungserstellung (Aufgabenerfüllung in den verschiedenen Funktionsbereichen)“.

⁴² Wie in Kapitel 3.1. und 3.3. beschrieben wird, sollten bei der Realisation von Total Quality Management möglichst alle Mitarbeiter (sowie Subunternehmer und Zulieferer) in die qualitätsrelevanten Aufgaben mit einbezogen werden.

Danach lassen sich Dienstleistungen für private Haushalte wie folgt gliedern:

I. Funktionsdienstleistungen

(= Dienstleistungen zur Aufrechterhaltung der Haushaltsfunktion)

- Hauswirtschaftliche Versorgung (Wäscheservice, Reinigungsservice, Gartenbau)
- Bring- bzw. Holdienste (Mahlzeitservice, Einkäufe)
- Portierdienste, Urlaubsservice (Versorgung von Wohnung, Haustier, Garten während Abwesenheit, Postannahme etc.)

II. Beratungsdienstleistungen

- Ernährungs- und Gesundheitsberatung
- Verbraucher- bzw. Schuldnerberatung
- Wohnberatung
- Technologieberatung
- Steuerberatung

III. Betreuungsdienste

- Kinderbetreuung
- Babysitting
- Alten- bzw. Krankenbetreuung

Auch Küster und Ühlein (1999) merken an, dass der größte Teil der bezahlten Dienstleistungen durch sogenannte soziale bzw. personenbezogene Dienstleistungen abgedeckt wird. Dazu zählen sie die medizinische Versorgung von Kranken ebenso wie die Betreuung von Kindern sowie hauswirtschaftliche Tätigkeit. Weiter führen sie an, dass aufgrund des interdisziplinären Charakters dieser sozialen Dienstleistungen hier ein zukünftiges Arbeitsfeld für Diplom-Oecotrophologen/innen liegen könnte. Dabei sind Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre, Verbraucherforschung und Sozialpolitik ebenso entscheidend wie Kenntnisse über Gesundheitserhaltung.

Gross (1983) unterscheidet zwischen sozialer und personenbezogener Dienstleistung, indem er die soziale Dienstleistung als ein Beispiel personenbezogener Dienstleistung in den Mittelpunkt seiner Überlegungen zur Professionalisierung von Dienstleistungen stellt. Soziale Dienstleistungen sind nach Gross (1983) Leistungen, welche in Anwesenheit des Kunden erbracht werden und dementsprechend einen direkten, bzw. unmittelbaren Kundenbezug aufweisen. Dementsprechend fallen auch Beratungsleistungen wie die Ernährungsberatung unter den Oberbegriff „soziale Dienstleistungen“.

Unter Berücksichtigung dieser Definition wird auch deutlich, wieso es gerade für die Dienstleistung Ernährungsberatung unerlässlich ist, sich mit der Thematik Qualitätsmanagement auseinander zu setzen. Sowohl der direkte Kundenkontakt als auch der direkte Kundenbezug verlangen nach effizienten Strategien zur Steigerung der Transparenz der angebotenen Leistung. Soziale, personenbezogene Dienstleistungen wirken unmittelbar auf das Erleben des Kunden, schon geringste Abweichungen der Erwartungen können einen Ausstieg aus der Dienstleistung zur Folge haben. Die Gefahr ist also viel größer als bei einem angebotenen Produkt, welches bei einem aufgetretenen Fehler z. B. umgetauscht werden kann.

Der persönliche Umgang mit Kunden eröffnet viele Chancen, birgt aber auch Gefahren für Fehler, die durch ein professionelles Qualitätsmanagement möglichst vermieden werden sollten.

5. Ernährungsberatung als Dienstleistung

5.1. Definition von Beratung allgemein

Im vorhergehenden Kapitel wird deutlich, dass unter den Oberbegriff „haushaltsbezogene Dienstleistungen“, bzw. „soziale Dienstleistungen“ auch die Beratungsleistungen fallen, die dem Haushalt einen unmittelbaren Nutzen verschaffen. Aufgeführt ist u. a. auch die Ernährungsberatung. Da diese Arbeit darauf abzielt, ein Qualitätsmanagement für die Institution Ernährungsberatung zu erstellen, muss neben den Begriffen Qualität, Qualitätsmanagement und Dienstleistungen auch der Begriff Beratung in seinem prozessualen, interaktiven und institutionell-strukturellen Kontext näher definiert werden.

Der Begriff Beratung wird in Deutschland nicht einheitlich definiert. Vielmehr ist es so, dass zur Erläuterung des Begriffes Literatur aus verschiedenen Disziplinen herangezogen werden musste, da kein geschlossenes, einschlägiges Beratungskonzept existiert. Auch die Beratungslehre liefert keine eindeutigen, auf die Ernährungsberatung übertragbaren Aussagen.

Mutzek (1997) merkt an, dass der Begriff „beraten“ auf seine ursprüngliche Bedeutung „Rat“ und „raten“ zurückzuführen ist. Der Begriff „Rat“ stammt aus dem Althochdeutschen und wurde im Sinne von: Besorgung notwendiger Mittel, Abhilfe, Fürsorge und gutgemeintem Vorschlag, Empfehlung, ferner im Sinne von beratender Versammlung⁴³ gebraucht.

„Ratschlagen“ bedeutet „den Bannkreis schlagen, den Kreis für die Beratung abgrenzen, und einen gutgemeinten Vorschlag unterbreiten“ (MUTZEK, 1997, S. 5).

Das Verb „raten“ wurde etwa im Sinne von vorschlagen, empfehlen und für etwas sorgen gebraucht, aber auch für „sich etwas geistig zurechtlegen“, überlegen (DROSDOWSKI & GREBE, 1963). Diese etymologische Begriffsdeutung macht die Abgrenzung zu Ausdrücken wie „anordnen“, „anweisen“ oder „informieren“ deutlich.

In Anlehnung an Rogers geht es in einem Beratungsgespräch um Merkmale wie: Aufgreifen, Fortführen, Erweitern, Begleiten und Zuhören. Fähigkeiten wie etwa Informieren, Selbermachen oder Anweisungen geben treten dabei in den Hintergrund.

⁴³ Daher die Zusammensetzung Stadtrat, Rathaus, Familienrat etc.

Rogers (1972) sieht die Beratung als „Entwicklungshilfe zum Erreichen von Autonomie“, welches es bestimmtes Verständnis vom Klienten (= Kunde einer Dienstleistung) in der Beratungssituation voraussetzt. Dabei ist die wichtigste Voraussetzung, dass der Klient autonom in seiner Entscheidungsfindung und dementsprechend mündig, bzw. beratungsfähig ist. Diese nicht direktive Beratung setzt sich aus zwölf zum Teil übereinander gelagerten Schritten zusammen, die er als Beratungsprozess definiert. Der entscheidendste Schritt ist hierbei die freiwillige Inanspruchnahme der vom Berater bzw. Therapeuten angebotenen Hilfe. Anschließend muss dem Ratsuchenden klar gemacht werden, dass es keine „Patentlösung“ für sein Problem gibt, sondern dass er sich die Hilfe für sein Problem selbst erarbeiten muss. Dabei wird er vom Berater auch dahingehend unterstützt, sein Problem emotional zu schildern. Die Akzeptanz der mit dem Problem einhergehenden negativen Gefühle, auch seitens des Beraters, ist ein wichtiger Schritt zum Aufbau eines vertrauensvollen Miteinander. Nur so lernt der Klient bzw. Patient sich selbst zu verstehen und begreifen. Dies ist wiederum eine wichtige Voraussetzung zur Selbsterkenntnis und zur daraus resultierenden angestrebten Verhaltensänderung. Parallel dazu findet ein Prozess möglicher Entscheidungen und Handlungsänderungen statt. Zunächst werden dabei weitreichende positive Veränderungen implementiert, die dazu dienen, das Selbstvertrauen des Ratsuchenden zu stärken. Daraus ergeben sich zumeist weitere Einsichten, die langsam in eine Unabhängigkeit vom Berater münden und den Klienten bzw. Patienten autonom werden lassen. Rogers (1972) sieht im Zentrum seines Beratungsverständnisses die Klientenzentrierung, bei der die Probleme und Befindlichkeiten des Ratsuchenden in den Mittelpunkt des Beratungsprozesses gestellt werden. Er streicht zusätzlich drei Kompetenzen heraus: Kompetenz der Beratungsmethoden, Kompetenz über das erforderliche Fachwissen und die soziale Kompetenz.

Weiterhin kann die Beratung ebenfalls definiert werden als eine „bewusste Hilfe zur Entscheidungsfindung mittels Kommunikation“ (WILLEM V. D. BAN, WEHLAND, 1982). Als einfachste Form fungiert sicherlich die Auskunft, wobei es ausschließlich um die Weitergabe von Tatsacheninformationen ohne Wertung geht.

Weiter zu nennen wäre auch die Aufklärung, bei der es darum geht, Menschen auf bestimmte Tatbestände hinzuweisen bzw. die Folgen einer Beachtung/Nicht-Beachtung zu kommunizieren. Dabei kann es sich auch um die Öffentlichkeit von verschiedenen Institutionen handeln.

Von Beratung wird dann gesprochen, wenn „*ein Individuum zwischen verschiedenen Alternativen wählen kann, sich aber nicht sicher ist, welche Alternative es bevorzugen soll*“ (V. D. BAN, WEHLAND, 1982).

Dementsprechend wird Beratung definiert als bewusst gegebene, kommunikativ vermittelnde Hilfe zur Meinungs- und Entscheidungsfindung solcher Menschen, die sich in einer konkreten Problemsituation befinden.

Brem-Gräser (1993) kritisiert, dass eine Hilfeleistung oft gleichwertig als „Beratung“ bzw. „Therapie“ deklariert wird. Eine Beratung sollte nach ihren Überlegungen ausschließlich eine im pädagogischen, sozialen, juristischen und seelsorgerischen Bereich ausgeübte,

helfende Beziehung sein. Sie schließt jedoch nicht aus, dass durchaus Gemeinsamkeiten zwischen Therapie, Beratung und Erziehung existieren.

Vielfach wird die Beratung auch als „Empfehlung zur Problemlösung“ definiert (RISSE, 1980, S. 5). Zusätzlich werden zwei typische Merkmale genannt: Herbeiführung von Veränderungen (SCHRÖDER, Management-Enzyklopädie, 5. Band, S. 952) und Einführung von Neuerungen zur Problemlösung und Orientierung (REMELE, Handbuch der Rationalisierung, S. 5).

Für Bommert und Plessen (1978) hingegen bedeutet Beratung allgemein die wissenschaftlich fundierte Klärung und Beeinflussung menschlichen Verhaltens mit dem Ziel der Behandlung und Prophylaxe von Fehlentwicklungen. Dazu werden wissenschaftliche Erkenntnisse der Psychologie, Soziologie, Medizin oder Pädagogik in der Praxis genutzt.

Giese und Melzer (1974) definieren Beratung als ein „*gezieltes und kontrolliertes fachliches Vorgehen einer zur Beratung legitimierten und somit kompetenten Person, welches auf die Aufhebung der Ratlosigkeit von Problemen und Konflikten durch methodische Interaktion abzielt.*“ Die Aufgabe einer Beratung ist demzufolge, Menschen in Unsicherheit oder konflikthabender Situation Hilfe zu geben, um vorliegende Probleme zu lösen (ALBRECHT/ HRUSCHKA in HOFFMANN, 1992). Damit betonen sie die Fachkompetenz des Beraters.

Einen viel weitreichenderen Ansatz bietet Albrecht (in HOFFMANN, 1992, S. 11) an. Er sieht die Beratung sogar als „Bestandteil aller menschlichen Existenz“ und geht davon aus, dass die Beratung eine wichtige, positive Funktion erfüllt. So werden z. B. soziale Interaktionen gefördert und notwendiges Wissen zum Wohle des Individuums und der Gemeinschaft vermittelt. Dies gilt sowohl für alle direkt Beteiligten als auch für die jeweilige

Gesellschaft. Weiterhin weist er darauf hin, dass Formen von Beratung bereits weit vor unserer organisierten Form der Beratungsleistungen existierten. Rat geben, Rat suchen, gemeinsam nachdenken oder erörtern, wie man Lösungen für aufgetretene Probleme findet, sind demnach keine neumodischen Einrichtungen, sondern Bestandteil unserer Menschheits-Geschichte.

Die unterschiedlichen Sichtweisen zeigen wiederum auf, dass der Begriff „Beratung“ noch genauer charakterisiert werden sollte, was im folgenden Kapitel geschieht.

5.2. Formen und Struktur der Beratung

Im vorausgegangenen Kapitel wurde in erster Linie die Beratung als Prozess zur Hilfestellung von Ratsuchenden beschrieben. Im Folgenden wird versucht, den Begriff bezüglich seiner Merkmale und Strukturen zu beschreiben.

Grundsätzlich unterscheidet man zwei Beratungsformen: Die Beratung von Einzelpersonen (= Einzelberatung) sowie die Beratung einer ganzen Gruppe (= Gruppenberatung).

Dies unterscheidet sich wie folgt:

Merkmale der Einzelberatung (MUTZEK, 1997):

Die klassische und am häufigsten anzutreffende Form der Beratung. In einer partnerschaftlichen Interaktion wird ein strukturiertes Arbeitsbündnis zwischen Berater und Gesprächspartner aufgebaut. Ein Hinzuziehen weiterer Personen wird zumeist ausgeschlossen, es sei denn, es erfolgt eine eindeutige Zustimmung. Dabei stellt die Beziehung Berater - Klient eine große Herausforderung für den Ratgebenden dar.

Merkmale der Gruppenberatung⁴⁴ (vgl. MUTZEK 1997):

Wenn mehrere Personen über einen längeren Zeitraum gemeinsam arbeiten, spricht man in der Pädagogik von „Teamberatung“. Die eher klassische Definition bezieht sich auf die Anzahl der Gruppenmitglieder bzw. das Vorhandensein eines oder mehrerer Gruppenleiter, ohne einen zeitlichen Rahmen vorzugeben. Eine Gruppenberatung kann nur einen einzigen Termin umfassen. Die Ratsuchenden kommen aus einer oder unterschiedlichen Ein

⁴⁴ Streng gesehen spricht man in der Pädagogik dann von Gruppenberatung, wenn mind. drei Ratsuchende und ein Berater über einen längeren, fest vereinbarten Zeitraum gemeinsam beraterisch tätig sind.

richtungen und haben kaum direkt oder nur indirekte Verbindungen. Gruppenberatung lässt sich schwer von der Gruppentherapie trennen. Sie setzt, wie auch die System- und Organisationsberatung, eine zusätzliche Ausbildung voraus.

Boland (1993, Seite 124 ff.) geht hier noch einen Schritt weiter, indem er definiert: *„Das Charakteristikum jeder Gruppenberatung ist ihre Teilnehmerbezogenheit, die Mitwirkung der Teilnehmer an der Gestaltung und Erarbeitung des Gruppenergebnisses. Es gibt daher niemals ein von vorneherein fixiertes Konzept einer Gruppenberatung. Der Berater kann aus fachlichen und methodischen Kenntnissen heraus nur einen Rahmen vorschlagen, und er muss flexibel genug sein, auf die Wünsche und Anregungen der Gruppe einzugehen“.*

V.d. Ban und Wehland (1984, S. 9) haben folgendes Modell der Spezifizierung von Beratung herausgearbeitet:

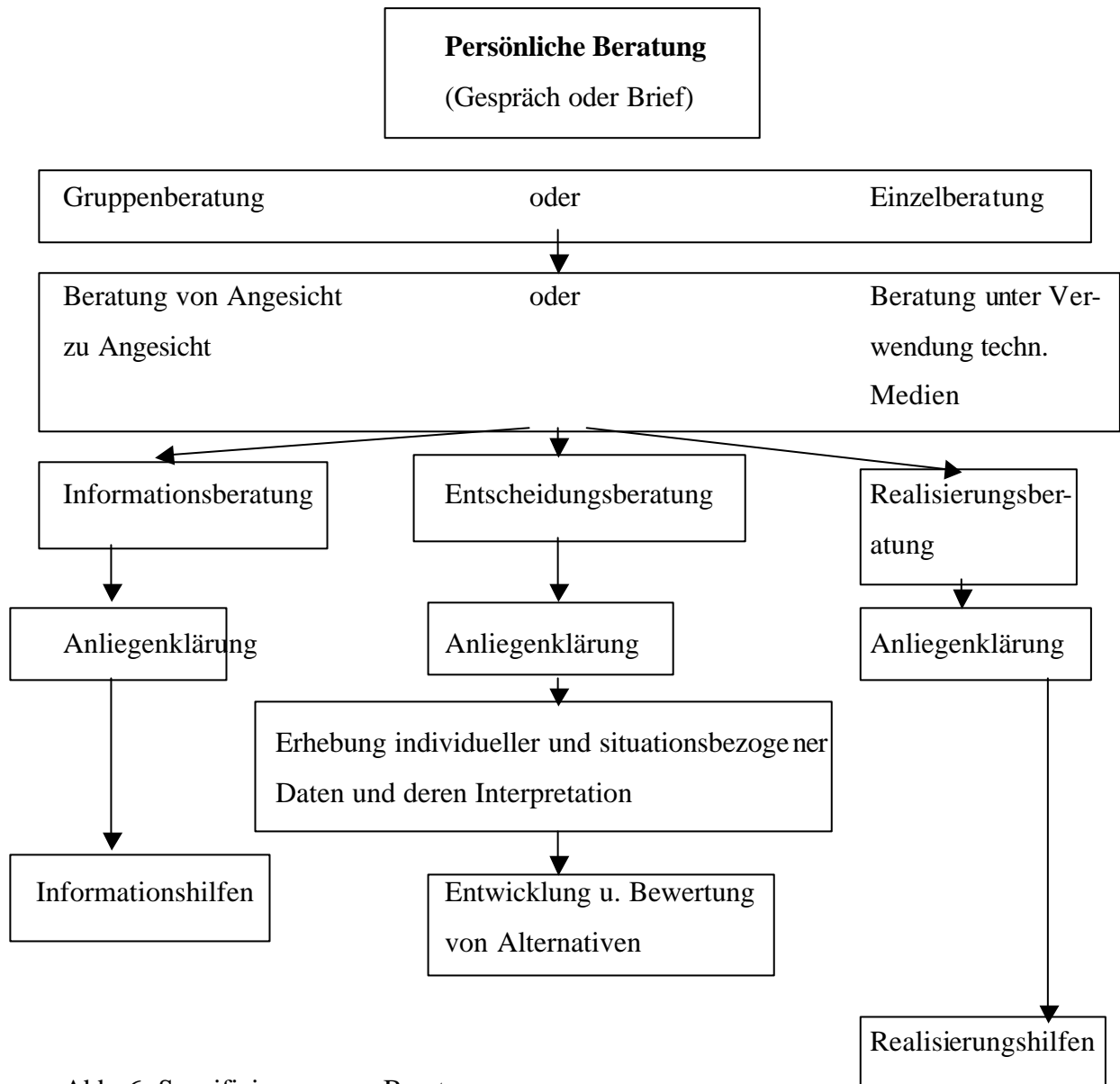


Abb. 6: Spezifizierung von Beratung

Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob es sich um eine Einzel- oder Gruppenberatung handelt.

Auch die Frage nach dem persönlichen Kontakt bzw. über ein elektronisches Medium wie z. B. das Telefon spielt nur eine untergeordnete Rolle. In ihrem Modell unterscheiden v. d. Ban und Wehland vielmehr nach dem Anliegen des Ratsuchenden, d. h. ob er Informationen wünscht, eine Entscheidungshilfe benötigt oder eine Unterstützung für die Umsetzung von persönlichen Maßnahmen.

Eine ähnliche Unterscheidung macht auch Brem-Gräser (1993). Sie unterteilt in ihrem **psychologisch orientierten** Ansatz die „Informelle Beratung“ und in die „Formelle Beratung“. Die informelle Beratung hat einen informellen Begegnungscharakter in Bezug auf die Art, Struktur, Atmosphäre und Häufigkeit der Kontakte. Sie führt weiterhin an, dass viele Menschen, die nie oder nur schwerlich den Weg zu einer informellen Beratung finden würden, häufig bzw. wenig indirekt ihre Beratungsbedürftigkeit einem funktionellen Berater gegenüber an einem beliebigen Ort, z. B. Supermarkt oder öffentliches Verkehrsmittel, signalisieren. Da die Beratung in einem Kontext stattfindet, der sich selbst nicht als Beratung deklariert, fallen hierbei fast alle hemmenden Faktoren weg. Diese Situation dürfte wohl jedem „Ernährungsberater“ bzw. Oecotrophologen oder Diätassistenten bekannt sein. Das kurze Gespräch „auf der Straße“ zur Klärung wichtiger Ernährungsfragen gehört für Ernährungsexperten schon fast zum Alltag. Fraglich erscheint jedoch, ob somit die Wertigkeit einer Ernährungsberatungsleistung entsprechend unterstützt wird, ganz zu schweigen von dem finanziellen Verlust des Ernährungsberaters. Persönliche Erfahrungen und Recherchen im Freundeskreis haben gezeigt, dass es anscheinend nur sehr wenig Verständnis für die Beratungsleistung eines Ernährungsberaters gibt. Ganz anders die Situation bei Ärzten, Anwälten, Psychologen oder Therapeuten. Hier ist die Hemmschwelle seitens des Ratsuchenden, Probleme „auf der Straße“ zu klären, doch wesentlich größer. Dies zeigt auch, wie wichtig es ist, die Leistung der Ernährungsexperten transparent zu machen. Brem-Gräser (1993) weist aber ausdrücklich darauf hin, dass somit einer größeren Zahl beratungsbedürftiger Menschen sachkundig geholfen werden kann.

Dem gegenüber steht die formelle Beratung, die professionell getätigt wird, d. h. von Ernährungs- oder Berufsberatern. Oftmals ist die informelle Beratung der Einstieg in eine formelle Beratung. Die formelle Beratung geschieht meistens auf institutioneller Ebene und ist oft an eine lokalisierte Beratungsstelle gebunden⁴⁵.

Mutzek (1997) fügt noch einen weiteren Aspekt hinzu, indem er die Gründe des Ratsuchenden, eine Beratung aufzusuchen, mit in seine Auffassung einbezieht. Er definiert in seinem **pädagogisch orientierten** Ansatz den Beratungsprozess als „*vertrauensvolle, zielgerichtete, nach Rat suchende Interaktion*“. Auf diesem Hintergrund definiert er drei Formen der Beratung⁴⁶:

⁴⁵ Der Übergang von der informellen zur formellen Beratung zeigt, wie wichtig es ist, Gespräche „auf der Straße“ zu beginnen, um sie später im offiziellen Kreis fortzuführen („Darüber sollten wir nochmals ausführlich sprechen, kommen Sie doch morgen einmal in meine Praxis!“).

⁴⁶ Die drei Definitionen ähneln sich sehr und lassen sich nur in Nuancen voneinander trennen.

- I. Der Ratsuchende begibt sich in eine Beratungssituation, weil er selber mit seinen persönlichkeits- oder umfeldbedingten Problemen nicht mehr fertig wird. Die Beratung soll die aufgetretene Problemsituation beheben oder zumindest verbessern. Seitens des Beraters wird versucht, beim Ratsuchenden einen Lernprozess in Gang zu setzen, der es ihm ermöglicht, durch eine neu erlangte Kompetenz seine Probleme und Schwierigkeiten selber zu lösen. Allgemein wird demnach eine gewisse „Selbsthilfebereitschaft“, „Selbststeuerungsfähigkeit“ bzw. „Handlungstüchtigkeit“ angestrebt (vgl. auch DIETRICH, 1987).

- II. Die Beratung wird als ein nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess betrachtet, der die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt.
Hier werden ebenfalls die Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgabe gestärkt. Beratung wird als Kommunikationsprozess zwischen zwei Interaktionspartnern (Einzelberatung) oder mehreren Personen (Gruppenberatung) verstanden.

- III. Beratung ist eine Form zwischenmenschlicher Beziehungen, bei der ein „professioneller“ Berater eine offene Beziehung zu einer oder mehrerer Personen eingeht, welche durch ein Gespräch zu einer bewussten Wahrnehmung ihrer Probleme führt. Der Berater hilft, die Fähigkeiten zur Problemlösung zu entwickeln, um somit aus eigener Kraft die Probleme bewältigen zu können (vgl. auch HIRSCH, SCHMIDTCHEN, 1981)

Mutzek (1997) geht noch einen Schritt weiter: Betrachtet man die Beratung als eine Form erzieherischen Handelns, bewegt sie sich zwischen den Polen „gezielte Beeinflussung“ bzw. „direkte Lenkung“ und „Selbststeuerung“ bzw. „Hilfe zur Selbsthilfe“ (MUTZEK, 1997). Vergleicht man diesen pädagogisch orientierten Ansatz mit den Ausführungen von Rogers (1972), zeigt sich schnell, dass letzterer wesentlich geeigneter für die Ernährungsberatung ist und dass erzieherisches Handeln nicht den Anforderungen an einen professionellen Berater genügen kann.

Eine weitere Unterteilung, ebenfalls von Mutzek (1997), erfolgt in eine *unmittelbare* und eine *mittelbare* Beratung (vgl. dazu auch das Modell von V. D. BAN und WEHLAND, Abb. 6).

Die *unmittelbare* Beratung erfolgt in direktem Kontakt zwischen Berater und Ratsuchendem. Sie verläuft nicht über ein dazwischengeschaltetes Medium, sondern in einem Raum, wobei sich beide Gesprächspartner direkt ansehen können.

Die *mittelbare* Beratung erfolgt über ein Medium, welches den direkten, persönlichen Kontakt nicht zulässt. Hierbei handelt es sich meistens um das Telefon. Sehr häufig gibt es Situationen, bei denen der Ratsuchende anonym bleiben möchte, weil die Probleme so schwerwiegend oder unlösbar erscheinen, dass ihm sowohl psychisch als auch physisch die Kraft zum Aufsuchen einer Beratungsinstitution fehlt.

Weisbach (1989) führt aus, dass nach seiner Ansicht eine anerkannte Beratungsphilosophie noch nicht existiert. Er sieht die Gefahr, dass Beratung als eine quasi „selbstgestrickte“ Dienstleistung avouiert, bei der die spezifischen Fachkenntnisse des jeweiligen Beraters zu sehr in den Mittelpunkt der Anforderungen gestellt werden. Entscheidend ist daher die entsprechende Beratungskompetenz, gekoppelt mit der Methodenkompetenz. Er definiert daher Beratung als postmoderne Dienstleistung, die sich von ihrer Methode her an einem personenzentrierten Ansatz orientiert. Dafür nennt er gleich drei Gründe. Zum einen hat der personenzentrierte Ansatz bedeutende Beiträge zur Entstehung einer hilfreichen, zur persönlichen Entfaltung führenden Beziehung geleistet. Vor allem im Hinblick darauf, dass das Ziel aller Beratungsleistungen der zeitlich begrenzte Aufbau einer interpersonellen Beziehung ist. Andererseits nimmt das personenbezogene Vorgehen ganzheitlich Bezug auf Gefühls-, Empfindungs-, Erlebens- und Entscheidungsvorgänge des Ratsuchenden. Da die meisten Probleme und daraus resultierende Entscheidungen nicht allein durch Informationsvermittlung zu lösen sind, erscheint eine ganzheitliche Vorgehensweise als angemessen.

Zuletzt konnte ausreichend nachgewiesen werden, dass der personenzentrierte Beratungsprozess (Beratungskompetenz) in besonders kurzer Zeit „zu einer wachsenden Autonomie und Selbststeuerung des Ratsuchenden führt“ (WEISBACH, 1989, S. 9)

Ein weiterer Aspekt ergibt sich aus der äußeren Gestalt von Beratung. Sie kann sowohl in einer für den Ratsuchenden natürlichen, vertrauten Umgebung als auch in einer künstlichen, fremden Umgebung stattfinden, was durchaus Einfluss auf den Beratungsprozess hat.

Weiterhin kann man eine Unterscheidung in *professionelle*, bzw. *nicht professionelle* Beratung treffen (RECHTIEN, 1988).

5.3. Zielsetzung von Beratung: Verhaltensmodifikation

Ernährungsabhängige Erkrankungen entstehen in der Regel durch falsches Ernährungsverhalten. Ziel einer Ernährungsberatung muss es demnach sein, dieses Verhalten positiv zu verändern. Diese Verhaltensmodifikation ist Teil des Beratungsprozesses und sollte dementsprechend bei der Implementierung eines QM-Systems für den Bereich Prozessqualität mit einbezogen werden.

Die Thematik Verhaltensmodifikation ist in der Literatur zu ernährungswissenschaftlichen Fragestellungen selten zu finden, daher erscheint es sinnvoll, verhaltenswissenschaftliche Aspekte aus den Bereichen Pädagogik und Psychologie zu analysieren und geeignete Ansätze an die Anforderungen bei der Ernährungsberatung entsprechend anzupassen.

Zunächst einmal ist es sinnvoll, den Begriff Verhaltensmodifikation genauer zu definieren und von der Verhaltenstherapie abzugrenzen.

Unter Verhaltensmodifikation (VM) verstehen wir eine systematische Verhaltensbeeinflussung, die aus verhaltenstherapeutischen Arbeiten abgeleitet worden ist (MEES/SELG, 1977). Der Unterschied zur Verhaltenstherapie (VT) ist fließend, da VM und VT gleichsam zwei Bereiche einer Dimension darstellen.

VT beschreibt überwiegend gezielte, therapeutische Einsätze in Kliniken oder ähnlichen Sondereinrichtungen, wobei immer hochspezialisierte Therapeuten zur Korrektur von Fehlverhalten eingeschaltet werden. Sie hat immer korrigierenden Charakter.

VM dagegen beschreibt die kontrollierte, lernpsychologische Beeinflussung in einer relativ natürlichen Umwelt wie z. B. Schule, Kindergarten etc. (MEES/SELG, 1977).

VT und VM wollen jedoch übereinstimmend Verhaltensstörungen korrigieren, indem Fehlverhalten ab- und erwünschtes Verhalten aufgebaut wird.

Selg führt noch einen weiteren Begriff ein: Die sogenannte „Verhaltensdidaktik“, die auf eine „normale“, erwünschte Entwicklung eingeht und somit präventiven Charakter besitzt.

Alle menschlichen Interaktionen sind Verhaltensbeeinflussungen, was im normalen Alltagsleben jedoch selten kontrolliert und wissenschaftlich begründet abläuft. Eine gezielte Verhaltensmodifikation verfügt, dank der lernpsychologischen Durchdringung, über begründete Strategien zur Zielerreichung sowie über eine hinreichende Kontrolle (dank der experimentalpsychologischen Fundierung) und setzt somit lernpsychologische Prinzipien in der natürlichen Umwelt zum Zweck optimaler Zielerreichung ein (MEES/SELG, 1977).

Es stellt sich die Frage, welche Funktion die Ernährungsberatung ausübt. Sicherlich herrscht der korrigierende Faktor vor, jedoch sind Ernährungsberater in den meisten Fällen keine hochspezialisierten Therapeuten und die Beratungseinrichtungen keine Kliniken oder therapeutische Sondereinrichtungen. Die in den Fortbildungen (DGE, VDOe, DAEM/DGEM) eingesetzten Module zur Methodik und Didaktik der Beratung zielen inhaltlich auf eine durch Einsicht geprägte Verhaltensänderung ab, die auch präventiven Charakter besitzen kann. Daher empfiehlt es sich im Zusammenhang mit Ernährungsberatung von „Verhaltensmodifikation“ bzw. „Verhaltensdidaktik“ zu sprechen.

Doch wie sieht eine Verhaltensmodifikation in der praktischen Anwendung aus und welche wissenschaftlich fundierte Hilfestellung gibt es?

Liebel (1992) beschreibt in seinem Werk zur Verhaltensmodifikation ausführlich den Weg der „operanten Konditionierung“. Da diese Lerntheorie allgemein gültig ist und zu den verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen zählt, wurde auf eine weitere Literaturrecherche zu diesem Thema verzichtet.

Im Folgenden sind die wichtigsten Aspekte der **operanten Konditionierung** aufgeführt:

Die operante Konditionierung ist eng verbunden mit den Begriffen „Lob“, „Tadel“, „Strafe“, „Nichtbeachten“ etc.

Dabei werden Verbindungen zwischen einer Verhaltensweise und einer darauf folgenden Konsequenz erlernt

Operantes Konditionieren heißt also zu lernen, welche Konsequenzen ein bestimmtes Verhalten nach sich zieht!

LIEBEL, 1992

Beim operanten Konditionieren werden vier Arten des Zusammenhangs von Verhaltensweisen und Konsequenzen unterschieden.

Zum besseren Verständnis sind diese Zusammenhänge in einem sog. Kontingenzschema zusammengefasst:

	Darbietung von Verstärkern	Entzug von Verstärkern
Positive Verstärker	I.) positive Verstärkung, Belohnung	IV.) Bestrafung, Strafe durch Verlust
Negative Verstärker	III.) Bestrafung	II.) negative Verstärkung, Erleichterung

Abb. 7: Das Kontingenzschema

Erläuterungen:

Zu I.): Dies nennt man auch **positive Verstärkung**, da durch ein bestimmtes Verhalten eine positive Konsequenz ausgelöst wird.

Zu II.) Ein Verhalten kann auch häufiger werden, weil es zu einer Unterbrechung oder Aufhebung einer als unangenehm empfundenen Situation führen kann.

Bei den beiden verbliebenen Arten des Zusammenhangs von Verhalten und Konsequenz wird das Verhalten dagegen seltener:

Zu III.) Ein bestimmtes Verhalten löst eine als unangenehm empfundene Konsequenz aus. Diese Konsequenz bezeichnet man als Strafe 1. Art.

Zu VI.) Ein Verhalten wird auch seltener, wenn ein angenehmer Zustand aufgehoben wird. Konsequenzen, die einen angenehmen Zustand aufheben bezeichnet man als Bestrafung 2. Art.

Berücksichtigt werden muss jedoch auch noch ein weiterer Faktor: die Zeit.

Untersuchungen zum operanten Konditionieren haben gezeigt, dass ein Lernprozess umso schneller abläuft, je kürzer die Zeitspanne zwischen Verhalten und Konsequenz ist. Andersherum ausgedrückt: Der Lernende erkennt bei wachsender Zeitspanne den Zusammenhang zwischen dem Verhalten und der Konsequenz immer weniger deutlich.

Eine größere Schwierigkeit stellt das völlige Ausbleiben der positiven Konsequenz dar, was unter gegebenen Umständen z. B. bei der Ernährungsberatung durchaus der Fall sein kann.

Hier liegt sicherlich eine der größten Schwierigkeiten bei der Verhaltensmodifikation durch eine gezielte Ernährungsberatung, denn die (positiven) Konsequenzen einer veränderten Lebensführung machen sich nur sehr langsam bemerkbar. Dies gilt vor allem für die Gewichtsabnahme. Erst wenn das „Verhalten“ (= Ernährungsumstellung) in einem längerfristigen Zeitraum konsequent durchgeführt wurde, kann der Ratsuchende die „Konsequenz“ (= Gewichtsabnahme) erfahren.

Daher ist es zwingend erforderlich, zusätzlich zur Methode der operanten Konditionierung weitere verhaltenstechnische und beratungsrelevante Mechanismen, wie z. B. eine gezielte Aufklärung sowie Festlegung realistischer (Teil-)Ziele zu verfolgen. Dies sollte in den Normen zur Prozessqualität verankert werden.

Weiterhin muss man sich die Frage stellen, wann ein Verstärker als Verstärker und wann eine Strafe als Strafe wirkt? Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Verstärker dort wirken, wo ein Bedürfnis nach ihnen besteht, Strafreize dort, wo sie tatsächlich als unangenehm empfunden werden.

Jeder Mensch besitzt eine Vielzahl an Bedürfnissen und Abneigungen, wobei nur wenige dieser Bedürfnisse angeboren sind. Dazu zählen z. B. Nahrung, Flüssigkeit, Wärme und Schlaf (= Primärbedürfnisse). Der größte Teil unserer Bedürfnisse ist durch sekundäre Handlungen verstärkt worden, wie z. B. ein Baby die Geräusche beim Zubereiten der Flasche mit dem Bedürfnis „Nahrung“ verbindet. Aus dem primären Verstärker „Nahrung“ ist durch Kopplung mit einer bestimmten Handlung ein sekundärer Verstärker geworden. Das Erkennen solcher Zusammenhänge und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Ernährungsberatung sind von entscheidender Bedeutung für den Erfolg der Beratung.

Um ein komplettes Bild über die verhaltenswissenschaftlich erforschten Mechanismen der Verhaltensmodifikation zu erhalten, muss abschließend auch der Prozess der kontinuierlichen bzw. intermittierenden Verstärkung erläutert werden. Dabei handelt es sich um die zeitliche Verteilung der Konsequenzen. Ein Verhalten, das jedes Mal, wenn es aufgetreten ist, verstärkt wird, wird wesentlich schneller erlernt wie eine Konsequenz, die intermittierend auftritt. Auf das Beispiel mit der Ratte bezogen bedeutet dies: Erhält die Ratte bei jedem Hebeldruck Futter, lernt sie schneller, als wenn sie nur bei jedem 5. Druck Futter erhält. Dies gilt sowohl für die positive als auch für die negative Verstärkung (LIEBEL, 1992).

All die oben genannten Faktoren haben sicherlich Auswirkungen auf die bei der Ernährungsberatung angestrebte Verhaltensänderung. Erschwerend kommt noch hinzu, dass sich die Verhaltensänderung in der Regel auf mehreren Ebenen abspielt (z. B. verändertes Einkaufsverhalten, veränderte Nahrungszubereitung, mehr Bewegung etc.). Der Ratsuchende kann oftmals gar nicht differenzieren, welche Konsequenz zu welchem Verhalten gehört. Hier sind in erster Linie die Fähigkeiten des Beraters gefragt (Beratungskompetenz), sowohl in fachlicher als auch in methodisch-didaktischer Hinsicht, was eine Einbeziehung dieser Faktoren in ein Qualitätsmanagement unumgänglich macht.

5.4. Beratungskompetenz und Professionalisierung

Das Adjektiv/Adverb „Professionell“ weist darauf hin, dass die Beratung als Beruf ständig ausgeübt wird. Der Berater hat eine durch Aus- und Weiterbildung erworbene spezifische Qualifikation sowohl zu psychologisch-methodischen Gesichtspunkten der Ge-

sprachsführung als auch zur inhaltlich-fachlichen Ausrichtung seiner Beratungstätigkeit. Rehtien (1988) fordert des Weiteren die permanente Fortbildung durch Literaturstudien bzw. durch Teilnahme an Tagungen und Trainingskursen sowie durch Erfahrungsaustausch und kontinuierliche Supervision der eigenen Beratungspraxis.

Geuter und Mattes (in ASANGER/WENNINGER, 1992) beschreiben verschiedene Erscheinungen, die mit dem Begriff Professionalisierung bezeichnet werden. Dazu zählt die Ersetzung von Laien durch Experten und deren rasches Wachstum sowie der gesamte Prozess, in dem ein Beruf in eine Profession umgewandelt wird. Auch die Arbeitsmarkt-Strategie einer Berufsgruppe zählt dazu, die sich in Konkurrenz zu anderen Berufsfeldern neue Wirkungsfelder erschließen will.

Betrachtet man die Professionalisierung als Prozess, beinhaltet dieser die Veränderung einer rein theoretischen Disziplin in eine ihr Wissen anwendende und durch eine universitäre Berufsausbildung gestützte Berufsausübung mit außeruniversitären Berufsrollen.

Dies lässt sich in Deutschland vor allem in den Bereichen Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Politologie erkennen. Inwieweit die Ernährungsberatung dazuzuzählen ist, wird im Laufe dieser Arbeit herausgestellt.

Die oben genannten Definitionen sind allerdings nicht ganz unumstritten, denn es stellt sich die Frage, ob eine gesteuerte Professionalisierung nicht allein durch das Engagement einer privilegierten Berufsgruppe aus Arbeitsmarkt-strategischen Gründen initiiert wurde (GEUTER/MATTES in ASANGER/WENNINGER, 1992).

Weiterhin ist fraglich, ob Professionalisierung einen Prozess darstellt, der von einer Berufsgruppe selbst gesteuert wird, oder ob evtl. sogar eine staatliche Regulation mit im Spiel ist?

Leonhäuser (1997) erweitert diese Definitionen, indem sie die Faktoren zur Professionalisierung der Beratungstätigkeit konkretisiert. Demnach spricht man von Professionalisierung, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: Institutionalisierung der Disziplin an Universitäten und Fachhochschulen, Entwicklung von eigenständigem und anwendbarem Wissen innerhalb der Wissenschaften sowie von Methoden, die außeruniversitäre Anwendung dieses Wissens, die Nachfrage nach Beratern und die Einrichtung von speziellen Laufbahnen, die Politik der Berufsgruppe zur Anerkennung des Faches und die Regelung der Qualifikation auch seitens des Gesetzgebers (staatliche Ausbildungspolitik).

Professionalisierung erscheint jedoch noch von einem anderen Aspekt her als entscheidend für den Erfolg einer Berufssparte. Das Ansehen und Verständnis in der Öffentlichkeit, was für viele freiwillig in Anspruch genommene Berufsfelder (dazu zählen auch Mediziner, Psychologen, Ernährungsberater etc.) einen entscheidenden Erfolgsfaktor ausmacht, lässt sich nur durch eine transparent gemachte Professionalisierung positiv beeinflussen. Hier wird auch eine enge Verknüpfung zwischen Qualitätsmanagement und Professionalisierung deutlich, denn die erzielte Wirkung hinsichtlich der Vertrauensbildung in der Öffentlichkeit ist die gleiche.

Allerdings kann die Professionalisierung auch an eine äußere Grenze stoßen. Geuter und Mattes (1992) verweisen auf die zunehmende Arbeitslosigkeit diplomierter Psychologen. Dazu kommt, dass Berufseinsteiger immer häufiger eine gering bezahlte, nicht abgesicherte und von den Anforderungen unter dem Ausbildungsniveau liegende Tätigkeit aufnehmen müssen. Entscheidend ist hierbei, den Professionalisierungsbedarf zu berücksichtigen und ggf. anzupassen.

Die aktuelle Berufsordnung für Diplom-Oecotrophologen (Stand Juni 2002) ist als ein entscheidender Schritt hin zu einer professionellen Ernährungsberatung anzusehen. Eine nichtprofessionelle Beratung zeichnet sich in erster Linie durch eine mangelnde Qualifikation des Beraters sowie nicht adäquate räumliche und zeitliche Strukturen aus.

5.5. Das Beratungskonzept der direktiven und nicht direktiven Beratung

Wie in den vorangegangenen Kapiteln mehrfach erwähnt, spielt die Beratungskompetenz eine entscheidende Rolle. Daher wird im Folgenden ein Beratungskonzept erläutert und kritisch auf den Einsatz bei der Ernährungsberatung hin überprüft.

Betrachtet man die Beratung gezielter auf ihre innere Gestalt und geht konkret auf die Struktur des Vorgehens ein, ergibt sich eine bipolare Unterscheidung in **direktive** und **nicht direktive** Beratung (ROGERS, 1972; MUTZEK, 1997; KLEBER, 1989)

Bei der direktiven bzw. vertikalen Beratung lenkt und bestimmt der Berater allein den gesamten Gesprächsverlauf. Er setzt somit unmittelbar die Struktur der Beratung fest. In einem aktiven Gesprächsverhalten werden viele direkte Fragen gestellt, es wird informiert, erklärt, interpretiert, Vorschläge und Handlungsanweisungen unterbreitet, und zwar nur aus seiner Expertensicht heraus. Die Kommunikationsbeziehung zwischen Berater und

Ratsuchendem ist vertikal, d. h. es gibt ein „oben“ und ein „unten“, wobei „oben“ die Fachkenntnis bzw. das Expertenwissen des Beraters beschreibt und „unten“ die Hilfsbedürftigkeit des Ratsuchenden, dessen Mitarbeit reaktiv und rezeptiv ist (KLEBER, 1989). Bei dieser vertikalen Beratung geht man von einer Hierarchie der unterschiedlichen Wertigkeit und Kompetenz aus (KLEBER, 1983). Höherwertig, also „oben“, sind die Fähigkeiten und Kenntnisse des Beraters, niederwertig, also „unten“, ist dagegen die Kompetenz des Rat-Suchenden.

„Ich kenne all Ihre Probleme und sage Ihnen, wie Sie sie lösen sollen“, könnte man überspitzt formulieren.

Die horizontale bzw. nicht direktive Beratung hingegen ist gekennzeichnet durch die aktive Unterstützung des Ratsuchenden bei der Nutzung seiner eigenen (auch methodischen) Kräfte. Dabei werden ihm Kompetenzen zugeschrieben, seine Möglichkeiten bei der Problemlösung zu nutzen. Der Berater gibt dabei nur Hilfestellung. Bei der horizontalen Beratung (KLEBER, 1983) bzw. der kooperativen Beratung (MUTZEK, 1989) werden die Kompetenzen des Beraters und des Ratsuchenden als gleichwertig angesehen. Dies schließt mit ein, dass Sichtweisen und Kenntnisse des Ratsuchenden über sich selbst und seine Lebens- bzw. Berufswelt als bedeutsam angesehen werden.

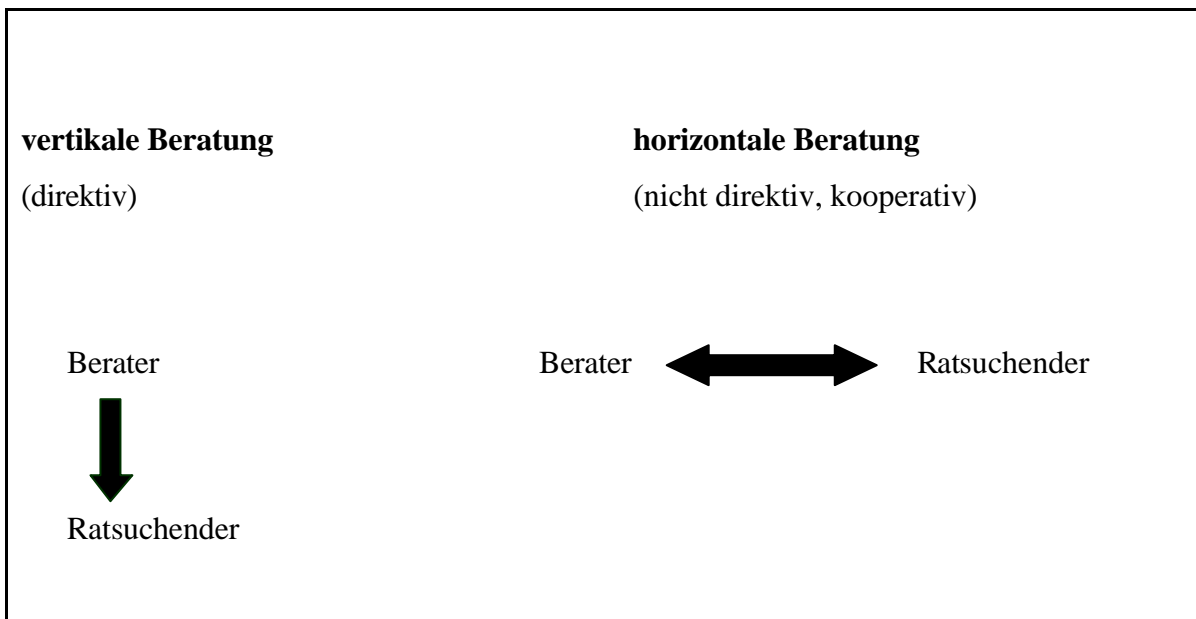


Abb. 8: Unterscheidung vertikale bzw. direktive und horizontale bzw. nicht direktive Beratung nach Rogers (1972), Mutzek (1997) und Kleber (1983)

5.5.1 Theoretische Ansätze zur Gestaltung des Beratungsprozesses

Schon in den vorhergegangenen Zeilen wird deutlich, wie viele verschiedene Ansätze der Definition und Struktur von Beratung existieren. Cunningham und Peters (1973) sprechen von über 40 verschiedenen Beratungstheorien. Betrachtet man diese jedoch genauer, wird deutlich, dass es sich hierbei zumeist um Erklärungs-, Störungs- und Behandlungstherapieansätze handelt (MUTZEK, 1997). Spezielle Beratungstheorien fehlen weitgehend (BENZ/CAROLI, 1977; RAHM, 1988; RECHTIEN, 1988). Gerstenmaier und Nestmann (1984) sagen aus, dass es noch keine konsistente, hinreichend umfassende, aber auch detaillierte, eindeutig formulierte handlungsanleitende Beratungstherapie gibt (eine genaue Unterscheidung zwischen Therapie und Beratung erfolgt auf Seite 99). Mutzek (1997) führt weiterhin aus, dass es nicht Ziel sein sollte **die** Beratungstheorie zu entwickeln, sondern dass es vielmehr erforderlich scheint, die bestehenden Ansätze auf ihre jeweiligen Konzeptionen hin zu überprüfen. Eine Beratung ohne Annahmen bzw. Konzept ist nicht möglich. Implizit existieren sie bei jedem Berater als subjektive Theorien (GERSTENMAIER/NESTMANN, 1984), expliziert werden sie allerdings selten (MUTZEK, 1997).

Die handlungsleitenden Ausgangstheorien werden leider nur sehr selten direkt beschrieben, somit lässt sich ein klares Beratungshandeln schwerlich erschließen.

Um einen allgemeinen Überblick über die vielfältigen Beratungsansätze zu erhalten, sind im Folgenden einige von Mutzek (1997) zusammengetragene Ansätze aufgezählt. Hierbei handelt es sich um Ansätze, denen am häufigsten die **pädagogisch-psychologische Beratung** zugrunde liegt:

- psychoanalytischer Ansatz
- individualpsychologischer Ansatz
- geschlechtstherapeutischer Ansatz
- verhaltenstherapeutischer Ansatz
- psychodramatischer Ansatz
- systemischer Ansatz
- organisationspsychologischer Ansatz
- handlungsorientierter Ansatz
- didaktischer Ansatz

Als Gegenstand der **pädagogisch-psychologischen Beratung** sieht Mutzek (1997) die Handlungen und das Verhalten der Menschen bzw. ihre Abweichungen von der Norm und daraus resultierende Problematiken.

Eine Beratungskonzeption sollte grundsätzlich ausführen, wie der Berater seine Arbeit zu verstehen hat. Dieses sog. „Beratungsverständnis“ umfasst die :

Realitätskonzeption, d. h. für welchen Realitätsbereich und für welche Form der Beratung ist diese Konzeption zu entwickeln?

Beziehungskonzeption, d. h. wie soll sich die Beziehung zwischen Berater und Ratsuchendem gestalten? Inwieweit kann der Berater durch seine eigene Haltung die Bewältigungskompetenzen des Ratsuchenden aufbauen oder verbessern?

Methodenkonzeption, d. h. welche Ziele, welche Struktur und welche Methoden werden dem Berater als Leitfaden oder Hilfe empfohlen? Welche Prozesse sollen sich beim Ratsuchenden vollziehen, um ein Problem mental und handelnd vollziehen zu können.

Bedienungskonzeption, d. h. welche äußeren Bedingungen müssen vorhanden sein, um den Selbst-Erkennnisprozess anzuregen, zu erleichtern bzw. zu fördern?

Evaluations- und Supervisionskonzeption, d. h. wie kann der Berater die Prozesse und Wirkungen seines Handelns erfassen (Evaluation), reflektieren und sich Unterstützung und Rat holen (Supervision)?

Zur Qualifizierung von Beratern durch Aus- und Weiterbildung sowie Berufserfahrung gehört wohl jeder dieser Bereiche.

Etwas anders strukturieren Albrecht und Hruschka (1992) die einer Beratungstätigkeit zugrunde gelegten Konzeptionen.

Wirksame Hilfe für die Methodik des Beraters erfordert in der Ausbildung die Vermittlung von Kenntnissen aus drei Bereichen:

- 1) **Grundlagenwissen**, als Orientierung über grundlegende Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens
- 2) **Diagnostisches Können**, als Fähigkeit, beobachtbare Daten als Indikatoren der situationsspezifischen Beziehungszusammenhänge zu erkennen
- 3) **Techniken**, als Instrumente zur Fehlervermeidung und Entlastung umschriebener, wiederkehrender Abschnitte des Beratungsvorganges

Alle die einer Beratungstätigkeit zugrunde liegenden Konzeptionen zielen auf die Fähigkeiten des Beraters ab, die Selbsterkenntnis, Eigenverantwortung und „Selbstlösungsfähigkeit“ des Ratsuchenden aufzubauen bzw. zu festigen.

Weitere theoretische Ansätze zur Gestaltung des Beratungsprozesses liefern auch v. d. Ban und Wehland (1982). Sie legen dem eigentlichen Beratungsprozess (als Synonym für den Begriff „Beratungsprozess“ verwenden sie auch den Begriff „Problemlösungsprozess“, was sicherlich die Seite des Ratsuchenden eher mit einbezieht) die Aufgaben des Beraters zugrunde, welche sich in drei Punkte gliedern: Wahrnehmung des Problems, Problemerkennung und die Formulierung verschiedener Lösungsalternativen.

Zu dem Punkt „Wahrnehmung des Problems“ führen sie aus, dass ein Problem entsteht, wenn ein Entscheidungsträger eine Diskrepanz zwischen einem von ihm angestrebten Sollverhalten und einem erkennbaren Ist-Verhalten wahrnimmt. Es kann auch Aufgabe des Beraters sein, einen entsprechenden SOLL-IST-Vergleich zu initiieren, weil der Rat-

suchende andernfalls erst dann auf ein Problem aufmerksam würde, wenn es bereits zu Schwierigkeiten führt.

Zu dem Punkt „Problemerkfassung“ beschreiben sie mehrere, aufeinanderfolgende Phasen, die zur Informationserfassung von Berater und Ratsuchendem dienen. Hierzu gehören folgende Teilaspekte: Analyse der IST-Situation, Analyse der SOLL-Situation, Analyse der Schwierigkeiten bei der Überführung der IST- in die SOLL-Situation.

Dies kann man auch etwas vereinfachter ausdrücken:

- Art und Bedeutung des Problems

Was streben die Ratsuchenden an? Warum streben sie gerade dieses Ziel an (Bedeutung des Zieles)? Was haben sie bisher erreicht bzw. nicht erreicht? Worin bestehen (bestanden) die Probleme bei der Zielerreichung?

- Ursachen des Problems

Wie ist das Problem entstanden und welche Ursachen-Wirkungszusammenhänge liegen vor?

- Bisherige Lösungsbemühungen

Was hat der Ratsuchende bisher unternommen und welchen Erfolg hatte dies? Was glaubt er, soll er zukünftig tun und wie schätzt er seine eigene Problemlösungsfähigkeit ein? Welche Hilfsmittel stehen ihm dabei zur Verfügung?

- Erwartungen an die Beratungsstelle

Aufgrund welcher Motive hat der Ratsuchende die Beratungsstelle aufgesucht und was erwartet er von der Beratungsstelle? Wie schätzt der Ratsuchende die Rolle des Beraters bzw. seine eigene ein?

Nach Klärung all dieser Punkte, d. h. sowohl Berater als auch Ratsuchender sind sich der vorhandenen Probleme bewusst, ist es nach Auffassung von v. d. Ban und Wehland (1982) nun Aufgabe des Beraters, dem Ratsuchenden alternative Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Zunächst einmal geht es darum zu erfassen, welche Handlungsspielräume der Ratsuchende in der konkreten Situation hat. Die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten ist eng verknüpft mit der jeweiligen Situationsdefinition des Klienten. Man unterscheidet in: „Routine-Entscheidungen“

Routine-Entscheidungen liegen dann vor, wenn im Fall einer eindeutig definierten Problemstellung gleichzeitig damit ein eindeutiger Lösungsweg assoziiert wird, z. B. liegt bei einem Ratsuchenden erhebliches Übergewicht aufgrund von übermäßigem Schokoladen-Konsum vor, hängt der Lösungsvorschlag unmittelbar mit der Erfassung der individuellen Problematik zusammen.

„adaptive Entscheidungen“

Adaptive Entscheidungen müssen dann getroffen werden, wenn bei einem eindeutig definierten Problem mehrere Lösungsvorschläge möglich erscheinen. Oftmals fordert der Ratsuchende von seinem Berater lediglich die Entscheidung, für welche der Lösungsmöglichkeiten er sich entscheiden soll. Beispiel: Einem Klienten mit zu hohem Cholesterinspiegel eröffnen sich mehrere Möglichkeiten zur Senkung (Ernährung, Medikamente, mehr Ausdauer-Sport) und

„Innovative Entscheidungen“

Bei den sog. innovativen Entscheidungen ist die Hilfe des Beraters unerlässlich. Innovative Entscheidungen liegen dann vor, wenn der Ratsuchende sein Problem nicht oder nicht eindeutig definieren konnte und somit auch den für ihn bestimmten Lösungsweg nicht überschauen kann.

Nachdem alle Lösungsmöglichkeiten seitens des Beraters offengelegt wurden, müssen diese in einem nächsten Schritt bewertet und darüber entschieden werden. Die Rolle des Beraters liegt in der Unterstützung des Ratsuchenden durch sein eigenes fachliches Wissen. Ist eine Entscheidung zugunsten einer bestimmten Lösungsalternative getroffen, muß dies seitens des Beraters geistig gefördert werden, damit die Entscheidung realisiert werden kann. Zuletzt erfolgt die Evaluation des Beratungsprozesses.

5.5.2. Abgrenzung der Beratung zur Therapie

Diese Begriffe werden oftmals synonym verwendet, und in der Literatur gibt es auch einige Autoren, die sich gegen eine Abgrenzung beider Begriffe aussprechen, so z. B. Gerbis (1977). Auch Rogers (1972, S. 17) verwendet die Begriffe Beratung und Therapie oft synonym, „... weil sie sich alle auf die gleiche, grundlegende Methode beziehen – auf eine Reihe dichter Kontakte mit dem Individuum, die darauf abzielen, ihm bei der Änderung seiner Einstellungen und seines Verhaltens zu helfen.“ Und: „ Es lässt sich aber nicht bestreiten, dass die intensive und erfolgreiche Beratung von intensiver und erfolgreicher Therapie nicht zu unterscheiden ist.“

Auch Seibert (1978) bekennt sich generell zur synonymen Verwendung beider Begriffe, er sieht jedoch den Begriff Beratung im psychologischen Sinne eher als „einfachere“ Tätigkeit an.

Frank (1981) zählt dazu im Folgenden vier gemeinsame Kriterien von Beratung und Therapie:

1. Beratung und Therapie sind Interaktionen, in denen sich ein Helfer (Berater, Therapeut) mit einem Ratsuchenden in einem anleitenden, helfenden und heilenden Prozess befindet.
2. Die Orte dieser Begegnungen sind gesellschaftlich als Stätten des Beratens/Therapierens anerkannt.
3. Die Beratungs- und Therapietätigkeiten beruhen auf bestimmten Theorien, die Erklärungen über normal-abweichend bzw. gesund-krank mit einschließen.
4. Die jeweilige Theorie bestimmt weitgehend die Anwendungsverfahren.

Auch Alterhoff (1983) fasst die Ergebnisse seiner Forschungen wie folgt zusammen:

Die Gegenüberstellung von Beratung und Therapie hat drei verschiedene Ansichten zu dieser Problematik aufgezeigt:

1. Zwischen Beratung und Therapie lässt sich kein grundsätzlicher Unterschied ausmachen.
2. Beratung und Therapie lassen sich dennoch anhand einer Reihe von Kriterien als eigenständige Maßnahmen beschreiben.
3. Beratung ist der umfassende Begriff, Therapie eher der Spezialfall.

Im Gegensatz dazu führt Brem-Gräser (1993) in ihrem Werk aus, dass es durchaus eine Reihe von grundsätzlichen Unterscheidungsmerkmalen zwischen einer beratenden Tätigkeit und einer therapeutischen Tätigkeit gibt. Auf alle einzugehen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, deshalb seien hier exemplarisch nur einige wesentliche Unterscheidungskriterien aufgeführt.

Unter anderem begründet sie mit der großen Anzahl beratender Tätigkeiten im Gegensatz zu der weitaus geringeren Anzahl der therapeutischen Tätigkeiten.

Zu den beratenden Tätigkeiten gehören: allg. Lebensberatung, soziale Beratung, Seelsorgerische Beratung, medizinische Beratung, Erziehungsberatung, Schulberatung, Berufsberatung, Studienberatung, Arbeitsberatung, Eheberatung, Partnerberatung, Familienberatung, Mütter/Väter- Beratung, Schwangerenberatung, Jugendberatung, Ernährungsberatung, Umweltberatung, Rentenberatung, Krisenberatung, Drogenberatung, Aidsberatung und bestimmt noch einige mehr...

Als eine weitere Unterscheidung dieser beiden Formen dient auch der formelle Rahmen. Während eine Beratung fast ausschließlich ambulant ausgeführt wird⁴⁷, kann eine Therapie auch in einem stationären Umfeld erfolgen.

Sie merkt ebenfalls an, dass eine Beratung sowohl „sachfunktional“ als auch „personintentional“ getätigt wird, währenddessen eine Therapie ausschließlich personintentional ist.

⁴⁷ Eine Ausnahme ist sicherlich u. a. die stationäre Tätigkeit der Diätassistenten in Kliniken.

Unter „sachfunktional“ versteht man das akzentmäßige Überwiegen des Erteilens von Informationen und Handlungsanweisungen (mündlich und/oder schriftlich), „personintentional“ bedeutet, dass die Art, Therapie oder Beratung, nur im persönlichen Kontakt zwischen Ratsuchendem und Berater/Therapeut durchführbar ist.

Auch die Länge des eigentlichen Lösungsfindungs-Prozesses liefert in ihren Augen ein deutliches Kriterium für eine Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie:

- Der Beratungsprozess ist im Allgemeinen von kurzer bis mittlerer Dauer. Bereits eine einmalige Besprechung zwischen Berater und Ratsuchendem kann zu einem durchaus annehmbaren Erfolg führen (*„Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, dass kurzfristige Beratung zwangsläufig oberflächlich ist“*) (BREM-GRÄSER, 1993, Band 2).
- Der Therapieprozess bewegt sich im Allgemeinen in einer mittleren bis langen Zeitspanne. Dietrich (1983, S. 11) sieht hier ein generelles Unterscheidungskriterium zwischen Beratung und Therapie: *„Bommert u. a. geben diesem zeitlichen Aspekt eine besondere Bedeutung, denn sie halten es für am sinnvollsten, die zeitliche Dauer der beratenden/behandelnden Maßnahmen heranzuziehen und wollen alles Beratung nennen, was in kürzeren Zeitabschnitten abgeschlossen wird“*.

Bei der Unterscheidung zwischen Therapie und Beratung werden also sehr unterschiedliche Aspekte herangezogen, wobei die Gewichtung der Autoren stark variiert. Alles in allem lässt sich aber sagen, dass die Therapie häufig von Menschen mit einem hohen Leidensdruck in Anspruch genommen wird und auch eher Langzeit orientiert ist.

Beratungsleistungen leiden häufig unter einer gewissen „Unseriosität“ und werden von einem Großteil der Bevölkerung eher kritisch betrachtet.

Im Folgenden soll versucht werden, die dafür verantwortlichen Gründe zu spezifizieren.

5.6. Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Beratungsleistungen

Eine umfassende Untersuchung über die realen Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von Beratungsleistungen liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

Jedoch gibt es einige Literaturstellen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen.

Gründe für eine geringere Inanspruchnahme von Beratungsleistungen können sein:

- Unkenntnis über die Beratung
- schlechte eigene oder fremde Erfahrungen
- schlechtes Image der Berater
- fehlende Bereitschaft zu Kritik
- mangelnde Bereitschaft für Veränderungen
- Angst vor Geheimnisverrat

(RISSE, 1989; ZANDER, ERNST u. ZIEHM, 1983, S. 22 ff.)

Einen sehr wesentlichen Grund nennt auch Remele (1992, S. 2).

Er geht davon aus, dass fundamentale Missverständnisse über das Wesen der Beratung bestehen, was andererseits durch unseriöse Praktiken und „Kurpfuscherei“ hervorgerufen wurde.

Risse (1989) nennt außerdem die fehlende Bekanntheit und das Unwissen über den Nutzen von Beratungsleistungen sowie ein schlechtes Image der Berater. Dies rührt daher, dass viele „Scharlatane“ tätig sind, die weder eine wahre Leistung noch eine ansprechende Lösung erbringen, dafür jedoch teilweise übertriebene Honorare verlangen. Dazu kommt, dass eine schlechte Beratung , bzw. Unzufriedenheit weitaus häufiger bemängelt wird als eine gute Leistung.

Als weiteren Punkt nennt Risse (1989, S. 37) den schwierigen Nachweis der Leistung des Beraters, „denn aufgrund des Wesens der Beratung kann der Beratene selbst die Zurechenbarkeit des Fortschritts auf den Berater oder sich selbst nicht vornehmen“.

Auch überhöhte Erwartungen seitens der Ratsuchenden, die teilweise durch Werbung oder Broschüren verursacht, und damit zu einem vorprogrammierten Frustrationserlebnis führen, tragen zu einer Verschlechterung des Images von Beratungsleistungen bei.

Dazu kommt, dass der Beruf des Beraters in keiner Weise geschützt ist, jeder kann sich Berater nennen und als solcher tätig werden – die Beratungsarten und die zu erwartenden Leistungen sind noch nicht ausreichend standardisiert. Auch die Behandlung der einzelnen Beratungsaufgaben ist nicht durch einheitliche Richtlinien geschützt, dadurch werden schlechte Leistungen ermöglicht, was wiederum die Sorge vor schwarzen Schafen rechtfertigt (SCHLOBIG, 1988).

Professionelle Beratungen erfordern Fachwissen aus sehr vielen unterschiedlichen Gebieten, so z. B. aus dem jeweiligen Fachbereich (Steuern, Recht, Medizin, Ernährung etc.), darüber hinaus psychologisch-methodisches Wissen, Rechtsgrundlagen etc. Daher scheint es nur zu verständlich, dass der Überblick über Leistungen während des Beratungsvorganges gering ist (RISSE, 1989, S. 40), so z. B. über die Qualifikation des Beraters, Vorgehen während des Beratungsvorganges, eingesetzte Mittel etc.

Schließlich nennt Risse (1989) noch die mangelnde Transparenz des gesamten Beratungsmarktes d.h. es ist weder bekannt, wie viele Berater in Deutschland tätig sind, noch gibt es über die Anzahl der Beratungen, ihrer Gebiete und Dauer und die tatsächlich angeetzten Honorare eine verlässliche Aussage.

Eine wichtige Form der Beratung zur Verbesserung der Gesundheit und damit zur Steigerung der Lebensqualität ist die Ernährungsberatung.

5.7. Eine spezielle Form der Beratung: Die Dienstleistung Ernährungsberatung

Grundlagen

Die Ernährungsberatung hat seit vielen Jahrzehnten einen festen Platz in den Beratungsprogrammen der Bundesrepublik Deutschland (PUDEL, 1991). Dennoch herrscht über die Eindeutigkeit der Begriffsdefinition nicht immer Klarheit. Einigkeit existiert zumindest bei der Frage, ob es sich bei der Ernährungsberatung um eine direktive oder nicht-direktive Beratung nach Rogers (1972) handelt. Sowohl die DGE als auch der VDOe, DAEM, VDD oder namhafte Persönlichkeiten der Ernährungsberatung legen ihren Überlegungen, bzw. Fortbildungslehrgängen und Veröffentlichungen ausschließlich die nicht-direktiven Beratungsansätze zugrunde (vgl. Kapitel 7.1.2. ff.)

Pudel (1991) z. B. sieht gleich mehrere „Unter-Definitionen“, die alle dem Begriff „Ernährungsberatung“ im weitesten Sinne zugeordnet werden können. So sieht er z. B. die Ernährungsaufklärung, Ernährungsinformation, Ernährungstherapie und Ernährungserziehung im Zusammenhang mit Ernährungsberatung, trennt diese jedoch definitorisch klar voneinander ab. Als besonderes Merkmal der Ernährungsberatung sieht er das Vorhandensein von Ernährungsverhaltensproblemen sowie Einstellungs- und Entscheidungskonflikten, die in einem persönlichen Gespräch analysiert werden. Diesem persönlichen Gespräch, dem direkten Kontakt zwischen Berater und Ratsuchendem, misst er eine besondere Bedeutung zu, denn nur so kann es zu einem kommunikativen Wechselspiel kommen, an dessen Ende die Übereinstimmung von Ernährungsinformation und Ernährungsverhalten steht.

Maid-Kohnert (2001, S. 389) definiert den Begriff Ernährungsberatung wie folgt: *„Ernährungsberatung ist eine Form der Beratung, die dazu dient, das individuelle Ernährungsproblem des Klienten zu lösen, Fehlernährung und ernährungsbedingte Krankheiten zu verhindern und bei Bestehen ernährungsbedingter Erkrankungen eine Heilung oder Besserung zu erzielen.“*

Nach Diedrichsen (1990) ist die Ernährungsberatung eine Hilfe zur Selbsthilfe, wenn es um die Mobilisierung individueller Ressourcen durch Informationen und Aufklärung über Ernährung geht. Weiterhin führt er aus, dass die Ernährungsberatung kein an sich greifbares Produkt herstellt, sondern in einem Prozess eine Veränderung des Ernährungsverhal-

tens anstrebt. Dies gilt jedoch nicht nur speziell für die Ernährungsberatung, sondern trifft für fast alle Beratungsleistungen zu.

Daraus folgt, dass die Ernährungsberatung letztendlich ein professionelles Dienstleistungsangebot darstellt, welches prinzipiell freiwillig in Anspruch genommen werden kann. Ebenso unterliegt es der Selbstverantwortlichkeit und kompetenten Selbstentscheidung des Klienten („Lexikon der Ernährung“, 2001, S. 389). Eine genauere Definition liefert Ambrosius (1993), indem sie den Nutzen der Ernährungsberatung wie folgt darstellt:

- Ernährungsberatung soll ernährungsbedingtes Fehlverhalten positiv beeinflussen.
- Ernährungsberatung ist sowohl kurzfristig als auch langfristig nutzbar, ihre Bedürfnisbefriedigung kann von langer Nutzungsdauer sein⁴⁸.
- Die Ernährungsaufklärung innerhalb der Ernährungsberatung ist eine langfristig fördernde Dienstleistung.

Ebenso führt die Autorin aus, dass die Erstellung der Leistung Ernährungsberatung der Bedürfnisbefriedigung der Ratsuchenden nach einer gesunden Lebensweise dient. Daraus lässt sich folgern, dass eine professionell durchgeführte Ernährungsberatung als Leistung für die Gesellschaft verstanden werden kann, wenn es um die übergeordneten Ziele Prävention und Gesundheit geht. Günther (1996) sieht die Ernährungsberatung ebenfalls als Teil einer ganzheitlich orientierten Gesundheitsförderung, da die Ernährungsgewohnheiten einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung eines Landes haben.

Anzumerken sei, dass sowohl Ambrosius als auch Günther Ernährungswissenschaftlerinnen sind. Eine sozial-ökonomische Sichtweise erläutert Becker (1993). Er geht davon aus, dass die Ernährungsberatung einen Teil des professionell ausgebreiteten Beratungswesens abdeckt, indem neuste ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse in Form von Handlungsvorschlägen an Ratsuchende weitergegeben werden. Einen speziellen Nutzen für die Gesellschaft stellt er nicht heraus.

Leonhäuser (1993) versteht unter Ernährungsberatung die Prozesse, die zu einer Reflexion der Ernährungsgewohnheiten sowie ihrer Veränderung durch Beratungsleistungen führen.

⁴⁸ Dies lässt sich am Beispiel der Allergie-Beratung verdeutlichen: Die Problemlösung ist der Ausschluss allergener Lebensmittel, was wiederum zu einer unmittelbaren Verbesserung des Befindens führt, aber auch langfristig die Gesunderhaltung sichert.

Ebenso führt sie 1994 aus, dass eine professionalisierte Ernährungsberatung personenzentrierte und handlungsorientierte Konzepte benötigt, um effektiv eine Verhaltensänderung herbeiführen zu können.

Ein Beispiel dafür gibt Pudel (1991, S. 10 ff.), indem er ein Konzept für die psychologisch-didaktischen Voraussetzungen zur Durchführung einer Ernährungsberatung beisteuert:

Konzeption einer Ernährungsberatung nach PUDEL:

- Der Ernährungsberater muss sich seiner Rolle als Berater (= Hilfe zur Selbsthilfe) bewusst sein.
- Er muss das Ernährungsverhalten in das Sozialverhalten einbinden (Essen und Trinken sind mehr als nur Ernährung).
- Es ist unerlässlich, die Bedeutung der persönlichen Konstellationen des Ratsuchenden wie Wünsche, Befürchtungen, Erwartungen und Erfahrungen mit einzubeziehen⁴⁹.
- Es ist notwendig, Informationen sprachlich und didaktisch aufzuarbeiten, damit sie von der betreffenden Person als wichtig erkannt und aufgenommen werden können.
- Es sollen Gesprächsformen gewählt werden, die gezielt für bestimmte Aufgaben eingesetzt werden. (z. B. Fragen zur genaueren Abklärung des Verhaltens, Gespräch zum Problemverständnis).

Ernährungsberatung bzw. die spezielle methodisch-psychologisch-didaktische Vorgehensweise setzt sich also zusammen aus verschiedenen, interdisziplinären Grundkonzepten, die sich im Prinzip auf fast alle Beratungsformen anwenden lassen. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Prozess-Abläufe bzw. Grundlagen der psychologischen Gesprächsführung, aus denen heraus sich die unterschiedlichen Beratungsstandards entwickelt haben.

Die Frage nach methodischen Besonderheiten der Ernährungsberatung beantwortet Bolland (1993). Da aufgrund der allgemeingültigen Ernährungsempfehlungen, z. B. durch die DGE, letztendlich das Ziel der Ernährungsberatung, nämlich sich entsprechend dieser zum jetzigen Stand der Wissenschaft bestehenden Empfehlungen zu ernähren, bereits feststeht, kann es in der Ernährungsberatung methodisch nicht darum gehen, sich gemeinsam ein

⁴⁹ Nur weil Information richtig ist, wird sie noch lange nicht immer geglaubt.

Ziel bzw. Teilziele zu erarbeiten, sondern vielmehr darum, dieses bereits feststehende Ziel /Teilziel dem Ratsuchenden möglichst unter der Steigerung der Eigenkompetenz und Selbstverantwortung näher zu bringen. Daraus lässt sich folgern, dass der Beratungsprozess selbst die eigentliche Schwierigkeit für den Ernährungsberater darstellt, nicht etwa die Definition eines Zieles⁵⁰.

Dieser Beratungsprozess lässt sich für die Institution Ernährungsberatung gliedern in:

1. Verhaltensdiagnose
2. Zieldefinition
3. Zielhierarchie und
4. Maßnahmenplanung

(„Lexikon der Ernährungsberatung“ 2001, S. 389).

Die Verhaltensdiagnose dient der Erfassung der individuellen Ernährungssituation des Klienten, z. B. mittels eines Fragebogens. Daraus ergeben sich dann konkret quantitativ bestimmbare Ziele, die durch die Veränderung der erfassten Parameter erreicht werden sollen. Die Zielhierarchie soll gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und anschließend durch geplante Maßnahmen praktisch umgesetzt werden.

Inhaltlich hat sich u. a. auch Jahnen (1997) mit der Institution Ernährungsberatung beschäftigt. So merkt sie an, dass durch die Ernährungsberatung alle Themenkomplexe abgedeckt werden, die mit der Ernährung des Menschen zusammenhängen. Dies gilt insbesondere für ernährungsphysiologische Fragestellungen. Aber nicht nur die Vermittlung von wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen ist Merkmal der Ernährungsberatung, sondern auch die Auseinandersetzung mit zeitgemäßen Themen wie z. B. Gentechnologie oder BSE. Da viele dieser zeitgemäßen Themen durch die Medien dramatisiert bzw. überhaupt erst zur Diskussion stehen, ist eine ständige Anpassung der Ernährungsberatung an die aktuellen Informationsbedürfnisse unserer Gesellschaft unerlässlich. Dies ist sicherlich eine Besonderheit der Ernährungsberatung, da dieser ständige Interessenwechsel bei anderen Beratungsinhalten (S. Kapitel 5.ff) deutlich geringer ausfällt. Als generelle Anforderung an Ernährungsberater kann demnach neben Aus- und Weiterbildung auch ein gewisses Maß an Flexibilität bez. aktueller Themen gestellt werden.

⁵⁰ Wenn man davon ausgeht, dass ein professioneller Ernährungsberater durch Aus- und Weiterbildung über das notwendige, wissenschaftliche Fachwissen verfügt.

Zusammenfassend sei nochmals Pudiel (1991, S. 165) zitiert: *„Die Ernährungsberatung leistet mehr, als nur wissenschaftlich fundierte Informationen für bestimmte Probleme eines Klienten anzubieten. Sie arbeitet wesentlich umfassender, berücksichtigt psychologische Faktoren und soziales Verhalten, sie geht auf Probleme ein, die mit der Informationsübernahme entstehen, und versucht diese didaktisch zu lösen. Dabei stehen immer zentrale Ernährungsfragen im Vordergrund. Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe, dem Klienten mit maßnahmenbezogenen Anregungen und Hinweisen die Möglichkeit zu eröffnen, sein eigenes Ernährungsverhalten oder seine Einstellung so zu verändern, dass er seine Lebenssituation günstiger gestalten kann.“*

5.7.1. Unterscheidung zwischen Ernährungsberatung und Ernährungstherapie

Wie in Kapitel 5.7.1. bereits beschrieben, gibt es durchaus nennenswerte Unterschiede zwischen Beratung und Therapie. Inwieweit dies auch explizit auf die Ernährungsberatung zutrifft, muss im Folgenden analysiert werden.

QUETHEB (1999), das Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung, formuliert auf der Grundlage des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und der einschlägigen Literatur für beide Begriffe folgende Unterschiede:

Ernährungsberatung

- ➔ wendet sich an gesunde Verbraucher, die diese Leistung freiwillig und situativ in Anspruch nehmen. Die Beratung findet in Form eines Dialoges statt, im Rahmen einer nicht direktiven, partnerschaftlichen Gesprächssituation. Inhalte dieser Interaktion zwischen Berater und Ratsuchendem sind sowohl allgemeine Ernährungsfragen, gestützt auf aktuelle, wissenschaftliche Kenntnisse, als auch individuelle Entscheidungshilfen bez. der Nahrungsmittelauswahl. Die gemeinsame Erarbeitung einer Problemlösung steht im Vordergrund, Fertigkeiten hierzu werden gemeinsam eingeübt. Dies gilt sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppenberatung.

Ernährungstherapie

→ wendet sich an Verbraucher, bei denen eine ernährungsabhängige Erkrankung vorliegt bzw. die aufgrund einer bestimmten Grunderkrankung einer speziellen Ernährungsform bedürfen oder unter krankheitsbedingten Ernährungsproblemen leiden. Die auf einem individuellen Therapieplan basierende Ernährungstherapie verfolgt ein individuelles Therapieziel, wobei die persönliche Lebensqualität und deren Erhaltung bzw. Verbesserung oberstes Therapieziel bleiben muß.

Eine längerfristige Führung und Betreuung des Patienten, notfalls auch in Kooperation mit einem Mediziner, sind ebenso Grundvoraussetzung einer professionellen Ernährungstherapie wie die Einbeziehung familiärer und sozioökonomischer Faktoren.

Auch Pudel (1991) unterscheidet nach diesen Kriterien, auch wenn er eine klare Abgrenzung beider Begriffe für kaum möglich und auch nicht nötig erachtet, vor allem in Hinblick auf die Diätberatung. Nach seiner Definition wendet sich die Ernährungstherapie und Diätberatung an kranke Personen, also an Patienten. Die allgemeine Ernährungsberatung hat hingegen gesunde Personen, also Verbraucher zur Zielgruppe. Die Ziele und Aufgaben sind jedoch im Grunde vergleichbar: *„Erreicht werden soll ein Klienten-/Patientenverhalten, welches krankheits- und/oder ernährungsbedingte Risiken durch eine Auswahlgünstiger Nahrungsmittel mindert oder sogar ausschaltet.“* (Pudel 1991, S. 10)

Eine Schwierigkeit sieht er allerdings in der Beurteilung, wer gesund und wer krank⁵¹ ist, z. B. bei der Entstehung von Risikofaktoren durch eine langfristige, ungesunde Ernährung.

Letztendlich sieht er aber Ernährungsberatung und –therapie als im Grunde nach vergleichbar an, da in beiden Fällen ein Klienten-/Patientenverhalten erreicht werden soll, welches die krankheitsbedingten Risiken durch eine günstige Nahrungsmittelauswahl vermindern oder sogar ausschalten soll.

⁵¹ Ein Diabetiker gilt sicher als Patient, doch wo stuft man einen gesunden Übergewichtigen ein?

5.7.2. Ernährungsberatung online – ein Überblick

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, setzt eine professionelle Beratungssituation eine persönliche Interaktion mindestens zweier Menschen voraus. Mit Ausnahme der Telefonseelsorge sitzen sich Berater und Ratsuchender mit Blickkontakt gegenüber. Laut Rogers (1972) spielt dabei vor allem die Wahrnehmung von Gefühlen, sei es verbal oder durch Mimik bzw. Körpersprache zum Ausdruck gebracht, eine große Rolle.

Die Möglichkeiten der modernen Kommunikation sind in der einschlägigen Literatur gar nicht oder nur unzureichend beschrieben, was sicherlich an zum Teil weit⁵² zurückliegenden Veröffentlichungszeiträumen liegt. Es darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass neben den „traditionellen“ Arten der Ernährungsberatung seit einigen Jahren auch die Möglichkeit, die das Internet bietet, zunehmend genutzt wird. Um einen möglichst kompletten Überblick über sämtliche Beratungsmöglichkeiten zu erhalten, wird im Folgenden zumindest grundsätzlich auf die Thematik Internet eingegangen.

Über 120 Millionen Menschen sind weltweit in der Lage, fast ungehindert via ISDN bzw. Modem per Computer zu kommunizieren. Wir befinden uns bereits seit einigen Jahren im sog. „Online-Zeitalter“. Der entscheidende Vorteil der Kommunikation via Datenautobahn ist sicherlich, dass man sich 24 Stunden rund um die Uhr, egal von welchem Ort der Welt, Informationen zu allen Themen per PC herunterladen kann.

Auch das Angebot an Ernährungsinformationen im Internet gleicht einer wahren Datenflut. Klickt man den Suchbegriff „Ernährungsberatung“ in den verschiedenen Suchmaschinen an, so erhält man eine unüberschaubar große Anzahl an Treffern.

Hier ein kleiner Überblick:

<u>Suchmaschine</u>	<u>Anzahl der angezeigten Treffer</u>
Yahoo	77
Lycos	ca. 14.000
Fireball	ca. 7.600
Google	ca. 19.500

(Quelle: eigene Recherche)

⁵² Jedenfalls in der Zeitrechnung der modernen Kommunikation.

Die einzelnen Treffer beinhalten sowohl die Angebote einzelner niedergelassener Ernährungsberater, unabhängig von deren Ausbildung und Berufsstand, als auch Ernährungsinformationen von Vereinen, Verbänden oder Firmen.

Aber auch die individuelle Ernährungsberatung wird bereits über das Internet angeboten. So kann man z. B. über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Ernährung unter Yavivo eine persönliche Ernährungsberatung erhalten. Ebenso unter www.saferfood.de, wobei hier keinerlei Aussagen über die Qualifikationen der Berater gemacht werden. Eine weitere Möglichkeit bietet sich unter www.slimnet.de. Unter dem Namen von Prof. Dr. Pudel (Göttingen) bieten Fachleute (Ernährungswissenschaftler und Psychologen) gezielte Unterstützung bei der Gewichtsreduktion an. Die Seiten sind kostenpflichtig, außerdem wird eine spezielle Reduktionskost vertrieben.

In etwa der gleichen Form gibt es noch unzählige Angebote von sog. Ernährungsberatung, Gesundheitsberatung, Diätberatung etc.

(Eigene Recherchen, Juli 2001)

Jedoch haben nicht alle im Internet veröffentlichten Informationen wissenschaftlichen Hintergrund, teilweise sind die entsprechenden Seiten Marketingorgane einzelner Unternehmen mit kommerziellem Hintergrund(z.B. www.du-darfst.de, www.nestle.de).

Internetseiten mit wissenschaftlichem Hintergrund sind Seiten der **Ministerien** (z. B. www.dainet.de = Deutsches Agrarinformationsgesetz, www.who.ch = Welt Gesundheitsorganisation, www.bmgesundheit.de = Bundesministerium für Gesundheit, etc.), der **Verbände** (www.dge.de = Deutsche Gesellschaft für Ernährung, www.VDOe.de = Verband der Diplom-Oecotrophologen, www.VDD.de = Verband der Diätassistenten), der **Universitäten und Hochschulen** (z. B. www.uni-giessen.de/nutriinfo = Homepage der Uni Gießen mit der Möglichkeit der Recherche in der Universitätsbibliothek, www.uni-hohenheim.de, www.uni-jena.de, www.uni-kiel.de etc. - alle mit interessanten Verknüpfungen zum Thema Ernährungswissenschaften.), die Seiten der **Forschungsinstitute** (z. B. www.dife.de = Deutsches Institut für Ernährungsforschung, www.bfeserver1.fzk.de = Bundesforschungsanstalt für Ernährung, www.gwdg.de = Ernährungspsychologische Forschungsstelle) sowie die Seiten der einschlägig bekannten **Fachzeitschriften** (z.B. www.uzv.de = Ernährungsumschau).

Es zeigt sich, dass es zwar möglich ist, sich umfassend zu informieren, dies jedoch nicht mit Ernährungs**beratung** verwechselt werden darf! Für viele Internet-Nutzer bietet sich

eine schnelle und vor allem jederzeit verfügbare Quelle von gezielten Ernährungsinformationen. Entscheidend ist dabei die Fähigkeit, seriöse (= wissenschaftlich fundierte) von unseriösen Angeboten unterscheiden zu können.

Die Beratungssituation kann jedoch durch die Benutzung des Internets keinesfalls ersetzt werden, da entscheidende Faktoren, vor allem der Wahrnehmung, völlig wegfallen.

Dies unterstützt auch Weisbach (1989) in seiner These, indem er in 4 Funktionen, die eine Beratung erfüllt, unterteilt. Die ersten drei Funktionen, nämlich Auskunft erteilen (informativer Charakter), Rat erteilen (vorschlagender Charakter), reflexives Moment (Hinterfragen des jeweiligen Zieles) können, unter gegebenen Umständen, durch eine Beratung über diverse Medien erfolgen. Bei der vierten Funktion, dem sog. aktionalen Moment des Beratens, bei dem die Handlungsaktivierung in den Vordergrund rückt und der sich stark im zwischenmenschlichen Bereich abspielt, stößt die „Medien-Beratung“ jedoch unwiderprüflich an ihre Grenzen.

Weisbach (1989) führt weiterhin aus, dass der Begriff Beratung sowohl für die Institution als auch für die Arbeitsweise gleichermaßen verwendet wird. Nicht personenzentrierte Beratung über elektronische Medien führt demnach unweigerlich zu Verwirrungen, da nicht deutlich wird, welche Funktion des Beratens fokussiert wird.

Weisbach (1989) lehnt die Benutzung der neuen Informationstechnologien nicht kategorisch ab. Er führt aus: *„Sicherlich wird sich die Beratung auch der neuen Informationstechnologien bedienen, um an bestimmten Stellen eines Gesprächs auf umfassende Wissensbestände zurückgreifen zu können. Wenn der Weg zeitgemäßer Beratung jedoch nicht bei einem reinen Informationsmanagement stehen bleiben und auch nicht in die Vor-Moderne zurückführen soll, in der die „persönliche Begegnung“ bereits als Wert für sich betrachtet wurde, dann entwickelt sich Beratung von ihrem Selbstverständnis her zu einer postmodernen, da personenbezogenen Dienstleistung.“* (WEISBACH, 1989, S. 7)

Abschließend sei noch erwähnt, dass die am häufigsten von Beratungsfachkräften als Grundvoraussetzung zum Beratungsverständnis genannten Oberbegriffe, nämlich Geduld, Zuhören, Einfühlungsvermögen, präzise Ausdrucksweise, Wertschätzung des anderen, Echtheit, Fragetechnik, Interpretationsgeschick, Kenntnis/Wissen über das Problem oder den anderen, Wissen über Problemlösungen, Ermutigen und Strukturieren, mit den Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechniken nicht in Übereinstimmung zu bringen sind.

5.7.3. Das Beratungshonorar – Überlegungen zu einer „heiklen Frage“

Die Frage nach der rechtmäßigen Abrechnung einer Beratung wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert (RISSE, 1989). Unterschwellig ist in der Bevölkerung das Empfinden verbreitet, dass die Kosten einer Beratungsleistung im Vergleich zum direkt erlebbaren Aufwand zu hoch seien (vgl. auch HOLLAI, 1961).

Auch die Vielfältigkeit der verschiedenen Berechnungsarten macht einen einheitlichen Vergleich nicht unbedingt leichter.

Zur Zeit sind folgende Abrechnungsmodelle im Beratungsgeschäft zu finden (RISSE, 1989):

- Tageshonorar
- Stundenhonorar
- Festhonorar
- Pauschalhonorar (für einen Zeitraum oder ein festgelegtes Ergebnis)
- Erfolgshonorar
- Nebenkosten (z. B. Spesen)

Risse merkt an, dass ein Erfolgshonorar in der seriösen Beratung nicht üblich ist.

Aufgrund der zeitlichen Dimensionen der Ernährungsberatung ist ein Stundenhonorar die wohl üblichste Art der Berechnung (vgl. auch AMBROSIUS, 1993).

Als Berechnungsgrundlage dient laut Ambrosius (1993) das Modell einer Gebührenordnung, welches auf der Grundlage bereits vorhandener Gebührenordnungen von Medizinern, Heilpraktikern, Grafikern, Designern und weiteren Freiberuflern entwickelt wurde. Die daraus entstandene Gebührenordnung für freiberuflich tätige Diplom-Oecotrophologen (GODO) hat sich dabei weitestgehend an die Strukturen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angegliedert, da die Diplom-Oecotrophologen in der Regel mit den gesetzlichen und privaten Krankenkassen abrechnen müssen.

In dieser GODO sind enthalten:

- die Festlegung des Geltungsbereiches
- die Vertragsgestaltung und die –abwicklung mit öffentlich-rechtlichen und privaten Auftraggebern

- die Regelung der Eigenverantwortlichkeit von Diplom-Oecotrophologen
- die Regelung der Kooperationen mit Ärzten und Fachärzten
- die Festsetzung der Gebühren
- die Gebühren für Leistungen, die nicht in der GODO enthalten sind
- die Abrechnung der Reisekosten und des Wegegeldes
- die Abrechnung des eingesetzten Materials
- die Abrechnung von Fremdleistungen
- die Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung

Dennoch treten immer wieder Missverständnisse auf, vor allem weil nicht gesehen wird, dass die **Beratungszeit** sowohl die

Beratungshauptzeit (Gespräch Berater - Klient) als auch die

Beratungsvorbereitung (Recherche, Datenverarbeitung, Auswertungen, Analysen, Zusammenstellung von Materialien etc.) sowie die sog.

Beratungsnebenzeit (Telefonate, Terminabsprachen, Beantragung von Zuschüssen etc.)

enthält.

Aber nicht nur die genaue Definition der Beratungszeit löst immer wieder Diskussionen aus, auch die Zusammensetzung der eigentlichen Vergütung ist vielfach nicht eindeutig geklärt.

Nach Risse (1989) umfasst die Vergütung für die Beratung drei Hauptbestandteile, und zwar das Honorar, den Auslagenersatz (Spesen, Barauslagen etc.) und die sog. Gemeinkosten (Abgeltungen für Verwaltungskosten etc., auch zeitanteilig).

In der Literatur wird häufig ein Satz von ca. 10 % als Gemeinkostenzuschlag genannt (HOLLAI, 1961), der sich jedoch zumeist auf zurückliegende Jahre bezieht und daher eher als zu niedrig angesehen werden muss.

Wird das Honorar als Personalkosteneinsatz eingeschätzt, muss man Beratereinkommen („Gehalt“), Sozialkosten (Arbeitgeberanteil, Arbeitnehmeranteil) und Personalnebenkosten (Ausbildung etc.) unterscheiden. Da der freiberufliche Berater jedoch weder eine ge-

setzungliche Altersrente noch eine Betriebsrente o. ä. bezieht, muss er die Versorgung im Alter⁵³ während seiner beruflichen Tätigkeit verdienen.

Die relative Höhe des Beratungshonorars klingt zunächst recht hoch. Vor allem die Tagessätze von Wirtschafts- und Unternehmensberatern schwanken zwischen einigen hundert bis mehreren tausend Euro.

Dabei muss jedoch sorgfältig unterschieden werden, ob es sich tatsächlich um eine „Beratung“ oder vielmehr um eine reine Dienstleistung wie etwa bei der Zeichnung einer Anzeige handelt.

Zu bedenken ist auch, dass niedrige Honorare den Eindruck vermitteln können, dass es sich um keine qualifizierte Tätigkeit handelt (z. B. Kartenlegen etc.). Oftmals trifft man niedrige Honorare auch an, wenn z. B. fachfremde, unerfahrene oder schlecht ausgebildete Personen eingesetzt werden. Hierunter leidet nicht nur das Beratungsniveau, sondern das Image des Beratungswesens in seiner Professionalität.

Demnach ist das Honorar eines Beraters vor dem Hintergrund seiner Qualifikation, seiner Ausbildung incl. erforderlicher Weiterbildung zu beurteilen. Ein angemessenes Honorar ist auch dadurch gerechtfertigt, dass sich der Berater sehr intensiv mit der Lösung eines bestimmten Problems beschäftigt und somit ein hohes Maß an Verantwortung tragen muss. Er darf weder fachliche oder menschlich-psychologische noch pädagogische Schwächen zeigen.

Um die nötige immaterielle und materielle Anerkennung für eine Beratungsleistung zu erlangen, ist neben Aufklärungs- und Informationsarbeit auch die Dienstleistungstransparenz und eine Art „Garantie“ für die Beratungsqualität erforderlich. Dies kann vor allem durch ein professionelles Qualitätsmanagement erfolgen. Im nächsten Kapitel soll deshalb zunächst geklärt werden, wie es um das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen allgemein, später auch in der Ernährungsberatung, bestellt ist.

⁵³ Aufgrund wissenschaftlicher Aus- und Weiterbildung und vertiefender praktischer Erfahrungen in einer recht kurzen Zeitspanne.

6. Die Entwicklung des Qualitätsmanagements innerhalb des Gesundheitssystems

Das Aufkommen des allgemeinen Qualitätsgedankens hängt stark mit der zunehmenden Konkurrenz zwischen verschiedenen Anbietern eines Produktes zusammen. Aber auch die Einführung von Konsumentenschutzrechten, Gewährleistung und Haftungsverpflichtungen führte bereits in den 20er und 30er Jahren zu einer anhaltenden Qualitätsdiskussion (FINE/MEYER, 1983). Waren es zunächst ausschließlich Endkontrollen, welche die Qualität einer Ware sichern sollten, ging man bereits 1930 dazu über, Qualitätskontrollen bereits in die Produktion einzubauen, da die ausschließliche Beurteilung des Endproduktes die Qualität nicht sonderlich verbesserte. Die so entstandenen Prozessmessungen und die daraus abgeleiteten Fehlererwartungen stellten dann den nächsten Schritt für produktionsverbessernde und präventive Methoden der Qualitätssicherung dar (FINE/MEYER, 1983). Aufgrund dieser Ansätze erstellte Donabedian (1966) seine Konzeption der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, bei der die Prozessqualität einer medizinischen Behandlung als Kriterium für eine hohe Ergebnisqualität steht.

Später erfolgte durch die Erkenntnis, dass Qualitätsmanagement-Konzepte nicht nur den eigentlichen Produktionsprozess betreffen, sondern auch Rahmenbedingungen wie Logistik, Verwaltung, Zulieferung, Personal etc., eine Ausweitung auf andere Bereiche der Industrie und des Handels. Durch diese neue Denkweise entstand praktisch das Total Quality Management (vgl. auch Kapitel 3)(LAIREITER/VOGEL 1998).

Vorreiter dieser Entwicklung waren, wie unter Kapitel 2 beschrieben, die Japaner, die durch ihre starke Konzentration auf Qualitätsmanagementsysteme innerhalb von 10 - 15 Jahren weltweit qualitativ hochwertige und gleichzeitig preiswerte Produkte in fast allen Branchen auf die Märkte brachten. Damit waren sie so erfolgreich, dass in einer deutlichen Bewegung die Amerikaner, gefolgt von den Europäern diese Konzepte übernahmen und in die eigene Wirtschaft integrierten (FINE/MEYER 1983).

Mit den Anfang der 80er Jahre eingeführten Qualitätsnormen für Industrie-, Handel- und Dienstleistungsgewerbe wurden internationale Standards für Qualitätsmanagementsysteme⁵⁴ festgeschrieben. Diese Systeme haben sich inzwischen als wichtiges Instrument der Optimierung und Darlegung betrieblicher Abläufe bewährt. Inzwischen werden diese Anwendungsmöglichkeiten auch im Gesundheitssystem erprobt (BERTELMANN/JANSEN/FEHLING, 1996; BAUMGÄRTEL, 1996).

Bereits 1910 beschäftigte sich Codman (in DONABEDIAN, 1985) intensiv mit der Frage nach Ergebnisstandards medizinischer Leistungen, wobei er stark die persönliche Verantwortung des Arztes betonte. Er sah aber auch bereits einen Zusammenhang zwischen den vorhandenen Versorgungsstrukturen⁵⁵ und der Qualität der Gesundheitsversorgung. Zudem entwickelte er 1916 ein System des Monitorings von „end results“.

Zu dieser Zeit führte Semmelweis in Wien qualitätssichernde Maßnahmen ein, die sowohl die Struktur- als auch die Prozessqualität betrafen wie z. B. die Einführung von Hygienestandards und die Anforderungen für die Abläufe bei der Geburtshilfe.

Mitte der 60er Jahre kam es dann in den USA zu einer systematischen Ausweitung des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung. Dabei revolutionierte Donabedian (1966) das Feld der medizinischen Qualitätssicherung ähnlich wie Deming die japanische Industrie (siehe auch Kapitel 2). Er unterteilte den Qualitätsbegriff in der medizinischen Versorgung in drei Subkonzepte,

- **Strukturqualität**
- **Prozessqualität**
- **Ergebnisqualität**

wobei er die Bedeutung der Ergebnisqualität besonders hervorhob.

Die Gesundheitsversorgung (= Strukturqualität) und die Prozesse der Behandlung (Prozessqualität) sind dabei entscheidende Determinanten der Ergebnisse.

In den 60er und 70er Jahren gab es in den USA große, gesundheitspolitische Veränderungen (LAIREITER/VOGEL, 1998). 1965 wurde das staatliche System „Medicare“ ins Leben gerufen, welches sich für die medizinische Versorgung älterer Menschen einsetzte, was zu einer enormen Ausweitung der örtlich zu finanzierenden Kosten im Bereich des Gesundheitswesens führte. Des Weiteren führten Probleme mit der andersartigen Rechts-

⁵⁴ Das bedeutendste ist sicherlich das System ISO 9000ff der Internationalen Standardisierungsorganisation in Genf (s. auch Seite 42ff).

⁵⁵ Z. B. Niveau der medizinischen Ausstattung, Anzahl der Ärzte und Schwestern etc.

kultur⁵⁶ dazu, dass es ab Mitte der 70er Jahre zu einer systematischen Implementierung qualitätssichernder Maßnahmen kam.

Die Festlegung entsprechender Standards sowie deren Überprüfung erfolgte durch die „Joint Commission on Accreditation of Hospitals“⁵⁷, die alle Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen zertifiziert und den Einsatz von Behandlungsstandards für medizinische Beratungsleistung, wie etwa die Psychotherapie, überwacht.

Es gibt noch weitere öffentlich-rechtliche Organisationen, die über die Einhaltung der Qualität im Gesundheitswesen wachen, letztendlich entscheidend ist aber: Ohne die Umsetzung eines Qualitätsmanagement-Programmes und ohne regelmäßige Zertifizierung kann in den USA kein Krankenhaus auf öffentliche Zuschüsse oder andere finanzielle Leistungen von öffentlichen Geldgebern hoffen (LAIREITER/VOGEL, 1998).

Die Kostenseite ließ sich durch die Einführung der Qualitätsmanagementsysteme jedoch nicht entschärfen, so haben private Krankenversicherer ebenfalls Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt, die sich primär auf die Ergebnis- und sekundär auf die Prozess- und Strukturqualität beziehen.

Die Diskussion über die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung setzte in Europa einige Jahre später als in den USA ein, entsprechende Verordnungen wurden erstmals Ende der 80er Jahre eingeführt.

So übernimmt Selbmann (1995) die Dreiteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sieht jedoch die Formulierung von Standards als bedeutendste Voraussetzung für die Messung von Ergebnis- und Prozessqualität.

Sicherlich treten bei der Anwendung der zur Zeit gültigen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung auch Probleme auf. So stellt Troschke (1993) die Frage, ob Erfolge bzw. Misserfolge der Gesundheitsförderungsmaßnahmen überhaupt erfasst werden können, dabei sieht er die **Evaluation** als wesentliche Komponente des Qualitätsmanagements an.

Eine größere Anzahl von Autoren betrachten diese Operationalisierung der Qualitätsstandards jedoch äußerst kritisch, zumal offensichtlich die Sichtweise des Nutzers fehlt bzw. nur gering bewertet wird. Dies trifft besonders bei der Umsetzung der DIN ISO-Normen 9000ff zu, welche demnach nur bedingt für die Verwendung eines Qualitätsmanagement-

⁵⁶ In den USA werden Klagen wegen ärztlicher Kunstfehler bzw. Fehlbehandlungen deutlich häufiger eingebracht als bei uns.

⁵⁷ Zu deutsch: zentrales Akkreditierungsbüro der Regierung für Gesundheitseinrichtungen.

Systems in der medizinischen Prävention geeignet sind (z. B. GEISLER, 1997; in: LAIREITER/VOGEL, S. 716 ff).

Auch in der BRD gibt es seit vielen Jahren umfassende Bemühungen, ein Qualitätssicherungssystem für die betriebsärztliche Versorgung zu implementieren.

So ist z. B. auf der Homepage der Bundesärztekammer aktuell (Juli 2001) zu lesen:

Qualitätssicherung/Güteprüfung in der betriebsärztlichen Versorgung

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) hat am 18. Februar 1999 eine unabhängige Gesellschaft mit dem Namen "Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung" (GQB) gegründet. Als Gesellschafter dieser Gütegemeinschaft stellt der Berufsverband sicher, dass die Qualitätssicherung betriebsärztlicher Berufsausübung in ärztlicher Hand bleibt. Die Gütegemeinschaft führt auf Antrag Qualitätsprüfungen durch. Die Schulung der Auditoren orientiert sich an dem Leitfaden für das Audit für Qualitätssicherung sowie dem "Curriculum für ärztliches Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer.

Des Weiteren liest man unter dem Begriff „Qualitätssicherung:

„Die Sicherung der Qualität der eigenen Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung. Voraussetzung der Qualitätssicherung ist die Bereitschaft zur selbstkritischen Überprüfung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Dies kann in der Regel nur funktionieren, wenn die Qualitätssicherung von den Betroffenen akzeptiert und von ihnen selbst ein- und durchgeführt sowie weiterentwickelt wird. Kontrollprinzipien, Sanktionen oder Bestrafungen wirken dagegen kontraproduktiv. Qualitätssicherung führt nur dann zum gewünschten Erfolg, wenn sie angstfrei und von direkt Betroffenen verantwortlich getragen und gemeinsam durchgeführt wird.“ (ANONYMUS, in www.bundesaerztekammer.de)

Diese Aussage lässt sich problemlos auf fast alle Bereiche des Qualitätsmanagements übertragen und ist auch Branchen-übergreifend einsetzbar. Dies gilt vor allem auch für die Ernährungsberatung, insbesondere für die Ernährungstherapie. Faktoren wie „selbstkritische Überprüfung“, „Akzeptanz“, „Weiterentwicklung“, „Eigenverantwortung“ und „Gemein-

samkeit“ sind die tragenden Säulen eines funktionsfähigen Qualitätsmanagements und bilden die entscheidende Brücke zwischen der Theorie (z. B. in Form von Verfahrensanweisungen) und der Praxis (Umsetzung der Verfahrensanweisungen). Dies deckt sich auch mit der Aussage, dass ein erfolgreiches Qualitätsmanagement nur dann funktioniert, wenn es mit der entsprechenden Motivation umgesetzt wird.

6.1. Aktueller Stand der medizinischen Qualitätssicherung in der BRD

Die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung ist kein Selbstzweck, sondern ein zielgerichteter Prozess zur Verbesserung der Patientenversorgung.

- Zur Qualitätssicherung gehören die Qualifikation von Ärzten und Fachpersonal sowie die Ausstattung der Arbeitsstätte (Strukturqualität).
- Qualitätssicherung umfasst die Bewertung des Nutzens von Diagnostik und Therapie für den Patienten. Sie nimmt Einfluss auf die Abläufe in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und optimiert die Indikationsstellung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Prozessqualität).
- Qualitätssicherung erstreckt sich auch auf die Beobachtung und Prüfung der Ergebnisse diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Ergebnisqualität).

(Quelle: www.Bundesaerztekammer.de)

In den letzten Jahren ist in immer stärkerem Maße die Notwendigkeit gewachsen, Qualitätssicherung systematisch zu betreiben und für die Öffentlichkeit transparent zu machen. Dies erfordert normative Grundlagen und ein stärker formalisiertes Vorgehen. Die Ärzteschaft selbst hat eine ausdrückliche Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen in den ärztlichen Berufsordnungen bereits seit 1988 verankert. Durch das Sozialgesetzbuch V hat später der Bundesgesetzgeber den Beteiligten im Gesundheitswesen und damit auch der Ärzteschaft recht spät die Verpflichtung zur Entwicklung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Aufgabe gemacht. Die Landesgesetzgeber haben die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für die Ärzteschaft durch entsprechende Vorgaben in den Heilberufsgesetzen aufgenommen oder auch - soweit es die Qualitätssicherung im stationären Bereich betrifft - in Landeskrankenhausgesetzen geregelt. Mit den neuen Strukturen zur Umsetzung des § 137 SGB V neuer Fassung (01.01.2000)

ist die Selbstverwaltung einen weiteren Schritt in Richtung konsequenter Umsetzung der Qualitätssicherung gegangen (Quelle: BQS - Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung).

Die Bundesärztekammer hat zur Bewältigung ebenso zahlreicher wie vielfältiger Arbeiten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung die personellen und organisatorischen Voraussetzungen in der Geschäftsstelle geschaffen. Zahlreiche Beratungsgremien sind etabliert worden, um Qualitätssicherung im Sinne der Ärzteschaft und zum Wohle des Patienten zu gestalten (vgl. hierzu auch die Beratungen der Deutschen Ärztetage und den Sachstandsbericht „Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung“, München 1996). So wurde z. B. auf dem 101. Ärztetag auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache II-4) beschlossen, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement durch die Erarbeitung eines bundeseinheitlich abgestimmten Konzeptes hinsichtlich der Umsetzung in den Krankenhäusern und anderen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig zu schaffen.

Ein weiterer entscheidender Schritt zur Sicherung der Qualität in den medizinischen Berufen war die Einführung eines Curriculums „Qualitätssicherung/ärztliches Qualitätsmanagement“ (1996, 2. Auflage 2000).

Aufgabe der im Qualitätsmanagement geschulten Ärzte ist einerseits eine Koordination und Erstellung der Selbstbewertung und andererseits- bei entsprechender Schulung - die Beteiligung an Visitationen. Die Fremdbewertung wird von beruflich gleichgestellten externen "Visitoren" durchgeführt. Visitoren sind im Krankenhaus beruflich aktive und erfahrene Persönlichkeiten aus der ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Ebene mit i. d. R. Leitungsfunktion. Ärztliche Visitoren müssen neben der ärztlichen Qualifikation und der Berufserfahrung über umfassende Kenntnisse im Qualitätsmanagement - basierend auf Schulungen analog den Anforderungen dieses "Curriculums Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer - verfügen. Das vorliegende Curriculum ist somit auch im Feld der Zertifizierung eine wichtige Grundlage für den Qualifikationserwerb spezifischer Visitoren.

Mit diesem Curriculum wird der Anspruch erhoben, Ärztinnen und Ärzte in die Lage zu versetzen, die Komplexität des Themas Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zu erfassen, damit umzugehen und die Thematik in der ärztlichen, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit transparent zu machen und zu vertreten.

Ein Novum dieses Curriculums ist die gemeinsame Herausgeberschaft durch Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Die Thematik der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements wurde auch von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen erkannt und teilweise in Ausbildungskonzepte integriert. Unterschiedliche, miteinander konkurrierende Zertifizierungskonzepte⁵⁸ wurden entwickelt, die von unterschiedlichen Anbietern propagiert werden⁵⁹. Auch der Arbeitskreis der DGE „Berufe in der Ernährungsberatung“ hat auf Basis der Studieninhalte einzelner Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten sowie anhand von Weiterbildungsprogrammen ein Curriculum für die Weiterbildung von in der Ernährungsberatung tätigen Fachkräften erarbeitet (LEONHÄUSER/OBERRITTER, 1997). Erklärtes Ziel dieses Curriculums ist es, Standards für die Strukturqualität zur Eignung und Befähigung von Diplom-Oecotrophologen sowie Diätassistenten als Ernährungsberater umzusetzen.

⁵⁸ Ein spezifisches medizinisches Zertifizierungsverfahren – dessen Inhalte durch Experten aus den Krankenhäusern entwickelt wurden - erprobt (bis Ende 2001) die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ, Vertragspartner: Bundesärztekammer, Verband der Angestellten-Krankenkassen, Deutsche Krankenhausesellschaft u. a.) mit 25 Krankenhäusern. Zielsetzung ist die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern zu fördern. Die Zertifizierung nach KTQ besteht aus eine Kombination von periodischer Selbst- und Fremdbewertung.

⁵⁹ Für die Ernährungsberatung gilt z. B. die Zertifizierung zum Ernährungsberater/in VDOe, Ernährungsberater/in DGE, Ernährungsmediziner/in DAEM/DGEM. Es existiert eine übergeordnete Zertifizierung durch QUETHB.

6.2. Vorgaben der ärztlichen Qualitätssicherung durch den Gesetzgeber

Der Gesetzgeber hat die Qualitätssicherung der betriebsärztlichen Leistung im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V) Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung §§ 135 –139 bereits seit dem 01. Januar 1989 wie folgt verankert:

Beispielhaft sei hier § 135 a aufgeführt:

§ 135 a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

In den weiteren Paragraphen geht es um die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, um die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern, um die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin, etc. Es fällt auf, dass die Vorgaben hinsichtlich qualitätsfördernder Maßnahmen recht allgemein gehalten sind (GÜNTHER, 1997). Zu diskutieren ist ebenfalls, inwiefern sich die Ziele eines Qualitätsmanagements der betriebsärztlichen Leistung und die Ziele der Qualitätssicherung bei der Ernährungsberatung in wesentlichen Punkten unterscheiden. Im Zuge der Kostenexplosion des Gesundheitswesens stellt sich die Frage, inwieweit betriebswirtschaftliche Zwänge die Einführung von QM-Systemen unabdingbar machen. Im Gegensatz dazu spielt bei freiberuflichen und niedergelassenen Ernährungsberatern zusätzlich die Imageverbesserung der eigenen Leistung eine tragende Rolle, da sich diese, wie viele andere Dienstleister, frei auf dem Markt behaupten müssen.

Dies erfordert, dass die qualitätsfördernden Maßnahmen den Klienten ausreichend transparent gemacht werden.

Gesetzliche Vorgaben für die Prävention und Selbsthilfe – Konsequenzen für die Ernährungsberatung

In den letzten Jahren wurde der § 20 (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Dritter Abschnitt, Leistungen zur Verhütung von Krankheiten) mehrfach überarbeitet. In der aktuellen Version steht in Absatz 1): Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zu primären Prävention vorsehen (...). Leistungen zur Primärprävention⁶⁰ sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern (...). Der Gesetzgeber macht somit die Primärprävention als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Diese Leistungen der Primärprävention sollen *„den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“* („Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni“ nachfolgend „Leitfaden“, Seite 6).

Dies bedeutet, dass Kursangebote, die inhaltlich und qualitativ den Anforderungen dieses novellierten § 20 SGB entsprechen, eine Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen beanspruchen können. Die im § 20 vorgesehene Budgetierung der Ausgaben verlangt jedoch vor allem **effiziente** Gesundheitsförderungsstrategien von den Krankenkassen.

Dies bedeutet, dass die eingesetzten Mittel im Verhältnis zur erbrachten Leistung und den daraus resultierenden Ergebnissen stehen müssen.

Liegt bei therapeutischen Beratungen eine ärztliche Verordnung vor, übernehmen die Krankenkassen aufgrund der Regelung im § 43 SGB V (Kernaussage: (...) Die Krankenkasse kann als ergänzende Leistungen wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen (...) wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet) einen, je nach Kasse unterschiedlich hohen, Teil der

⁶⁰ Primärprävention richtet sich an gesunde Menschen zur Erhaltung und Festigung der Gesundheit.

Kosten. Dies erfolgt zumeist dann, wenn im Rahmen der Sekundär⁶¹- bzw. Tertiärprävention eine manifestierte, behandlungsbedürftige Erkrankung therapiert werden soll⁶².

Zwei Ziele werden im Wesentlichen durch die Neufassung des § 20 verfolgt: Zunächst sollen die Angebote der Primärprävention auf ihre angewandte Qualitätssicherung hin überprüft werden. Des Weiteren sollen sozial benachteiligte Gruppen verstärkt erreicht und in die Primärprävention eingebunden werden (BECKER, 03/01, Seite 7).

Zur Umsetzung des überarbeiteten § 20 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen bereits im Juni 2000 die „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ verabschiedet. Am 27. Juni 2001 wurde eine Neufassung in Kraft gesetzt (vgl. auch BROCK, IKK-Bundesverband, in VDOe Positionen 03/01, S. 14). Diese Neufassung beinhaltet im Wesentlichen Änderungen in den Bereichen „Anbieterqualifikation“ bzw. Qualitätsmanagement, Dokumentation und Erfolgskontrolle. Präzise bedeutet dies für die Anbieter von Primärpräventionsleistungen, dass sie „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen sowie „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen Maßnahmen zum Qualitätsmanagement, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle im Rahmen eines Stufenprozesses implementiert werden („Leitfaden“, 2001, Seite 11). Zunächst haben sich die Spitzenverbände auf Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität der Angebote sowie zur Dokumentation der Leistungen verständigt. Zukünftig werden sich die Krankenkassen vergewissern, dass der jeweilige Anbieter einer Primärpräventionsleistung über die notwendige Qualifikation verfügt und die vermittelten Inhalte und Methoden sowie die Bedingungen der Durchführung den Anforderungen genügen.

Außerdem sollen die erbrachten Leistungen einheitlich dokumentiert werden, um Aufschlüsse über den Umfang bestimmter Gruppen von Versicherten – definiert nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage – zu erhalten, auch im Hinblick darauf, inwiefern sie die Leistungen der verschiedenen Handlungsfelder in Anspruch genommen haben und von wem diese Leistung erbracht wurde.

⁶¹ Sekundärprävention richtet sich an bereits erkrankte Menschen, mit dem Ziel diese manifestierte Erkrankung zu bessern oder zu heilen.

⁶² Bei bereits vorliegenden Erkrankungen können im frühen Stadium Angebote dazu dienen, in den noch anhaltenden Entstehungsprozess einzugreifen. Eine mögliche Maßnahme der Sekundärprävention könnte z. B. die Ernährungsberatung bei beginnender Diabetes sein. Eine Abrechnung als Heilmittel ist jedoch momentan noch nicht möglich.

Allgemein bedeutet dies für die Anbieter von Primärpräventionsleistungen, dass sie über einen staatlich, je nach Fachgebiet unterschiedlichen, anerkannten Ausbildungsabschluss verfügen müssen.

Für das Handlungsfeld „Ernährung“ werden ebenfalls verbindliche und eindeutige Qualifikationen gefordert. Somit werden nur Ausbildungen wie Diplom-Oecotrophologen, Diplom-Ernährungswissenschaftler, Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik und Diätassistenten mit gültiger Zusatzqualifikation gemäß des Curriculums der DGE, bzw. der Landesorganisationen (VDOe, VDD) und/oder dem QUETHEB-Nachweis sowie Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und/oder dem Nachweis der QUETHEB-Registrierung zugelassen.

Berufserfahrung und methodisch-didaktische Kompetenzen werden vorausgesetzt.

Hinsichtlich des spezifischen Qualitätsmanagements, der Dokumentation und Erfolgskontrolle, entwickeln die Spitzenverbände derzeit Instrumentarien, die bundesweit zum Einsatz kommen sollen.

6.3. Evaluation als Komponente des Qualitätsmanagements

Wie bereits erwähnt, kommt der Erfolgskontrolle im Rahmen von Effektivitäts- und Effizienzmessungen eine besondere Bedeutung zu.

Zu einem professionellen Qualitätsmanagement gehört neben der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch, speziell für den Bereich der Beratungsprogramme, eine regelmäßige Messung der Effizienz. Anders als bei der Produktion materieller Güter lässt sich die Qualität einer erbrachten Beratungsleistung nur selten anhand von festgelegten Standards messen.

Eine entsprechende Erfolgskontrolle wird auch **Evaluierung** genannt. Darunter versteht man eine systematische Überprüfung der Strategien und Auswirkungen eines Beratungsprogrammes (V. D. BAN/WEHLAND, 1984, S. 97). Weitere Definitionen sind „Erfolgskontrolle“, „Effizienzkontrolle“ oder „Wirkungskontrolle“. Die Evaluationsforschung gibt es schon lange. Bereits 1977 definiert Wulf im „Beraterlexikon“ Evaluation als Sammlung, Verarbeitung und Interpretation von Informationen mit der Absicht, be-

stimmte Fragen über Innovationen zu beantworten. Letztendlich geht es darum, diese Innovationen zu legitimieren bzw. zu verbessern und über sie zu entscheiden. Dies bedeutet im Zusammenhang mit Beratung: Evaluation hat die Aufgabe, bestimmte Fragen über den Beratungsprozess, den Verlauf, die erzielten Ergebnisse sowie über die Organisations- bzw. Institutionalierungsformen zu beantworten (WULF, 1977). Dies macht deutlich, wie eng Qualitätsmanagement und Evaluationsforschung miteinander verbunden sind, da die aus der Evaluation gewonnenen Erkenntnisse letztlich in den Beratungsprozess einwirken.

Laut van den Ban und Wehland (1984) ermöglicht eine Evaluation Einblick in die eigene Beratungsleistung und trägt somit zu einer fortlaufenden Weiterentwicklung des Beratungsprogrammes bei.

Evaluation muß nicht zwingend im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen vorgenommen werden, sie kann auch, z. B. aus Kostengründen, von den jeweiligen Beratern selbst durchgeführt werden.

Dabei werden auf der Basis eigener Erfahrungen und beratungsmethodischer Kenntnisse bestimmte Aktivitäten geplant und nach Ablauf überprüft.

Wulf (1977) gibt drei prinzipielle Funktionen von Evaluation an:

- **Verbesserungsfunktion**
- **Legitimationsfunktion**
- **Entscheidungsfunktion**

Die **Verbesserungsfunktion** bezieht sich auf den Beitrag, den Evaluation zur Verbesserung einer Beratung leisten kann. Bei der **Legitimationsfunktion** steht die Frage im Vordergrund, welche Hilfe die Evaluation geben kann, bestimmte Entscheidungen gegenüber der Öffentlichkeit zu begründen bzw. zu legitimieren. Letztendlich soll die Evaluation einen Beitrag zur Entscheidungsfindung leisten und erfüllt somit auch eine **Entscheidungsfunktion**.

Ähnlich definieren dies auch Wottawa und Thierau (1990). Als allgemeine Kennzeichen einer wissenschaftlichen Evaluation sehen sie die Fähigkeit zur Planungs- und Entscheidungshilfe, was wiederum der Bewertung von Handlungsalternativen dient. Evaluation ist demnach ziel- und zweckorientiert mit dem primären Ziel, praktische Maßnahmen zu

überprüfen, deren Verbesserung anzuregen und zu analysieren sowie Entscheidungshilfen zu geben. Zudem fordern sie, dass die jeweils eingesetzten Evaluationsmaßnahmen dem aktuellsten Stand der Wissenschaft angepasst sind und neue Forschungsmethoden berücksichtigt werden.

Heiner (1998, in MENNE, S. 51) macht darauf aufmerksam, dass man Evaluation zum einen wissenschaftlich orientiert als eine von Experten ausgeführte Tätigkeit der empirischen Sozialforschung betrachten kann. Zum anderen kann man Evaluation aber auch weitaus praxisnäher verstehen, indem man den Begriff einfacher übersetzt mit „auswerten“ bzw. „bewerten“ und somit die Evaluation als Methode ansieht, begründete Urteile abzugeben.

Die Grenze zwischen einer durch Experten ausgeführten Evaluation und einer „Bewertung“ durch Laien lässt sich nur sehr schwer ziehen. Sicherlich spielen hierbei vor allem kosten- und zeittechnische Gesichtspunkte eine Rolle.

Für den Bereich der Psychotherapie sehen Langmayr und Kosfelder (in MENNE, 1998, S. 95) historisch gesehen eine Teilung der Evaluation von Therapie-Erfolgen in zwei Stränge, zum einen die sog.

Outcome- bzw. Erfolgsforschung,

bei der sich die Frage nach der *Wirksamkeit* der Psychotherapie stellt, bzw. ob eine bestimmte Form der Behandlung eine stärkere Verbesserung bewirkt als eine andere, z.B. bei einer unbehandelten Kontrollgruppe.

Zum anderen die sog.

Prozessforschung,

die sich der zentralen Frage nach dem „*Therapeutischen*“ *der Therapie* widmet bzw. dem eigentlichen Geschehen und den Interaktionen während der Therapie.

Eine Differenzierung sehen die beiden Autoren auch bei der Fokussierung der Evaluationsstätigkeiten. Stellt man z. B. die Wirksamkeit bzw. den Therapieerfolg in den Mittelpunkt der Betrachtung (sie gehen davon aus, dass dies bei den Evaluationsbemühungen zur Qualitätssicherung zumeist der Fall ist), wird ein Abgleich mit vorab fest definierten Zielen möglich. Stellt man jedoch die Effizienz in den Mittelpunkt der Betrachtung, müs-

sen Faktoren wie eingebrachte Leistung bzw. benötigter Aufwand mit beurteilt werden. Man erhält so Kosten-Effektivitäts- bzw. Kosten-Nutzen-Analysen.

Die Definition des Begriffes Evaluation für die Erziehung- und Familienberatung, die von der Struktur durchaus in gewissen Punkten mit der Ernährungsberatung vergleichbar ist, macht Lenz (1998, in MENNE) deutlich: Im fachlichen Kontext werden mit Evaluierung diejenigen Maßnahmen bezeichnet, die Wirkungen von Vorgehensweisen, Projekten oder Programmen analysieren (vgl. auch WOTTAWA u. THIERAU, 1990).

In Anlehnung an die von Donabedian (1985) aufgestellten Qualitäts-Dimensionen unterteilt Lenz (1992) in:

Strukturevaluation,

die sich mit den organisatorischen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen befasst. Die Untersuchungen betreffen insbesondere die Leistungsfähigkeit der Einrichtung sowie des Personals.

Prozessevaluation,

wobei die Arbeitsprozesse mit ihren konkreten Durchführungsmodalitäten im Vordergrund stehen. Dabei stellt sich die Frage nach dem „was passiert?“, „wie werden die gesetzten Ziele erreicht?“ bzw. „warum werden sie nicht erreicht?“.

Ergebnisevaluation,

denn letztendlich lässt sich hier ein konkretes Urteil über die Wirkung der eingesetzten Maßnahmen erlauben. D. h. es wird der Erfolg und die erzielten Veränderungen, basierend auf den eingeleiteten Maßnahmen, gemessen.

Ähnlich unterteilen v. d. Ban und Wehland (1984) die Möglichkeiten der Evaluations-Betrachtungen. Jedoch sehen sie nicht die Strukturevaluation als maßgebliches Kriterium, sondern verwenden den Begriff *Konzeptevaluierung*, wobei ausschließlich das Planungskonzept eines Beratungsprogrammes überprüft wird.

Im Gegensatz dazu steht (ebenfalls) die *Prozessevaluierung*, die den gesamten Beratungsablauf einer Effizienz-Kontrolle unterzieht. Schließlich führen sie auch die Wirkung an, die von einer Beratungsaktivität ausgeht und sprechen ebenfalls von der *Ergebnisevaluierung*.

Schulte (1993, S. 374-393) sieht die Sicherung der Ergebnisqualität als wichtigstes Kriterium einer erfolgreichen Therapie an. Jedoch ergeben sich hier heraus auch große Schwierigkeiten: Zwar kann man sehr leicht an definierten Parametern erkennen, ob ein vereinbartes Ziel erreicht wurde. Es lässt sich aber nur schwer beurteilen, ob diese Veränderung allein durch die Beratungsleistung erfolgt ist.

Beispiel: Ein Ratsuchender kommt in die Ernährungsberatung. Nach einem Gespräch mit dem Berater entschließt man sich, ein gemeinsames Ziel zu vereinbaren, z. B. eine bestimmte Gewichtsabnahme. Nach mehreren Beratungssitzungen ist dieses Ergebnis erreicht. Es lässt sich jedoch nicht mit eindeutiger Bestimmtheit sagen, dass diese Abnahme allein durch die Beratungssitzungen erfolgt ist. Vielmehr können andere Einflußfaktoren wie Anreize aus den Medien, Hilfe von Freunden, Probleme etc. zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben.

Die Ursache-Wirkungs-Beziehungen lassen sich erst dann genauer isolieren, wenn man Erfolgskontrollen auf allen Ebenen anstellt.

Eine alleinige Konzentration auf die Evaluation der erzielten Ergebnisse ist also für die Beratung ungeeignet, vielmehr erscheint es sinnvoll, wenn Zeit und Kostenrahmen es erlauben, sowohl das Konzept als auch Prozesse und Ergebnisse zu evaluieren.

QUETHEB⁶³ hebt gesondert hervor, dass die Evaluation der eigenen Arbeit vor allem unter Berücksichtigung der individuellen Kundenzufriedenheit, Verständlichkeit der übermittelten Informationen und deren Alltagstauglichkeit betrachtet werden muss.

⁶³ Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung .

6.4. Dringlichkeit eines Qualitätsmanagements für die Institution Ernährungsberatung

In den Kapiteln 4.5. und 5.7.ff. wird deutlich, wie wichtig ein professionelles Qualitätsmanagement für Dienstleistungen allgemein und Beratungsleistungen im Speziellen ist. Dies gilt für den Bereich der Ernährungsberatung, der sich zunächst an den „gesunden“ Verbraucher, der Rat sucht, wendet. Noch entscheidender erscheint jedoch der Bereich der Ernährungstherapie, wo „kranke“ Menschen, also Patienten, betreut werden (Definition siehe Kapitel 5.7.1.) und dementsprechend hohe Anforderungen an Prozessqualität und Organisation gestellt werden müssen (QUETHEB, 1999).

Dies ist einerseits erforderlich, um die fachlich korrekte Ausführung der Beratungsleistung zu gewährleisten, was sowohl für die inhaltlichen Aspekte, als auch für Methodik und Didaktik des Beratungsprozesses gilt. Dazu kommt, dass sich in den Jahren zwischen 1976 und 1997 die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im freiberuflichen Gesundheitswesen um 283.500 erhöht hat. Dies entspricht einer Zunahme, verglichen mit anderen Berufsgruppen, von 132,2 % (KÜSTER/ÜHLEIN, 1999). Einen großen Anteil daran haben auch die sog. Gesundheits- bzw. Ernährungsberater. Es gibt in Deutschland aber auch Ernährungsberater, die sowohl in öffentlich getragenen oder geförderten Beratungsinstitutionen als auch in der Industrie, in Verbänden oder Entwicklungshilfeorganisationen tätig sind. Es existieren Kosten von 83,5 Mrd. DM, die im Jahr 1990 für die Behandlung von ernährungsbedingten Erkrankungen in den alten Bundesländern ausgegeben wurden. Heute beträgt die Zahl sogar ca. 54,7 Mrd. Euro (107 Mrd. DM). Damit verursachen ernährungsbedingte Erkrankungen nahezu **ein Drittel** aller Kosten im Gesundheitswesen („Leitfaden“ 2001, S. 18-19). Die Begriffe "Ernährungsberatung" bzw. "Ernährungsberater" sind gesetzlich nicht geschützt und können von jedem verwendet werden, so dass vielfältige Kurzausbildungen und Wochenendseminare scheinbar für diese Tätigkeit qualifizieren (www.vdoe.de, 2003). *„Um sich von diesen Angeboten abzugrenzen, einen verbindlichen Qualitätsmaßstab zu setzen und der Irreführung von Verbrauchern und Patienten vorzubeugen, hat der Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. eine Berufsordnung verabschiedet, die am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist. Die Berufsordnung für Diplom-Oecotrophologen regelt als Standesrichtlinie die Grundsätze beruflichen Verhaltens mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige Dienstleistung bereitzustellen. Als Ehrenkodex gibt die Berufsordnung Anweisungen und Empfehlungen über das eigene Berufsverhalten, das Verhalten gegenüber dem gesamten Berufsstand und berufli-*

chen Kooperationen. Sie dient aber auch dem besonderen Schutz von Patienten, Klienten und Kunden. Alle freiberuflich tätigen Verbandsmitglieder verpflichten sich, nach den Grundsätzen der Berufsordnung eigenverantwortlich auf dem aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft zu arbeiten und sich regelmäßig weiterzubilden. Für das Tätigkeitsfeld der Ernährungsberatung bietet der Verband den Erwerb eines Zertifikates "Ernährungsberater/in VDOE" an, das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen hinsichtlich einer qualifizierten Weiterbildung anerkannt ist.“ (www.vdoe.de, 2003)

Sendler (1990) sieht einen Wettbewerb um das qualifizierteste Leistungsangebot zwischen Oecotrophologen, Ernährungsmedizinischen Beratern und anderen Berufsgruppen. Diese Art von Wettbewerb kann jedoch sehr schnell zu Lasten der Kosten bzw. der Qualität der erbrachten Beratungsleistung für den Ratsuchenden gehen (AMBROSIUS, 1993). Andererseits darf auch der Aspekt der Effizienz, d. h. der Kosten-Nutzen-Parameter, nicht der Betrachtung entzogen werden. So kommt es nicht nur darauf an, eine Beratung fachlich korrekt durchzuführen, der Berater muss außerdem kostengünstig, energiesparend und rationell arbeiten, um einen wirtschaftlichen Erfolg zu erzielen. Dazu kommt, dass in der Ernährungsberatung tätige Oecotrophologen mit Entscheidung des Bundesfinanzministeriums vom April 2000 nicht mehr vom Finanzamt als Freiberufler anerkannt, sondern als Selbständige eingestuft werden. Dies hat eine Umsatz- bzw. Gewerbesteuerpflicht zur Folge, die greift, sobald bestimmte Einkommensgrenzen überschritten werden. Als Hauptargument führte das Finanzministerium das Fehlen einer Berufsordnung für die Ernährungsberatung an (DITTRICH, 2001, in VDOe Positionen, 02/01, S. 8). „Die Schaffung geeigneter Ordnungsprinzipien für die Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit von Diplom-Oecotrophologen kann neben den rechtlichen und steuerlichen Vorteilen vor allem dazu führen, dass man sich am Markt mit einem qualitätsgesicherten Angebot besser positionieren kann und gezieltes Wissenschafts- und Berufsmarketing betrieben werden kann“, führt Dittrich weiter aus. Damit sich qualifizierte Ernährungsberatungsfachkräfte von den sog. „schwarzen Schafen“ der Branche abheben, ist es notwendig, Strategien zu entwickeln, diese Leistungsfähigkeit der Öffentlichkeit gegenüber transparent zu machen. Der Punkt „Öffentlichkeitsarbeit“ gehört also ebenso zu einem professionellen QM für qualifizierte Ernährungsberater. Ein Qualitätsmanagement-System für die Institution Ernährungsberatung ist also, auch durch den aktualisierten Handlungsleitfaden der Krankenkassen unumgänglich. Es findet sich schnell bestätigt, daß wir in Deutschland nicht unbedingt einen Mangel an Qualitätssicherungsaktivitäten haben, aber durchaus einen Mangel einer verbindlichen Nomenklatur und Systematik, einer fundierten Darstellung des Um-

fangs der Qualitätssicherungsaktivitäten und einer systematischen Zuordnung der einzelnen Maßnahmen zueinander bzw. zu den einzelnen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung. Im verstärkten Maße gilt dies für das eigentliche Qualitätsmanagement, vor allem da die im europäischen Ausland und den USA entwickelten Konzepte nicht zwanglos auf die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems zu übertragen sind. DGE, VDOe, VDD, DAEM und QUEHEB⁶⁴ haben in den letzten Jahren Maßnahmen und Anleitungen zu Qualitätsmanagementsystemen, einerseits durch ausgearbeitete Curricula mit anschließenden Zertifizierungen, andererseits durch Methodik- und Handlungsmustervorgaben, erarbeitet. Dies betrifft vor allem die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Ein Qualitätsmanagementsystem sollte jedoch verbands- und organisationsübergreifend für alle Ernährungsberatungsfachkräfte nutzbar sein. Dieses Grundmuster eines professionellen Qualitätsmanagementsystems mit der Schaffung von Standards und Normen kann dann jeweils auf die spezielle Form zugeschnitten und verändert werden. Jedoch fehlt es noch an einem einheitlichen Gebührensystem für Ernährungsberatungsleistungen. Vorschläge einer möglichen einheitlichen Bewertung von Beratungsleistungen hat Ambrosius bereits 1993 gemacht, doch lässt der allgemeine Durchbruch in diesem Bereich noch auf sich warten. Renner-Weber (2001, S. 16) orientiert sich in der Beurteilung der Honorarsätze von freiberuflich tätigen Oecotrophologen an anderen Dienstleistern (z. B. EDV-Branche) und fordert die in der Ernährungsberatung tätigen Oecotrophologen auf, die Preise einheitlich und für den Markt transparent zu gestalten. In der Verantwortung sieht sie hier vor allem die Berufsverbände, Netzwerke und örtlichen Gruppen.

⁶⁴ DGE = Deutsche Gesellschaft für Ernährung, VDOe = Verband der Diplom-Oecotrophologen, VDD = Verband der Diätassistenten, DAEM = Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, QUETHEB = Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung.

6.5. Existenzsicherung der Ernährungsberatung - Lösung Qualitätsoffensive ?

Ein Blick auf die Hintergründe der Qualitätsdiskussion verdeutlicht, dass es sich durchaus um mehr als nur um eine flüchtige Modeerscheinung handelt, sondern dass sehr schwerwiegende Ursachen (z. B. zunehmende Konkurrenz zwischen verschiedenen Anbietern eines Erzeugnisses oder einer Dienstleistung, Konsumschutzrechte, Fragen der Haftung, Image, mangelnde Transparenz der eigenen Leistung etc.) und vernünftige Ziele dahinter stecken.

Dazu kommt, dass neben dem gestiegenen Qualitätsbewusstsein der Verbraucher ja auch der Gesetzgeber und vor allem die Kostenträger klare Vorgaben an die Inhalte, den Umfang und die Qualität des Leistungsangebotes Ernährungsberatung machen. Es bleibt letztendlich nichts anderes übrig, als „mit den Qualitätswölfen heulen“ und damit die Existenzberechtigung einer professionellen Ernährungsberatung zweifelsfrei zu untermauern. Doch welche Vorteile hätte eine Qualitätsoffensive, betrachtet man die Ernährungsberatung durchaus als gewinnwirtschaftlich orientierte Institution:

- Wachsende Qualitätsansprüche der Verbraucher führen u. a. dazu, dass Fehler nicht mehr ohne weiteres akzeptiert werden. Auch Kosten für Ausschuss, Nachbesserung und Gewährleistung belasten die Geschäftsergebnisse.
- Durch die frühzeitige Erkennung von Fehlern und die daraus resultierende Vermeidung werden die Kosten gesenkt und Organisationen verschlankt. Es folgt eine kontinuierliche Verbesserung der Geschäftsabläufe.
- Aber auch die Kunden fordern Qualitäts- und Gütesiegel zur Vertrauensbildung und bessere Überschaubarkeit des Marktes.
- Die Wettbewerbsfähigkeit wird gestärkt, Qualität als Erfolgsfaktor im Wettbewerb um Kundenloyalität.
- Ein umfassendes Qualitätsmanagement führt mit dem Nachweis systematischer Maßnahmen zur Qualitätssicherung auch zu einer Abwehr von Haftungsansprüchen.

(GERULL, 1999).

Qualitätsmanagement – richtig verstanden und eingesetzt – stellt eine Entwicklungschance für alle Beteiligten (Praktiker, Wissenschaftler, Forscher, Fachgesellschaften, Universitäten, Politiker, Krankenkassen, etc.) dar. Dabei ist es jedoch von besonderer Bedeutung, die Wissenschaft so zu fordern, dass die Sichtweise der Praktiker berücksichtigt wird und

dass Modelle und Methoden – etwa Evaluation und Dokumentation – entwickelt werden, die vor allem für die Praxis und die praktische Anwendung in der alltäglichen Ernährungsberatung tauglich sind (LAIREITER/VOGEL 1998).

7. Methodische Vorgehensweise bei der Erstellung eines Qualitätsmanagementsystems für die Ernährungsberatung

Voraussetzungen

Wie in den letzten Kapiteln deutlich wurde, gibt es unzählige Qualitätsmanagement-Ansätze, zum einen unterteilt nach der disziplinären Herkunft des Verfassers, zum anderen nach den Vorgaben durch die jeweilige Institution. Eine Betrachtung der einschlägigen Literatur, vor allem die der letzten Jahre, erweckt fast den Eindruck, als entstünde eine wahre „Expertokratie“ auf diesem Gebiet. Um einen besseren Überblick zu erhalten, seien hier noch einmal auf der Basis einer Kategorisierung von Gerull (1999) die wichtigsten Ansätze zur Qualitätsentwicklung zusammengefasst:

- **"QM Marke Eigenbau"**
Ohne Bezugnahme auf ein spezifisches Label (Management, Qualität etc.) durchgeführte Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung von Fachlichkeit (Besprechungs- und Berichtswesen, Dienstanweisungen, Supervision, Fallkonferenzen, Fortbildungen etc.)
- **"QM" durch Evaluation, Selbstevaluation, Praxisforschung und Controlling**
Punktuelle, empirisch gestützte Maßnahmen zur Auswertung fachlicher Praxis (Betreuungsverläufe, Klientenmerkmale, Belegungsschwerpunkte etc.) und betrieblicher Daten (Krankenstand, Fluktuation, Qualifikationen etc.)
- **"QM" durch Sozialmanagement, Organisations- und Personalentwicklung**
Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung von Fachlichkeit, Image etc. durch Bezugnahme auf Konzepte des Sozialmanagements, der Organisations- und Personalentwicklung
- **QM in Anlehnung an die Normen der ISO 9000-Familie**
Analyse der "Geschäftsprozesse", Erarbeitung eines QM-Handbuches und Strukturierung der betrieblichen Aufbau- und Ablauforganisation nach den Maßgaben der Bezugsnorm (mit und ohne Zertifizierung)

- **QM durch Orientierung an Zielen und Standards der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**
Zielorientierte Entwicklung von Qualitätskriterien auf verschiedenen qualitativen Ebenen und Festlegung/Aushandlung von Standards, deren Einhaltung intern und/oder extern kontrolliert wird
- **QM im Sinne umfassenden Qualitätsmanagements (Total Quality Management)**
Aufbau eines QM-Systems (z. B. nach EFQM) unter Beteiligung der Mitarbeiterschaft auf allen betrieblichen Ebenen und Einbeziehung der Kunden- bzw. Außenperspektive
- **QM durch einrichtungsindividuelle Mischformen verschiedener Ansätze**

Die Fokussierung auf die Ernährungsberatung zeigt, dass es sich hierbei um eine personenbezogene Dienstleistung handelt, deren produzierender Faktor sich auf die Erstellung von Plänen, ggf. weiteren Unterlagen, reduziert (siehe Kapitel 5.7.). Als zusätzliche Leistung muss ebenfalls ein prozessualer Faktor berücksichtigt werden, der sich entscheidend auf die Qualität der angebotenen Leistung auswirkt.

Bei der Betrachtung der methodischen Vorgehensweise zur Planung eines Qualitätsmanagements für die Ernährungsberatung müssen zwei zentrale Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Ursprünglich ist ein QM-Modell für Dienstleister allgemein immer unternehmensindividuell zu erstellen. Eine bloße Kopie anderer QM-Systeme (wie z. B. für die ärztlichen Leistungen, die psychosoziale Versorgung etc.) kann den wünschenswerten Erfolg nicht herbeiführen. Die Begründung liegt in der Abhängigkeit des Dienstleistungsunternehmens von seinen Human resources.

2. Eine erfolgreiche Implementierung der Dienstleistungsqualität setzt ein Verständnis des QM als Regelkreis voraus, wodurch eine ständige Rückkopplung gewährleistet ist. (siehe auch Kapitel 3, TQM)

(HANSEN/KAMISKE, 2002)

Die methodische Vorgehensweise zur Erstellung eines Qualitätsmanagementmodells für die Ernährungsberatung gliedert sich wie folgt:

1. Analyse des Ist-Zustandes (siehe Literaturteil)
2. Zusammenstellung der für die Ernährungsberatung in Frage kommenden Faktoren auf Grundlage der interdisziplinären Aufarbeitung im Literaturteil
3. ggf. Anpassung an die speziellen Anforderungen der Ernährungsberatung
4. Normenzusammenstellung für die Ernährungsberatung
5. Erarbeitung eines aus diesen Ergebnissen (Punkt 1 - 4) resultierenden Qualitätsmanagementsystems für die Ernährungsberatung

Zu berücksichtigen ist, dass sich der gesamte Prozess des Qualitätsmanagements in vier Phasen unterteilt, und zwar in

- Qualitätsplanung
- Qualitätslenkung
- Qualitätsprüfung und
- Qualitätsmanagementdarlegung

(BRUHN in HANSEN und KAMISKE, 2002).

Die in dieser Arbeit vorgeschlagenen Wege zur Standardisierung bzw. Normenforderung sowie die Qualitätsforderungen an sich bearbeiten ausschließlich die erste Phase, d. h. die Qualitätsplanung. Alle weiteren Schritte müssen anschließend in einer eventuellen praktischen Umsetzung bzw. theoretischen Weiterentwicklung genauer definiert werden.

Unter dem Begriff Qualitätsplanung versteht man die „*Planung und Weiterentwicklung der Qualitätsanforderungen an die zu betrachtende Einheit*“ (DGQ 1995).

Daher beinhaltet diese erste Phase die Planung bzw. Weiterentwicklung der Qualitätsanforderungen an die verschiedenen (Dienst)-Leistungen des zu betrachtenden Unternehmens. Dies bedeutet, dass man nicht die Qualität an sich, sondern zunächst die verschiedenen Qualitätsanforderungen plant. In dieser Phase werden auch die konkreten Anforderungen aus Kundensicht bzw. Sicht des Dienstleistungsanbieters ermittelt.

Dazu müssen zunächst alle zu berücksichtigenden Faktoren zusammengestellt und bewertet werden. Im Anschluss daran kann dann eine genaue Definition der einzelnen Qualitätsanforderungen in Form von z. B. Standards und Normen erfolgen.

7.1. Begründete Auswahl der zu berücksichtigenden Faktoren

Zur Entwicklung eines Qualitätsmanagements für die Dienstleistung Ernährungsberatung müssen bestimmte Voraussetzungen im Dienstleistungsunternehmen gegeben sein (vgl. Kapitel 4.4.). Um diese einordnen und bewerten zu können, müssen im Vorfeld der Entwicklung von Standards und Leitlinien sämtliche in Frage kommenden Kriterien benannt und geprüft werden. Zunächst einmal muss man sich im Klaren darüber sein, *welche Leistung* für **wen** in *welcher Weise* erbracht werden soll. Des Weiteren ist zu betrachten, *was* dafür gebraucht wird und *welche Ergebnisse* dabei herauskommen können und sollen.

In diesem Sinne lässt sich die Qualität der Ernährungsberatung wie folgt gliedern:

WAS?	⇒	Beschreibung der Dienstleistung ¹⁾	⇒	Ernährungsberatung
Für WEN?	⇒	Kunden ²⁾	⇒	Patienten Kostenträger evtl. Mitarbeiter
WAS wird benötigt?	⇒	Strukturqualität	⇒	Räumlichkeiten Ausstattung fachl. Qualifizierung Materialien
WIE?	⇒	Prozessqualität	⇒	Beratungsatmosphäre Beratungseinheiten Inhalte Auswertungen/Analysen abschließende Arbeiten
WELCHE Ergebnisse sollen dabei heraus kommen?	⇒	Ergebnisqualität	⇒	Intermediäres Ergebnis: Input/Output - Anzahl der Termine - Anzahl der Patienten pro Zeiteinheit - Kosten der Beratung, Endergebnis: - Veränderung des Ernährungsverhaltens - Individuelle Zufriedenheit

Abb. 9: Gliederung der Qualitätsanforderungen von Ernährungsberatung

1): die genaue Definition von Dienstleistungen wurde bereits in Kapitel 4 ff. beschrieben.

2): Als „Kunden“ werden alle Personen und Instanzen bezeichnet, die in irgendeiner Weise an der Dienstleistung beteiligt sind (MENNE, 1998). Nach dieser Definition sind Kunden nicht

ausschließlich die Ratsuchenden, Patienten oder Klienten, sondern auch Zuwendungsgeber, Vertreter der Trägerorganisationen (z. B. Krankenkassen) oder mitarbeitende Ärzte bzw. Psychologen, Physiotherapeuten oder Trainer. Konkret auf den Prozess der Ernährungsberatung angewendet, wird im Folgenden jedoch der Begriff „Kunde“ synonym mit „Ratsuchendem“, „Patienten“ oder „Klienten“ für die Personen verwendet, die die eigentlichen Beratungsleistungen in Anspruch nehmen wollen.

Quelle: Eigene Entwicklung nach MENNE, K.: Qualität in Beratung und Therapie, S. 40

7.1.1. Strukturqualität – was wird benötigt

Bei der „Produktion von Dienstleistungen“, im Speziellen der Dienstleistung Ernährungsberatung, besteht die Produktion aus der Kombination der internen Produktionsfaktoren mit dem externen Faktor (vgl. auch MALERI, 1994). Grundvoraussetzung ist hierbei eine sowohl örtliche als auch zeitliche Verfügbarkeit und das Zusammentreffen dieser Produktionsfaktoren.

Im Fall der Ernährungsberatung z. B. muss, wie bei allen Dienstleistungen, die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit bereits im Vorfeld aufgebaut werden, um zum Zeitpunkt des Zusammentreffens mit dem Ratsuchenden als externem Faktor die Endkombination, d. h. die Beratung, durchführen zu können.

Hierbei ist die Kapazität der Leistungsbereitschaft bestimmend für das Leistungsvermögen. Um ein Qualitätsmanagement im Vorfeld planen zu können, müssen die einzelnen Parameter der Strukturqualität genauestens durchdacht und begründet werden.

Laireiter und Vogel (1998) haben dies in ihrem Werk über die Qualitätssicherung der psychosozialen Versorgung bereits gelöst, indem sie die Forderungen der Ersatzkassen an die Qualität der psychologischen Beratung konkretisiert haben (vgl. auch FISCHER, 1995).

Aufgrund der Ähnlichkeiten der Beratungsprozesse an sich sowie auch der örtlich-räumlichen Erfordernisse lassen sich diese Gedanken für die Ernährungsberatung wie folgt modifizieren:

7.1.2. Mögliche Leitlinien für die Strukturqualität der Ernährungsberatung: (modifiziert nach LAIREITER, VOGEL, 1998, Seite 498)

Aus den im Literaturteil gewonnen Erkenntnissen zum Thema Qualitätsmanagement, Beratung allgemein, Ernährungsberatung speziell und aus den herausgearbeiteten Anforderungen und Bedürfnissen einer professionellen und wertgeschätzten Ernährungsberatung lassen sich folgende mögliche Leitlinien für die Erarbeitung konkreter Standards und Normen ableiten:

Zum einen stellt sich die Frage nach einer gewährleisteten Grundversorgung durch einen niedergelassenen Ernährungsberater bzw. öffentliche Beratungsstellen / Hausärzte. Weiterhin erscheint eine angemessene Aus- und Weiterbildung an Hochschulen sowie anerkannten Fortbildungseinrichtungen und staatlichen Schulen als unerlässlich.

Auch Kooperationen zwischen Ärzten und Ernährungsberatern bzw. weiteren Fachleuten, wenn nötig, (=Netzwerkbildung) sind unumgänglich.

Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen komplementären, ambulanten und stationären Beratungsangeboten gewährleistet eine angestrebte Komplettierung des Angebotes. Dazu kommt eine klare Definition der geeigneten Beratungsmethoden sowie der Ausschluss ungeeigneter Beratungsmethoden.

Von Bedeutung sind noch (nach EVERSHEIM, 2000; MENNE, 1998; GÜNTHER, 1997 und anderen) die Gestaltung und der Umfang von Räumlichkeiten und Ausstattung.

7.1.2.1. „Gewährleistung der Grundversorgung“

Ein hilfeschender Kunde muss die Möglichkeit haben, einen geeigneten Ansprechpartner für seine individuelle Problematik zu finden. In vielen Fällen wird es sich hierbei um die Hausärzte handeln, die entweder selber auf eine bestehende Problematik wie z. B. Adipositas hinweisen oder einen Patienten mit einer ernährungsabhängigen Erkrankung bereits betreuen. In beiden Fällen sollte eine Beratung durch den Hausarzt durch die in Deutschland flächendeckende Versorgung gewährleistet sein. Im Falle der Institution Ernährungsberatung ergibt sich jedoch ein anderes Bild: Es existiert keine flächendeckende Verteilung professioneller Ernährungsberater, gerade im ländlichen Raum herrscht hier ein immenser Mangel (Quelle: eigene Recherche, Befragung von Krankenkassen, Analyse des Selbständigen-Pool des VDOE, etc.). Unter diesem Gesichtspunkt erscheint die Forderung

nach einer flächendeckenden Versorgung durchaus berechtigt. Da es sich in der vorliegenden Arbeit jedoch um den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für die Institution Ernährungsberatung an sich handelt, wird dieser Punkt in den weiteren Ausführungen vernachlässigt.

7.1.2.2. „Aus- und Weiterbildungsvoraussetzungen“

Ein Dienstleistungsunternehmen wird in erster Linie durch die Fähigkeiten der Mitarbeiter geprägt (EVERSHEIM, 2000). Im Gegensatz zu allen anderen Produktionsfaktoren, die in der Regel zu gleichen Bedingungen auf dem Markt erhältlich sind und für einen Großteil der Bevölkerung zur Verfügung stehen, sind die fachlichen Fähigkeiten der eingesetzten Personen das entscheidende Merkmal zur Abgrenzung unseriöser Angebote am Markt.

Für das Qualitätsmanagement ist vor allem der Begriff der *beruflichen Qualifikation* genauer zu betrachten.

In der beruflichen Bildung unterscheidet man zunächst die *fachliche* und *überfachliche* Qualifikation (EVERSHEIM, 2000).

Die *fachliche* Qualifikation ermöglicht den sachgerechten Umgang mit den eingesetzten Arbeitsmitteln und die Beherrschung der Arbeitsprozesse.

Unter der *überfachlichen* Kompetenz versteht man ein Zusammenspiel von:

- Methodenkompetenz (Flexibilität bei veränderten Arbeitsbedingungen)
- Mitwirkungskompetenz (Fähigkeit, die Arbeitsstrukturen und den Arbeitsplatz mitzugestalten)
- Sozialkompetenz (kommunikative Fähigkeiten, Verantwortung übernehmen zu können)
- Selbstlernkompetenz (Fähigkeit zum selbständigen Lernen)

Erst das Zusammenspiel von *fachlicher* und *überfachlicher* Kompetenz führt zur sogenannten *beruflichen Handlungskompetenz* (BADER, 1987).

Darunter versteht man die Fähigkeiten und Bereitschaft, in verschiedenen Situationen eigenverantwortlich im Sinne des Ganzen sachgerecht handeln zu können. Einfacher ausgedrückt bedeutet dies „*einfach das Richtige*“ zu tun.

Dieses Qualifikationsspektrum ist Grundvoraussetzung eines umfassenden Qualitätsmanagements im Bereich von Dienstleistungen allgemein, es lässt sich aber hervorragend auf die Qualifikation von Anbietern der haushaltsbezogenen Dienstleistung Ernährungsberatung anwenden.

Um als Ernährungsberater tätig sein zu können, bedarf es einer entsprechend qualifizierten Ausbildung. Der Begriff „Ernährungsberater“ ist zur Zeit noch nicht gesetzlich geschützt, so dass sich in der Bevölkerung noch kein einheitliches Bild über die Qualifikation von Ernährungsberatern manifestiert hat. Es besteht jedoch durchaus die Chance, durch ein gezieltes und transparentes Qualitätsmanagement der Bevölkerung ein klares Bild von einer professionellen Ernährungsberatung zu übermitteln.

Um hier klare Vorgaben bzw. Normen festsetzen zu können, ist es zwingend erforderlich, die Mindestanforderungen der Verbände, Arbeitsgemeinschaften und Gesellschaften (DGE, VDD, VDOe, DAEM/DGEM⁶⁶) sowie QUETHEB als übergeordneter Institution und

der Spitzenverbände der Krankenkassen zu analysieren, um ein für die Ernährungsberatung adäquates Normenkonzept entwickeln und empfehlen zu können.

Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Ernährungsberatern

- DGE:

Die DGE bietet ein Curriculum an, durch welches Diplom-Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler sowie Diätassistenten die Zertifizierung zum Ernährungsberater DGE erlangen können. Berufserfahrung ist empfehlenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich. Dieses Zertifikat behält seine Gültigkeit nur in Verbindung mit jährlicher nachgewiesener Fortbildung. Zielgruppe des Curriculums sind Diplom-Oecotrophologen, Diplom-Ernährungswissenschaftler (Schwerpunkt Ernährung und Diätik) sowie Diätassistenten. Inhalte des Curriculums sind u. a ernährungsphysiologische und –psychologische Aspekte, methodische und rhetorische Fragestellungen, Presse- und Medienarbeit aber auch Qualitätssicherung und Evaluation.

⁶⁶ DGE = Deutsche Gesellschaft für Ernährung , VDOE = Verband der Diplom-Oecotrophologen, VDD = Verband der Diätassistenten, DAEM = Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, DGEM = Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, QUETHEB = Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie.

Die Dauer des Curriculums beträgt zur Zeit ganztägig 6 Wochen (= 7 ½ Seminarbausteine), wobei der gesamte Lehrgang aus 11 ½ Bausteinen besteht.

4 Bausteine (z. B. Speisenzubereitung, Ernährungserhebungen, EDV-unterstützte Ernährungsberatung, Ernährungssoziologie) werden aus vorhergehender Aus- und/oder Fortbildung anerkannt. Curriculum-Bausteine sind: Ernährung und Gesundheit, Ernährungspsychologie, Methodik und Didaktik der Beratung, Gesprächsführung in Theorie und Praxis, Medien und Präsentation, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Projektarbeit in der Gesundheitsförderung sowie Qualitätssicherung und Evaluation. Abschließend erhält der Lehrgangsteilnehmer die Zertifizierung „ErnährungsberaterIn DGE“, welche jedoch nur mit einer jährlich nachgewiesenen, von der DGE anerkannten Fortbildung mit mindestens 8 Unterrichtsstunden ihre Gültigkeit behält.

Die Curriculum-Module erscheinen auf den ersten Blick durchaus umfassend und beinhalten die nach Qualitätsrichtlinien geforderten Inhalte. Einziger Kritikpunkt ist die mangelnde Einbeziehung betriebswirtschaftlicher und rechtlicher Aspekte, welche für die Existenzsicherung niedergelassener Ernährungsberater von entscheidender Bedeutung ist. Dies hat zur Folge, dass für freiberufliche Ernährungsberater eine Modifizierung auf die eigenen Bedürfnisse notwendig ist, was z. T. durch zusätzliche Maßnahmen und Schulungen erfolgen muss.

Um Verwirrungen abzubauen und Aussagen im Bereich Ernährung zum Wohle des Verbrauchers eindeutig, wissenschaftlich, gesichert und verständlich weitergeben zu können, erstellt die DGE regelmäßig aktualisierte

Beratungs-Standards. Daran können sich nicht nur Ernährungs-Fachkräfte, sondern auch Mediziner, Apotheker, Organisationen, Medien und Interessierte zum Thema Ernährung orientieren sowie informieren und dieses standardisierte Wissen sachlich und zutreffend kommunizieren.

Die DGE-Beratungs-Standards werden als Lose-Blatt-Sammlung veröffentlicht und regelmäßig um aktuelle Themen erweitert. Es existiert ein Grundwerk, welches sich in folgende Kapitel gliedert:

- I. Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr
- II. Körpergewicht und Gewichtsreduktion
- III. Richtlinien für die Ernährung bestimmter Gruppen
- IV. Anreicherung und Supplemente in der Ernährung
- V. Richtlinien für die Ernährung bei bestimmten Erkrankungen
- VI. Bewertung spezieller Lebensweisen

- VII. Stellenwert bestimmter Lebensmittel, Lebensmittelinhaltsstoffe und Lebensmittelersatzstoffe in der Ernährung
- VIII. Lebensmitteltechnologie
- IX. Gemeinschaftsverpflegung

(Quelle: www.dge.de/Pages/navigation/fach_infos/berstand.htm, November 2002)

Des Weiteren hat die DGE sogenannte „Leitlinien“, z. B. für die ambulante Ernährungsberatung von Übergewichtigen, entwickelt. Ziel dieser Leitlinien ist die Implementierung einer qualifizierten, ambulanten Ernährungsberatung und die Gegensteuerung obskurer Diäten und Wundermittel.

Für den konkreten Fall der Adipositas-Therapie hat die DGE gemeinsam mit der Deutschen Adipositas Gesellschaft, der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) strukturelle und personelle Anforderungen an ein qualifiziertes Adipositas-Therapieprogramm zusammengestellt.

Dieses beinhaltet folgende Mindestanforderung:

- Der behandelnde Arzt sollte eine ausreichende klinische Erfahrung haben und darüber hinaus als wesentlichstes Qualitätsmerkmal eine Zusatzausbildung auf der Basis des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer vorweisen.
- Die Ernährungsfachkraft sollte entweder Diätassistent, oder studierter Ernährungsberater (Diplom-Oecotrophologe) mit praktischer Erfahrung in der Betreuung von adipösen Patienten sein. Die Ernährungsfachkräfte sollten das Curriculum Ernährungsberatung der DGE erfolgreich nachweisen können.
- Die medizinische Eingangsuntersuchung und Indikationsstellung erfolgt durch den behandelnden Arzt.
- Die Schulung der Patienten muss strukturiert erfolgen.
- Das multidisziplinäre Therapiekonzept sollte aus Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie bestehen, gegebenenfalls müssen zusätzlich gewichtsreduzierende Medikamente gegeben werden.
- Gruppensitzungen sollten regelmäßig stattfinden.
- Notwendig ist eine regelmäßige Verlaufskontrolle inklusive Dokumentation.
- Die Therapiedauer sollte wenigstens 6 - 12 Monate betragen.
- Wichtig ist die Datendokumentation und Auswertung der Therapie. Diese beinhaltet: systematische Erfassung anthropometrischer Parameter (wie Größe, Gewicht), bio-

chemischer Variablen (wie Blutfett- und Cholesterinwerte), vorliegende, vor allem ernährungsabhängige, Grunderkrankungen (wie Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Bandscheibenschäden etc.), Parameter der Lebensqualität, Medikamenteneinnahme und Therapieverlauf. Der Therapieverlauf sollte nach Therapiebeginn ein, nach Möglichkeit auch zwei bis drei Jahre lang dokumentiert werden.

- Erfolgskriterien: Ein Jahr nach Beginn der Therapie sollte bei mindestens 50 % der Teilnehmer eine Gewichtsabnahme von wenigstens 5%, bei mindestens 20 % der Patienten eine Gewichtsabnahme von mindestens 10 % erfolgt sein. Neben der Gewichts-senkung sollte eine Verbesserung der mit Adipositas assoziierten Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus erfolgen.
- Weitere Kriterien für ein erfolgreiches Langzeitmanagement sind die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (regelmäßige körperliche Bewegung sowie gesund erhaltende Ernährung nach den 10 Regeln der DGE) und der Lebensqualität.

(Quelle: www.dge.de/Pages/navigation/presse/spez0300.htm, November 2002)

- **Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOe):**

Der Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOe) bietet in Kooperation mit der DGE Diplom-Oecotrophologen, Diplom-Haushaltswissenschaftlern und Diplom-Ernährungswissenschaftlern das Zertifikat "Ernährungsberater/in VDOe" an. Das Zertifikat stellt eine zusätzliche Qualifikation für diejenigen dar, die sich in der Ernährungsberatung weiterbilden möchten.

Das Zertifikat ist in drei Teile gegliedert: Grund-, Aufbau- und Zusatzstufe. Themenbereiche der Grund- und Aufbaustufe sind Einzelberatung, Gruppenberatung, Managementmethoden und Strategien der Gesundheitsförderung. Die ebenfalls für das Zertifikat notwendige Zusatzstufe beschäftigt sich mit konkreten Themen aus dem Bereich Ernährung.

Dabei müssen nicht alle Seminare beim VDOe besucht werden, vergleichbare Qualifikationen werden anerkannt. Die für die Zusatzstufe 4 notwendigen Seminartage „Ernährung“ sind jedoch beim VDOe zu belegen.

Die eingereichten Nachweise werden einmal jährlich von einer unabhängigen Entscheidungskommission geprüft. Unerlässlich für die Verleihung des Zertifikates „Er-

nährungsberater/in VDOe“ ist der Nachweis einer beruflichen Tätigkeit in einem beratungsrelevanten Bereich der Oecotrophologie (Nachweis über eine 1-jährige Vollzeitstelle, 2-jährige Teilzeitstelle oder 3-jährige kontinuierliche Honorartätigkeit). (Quelle: www.vdoe.de/vdoe/weiter.htm, November 2002)

- **DAEM/DGEM:**

Um die ernährungsmedizinischen Erkenntnisse zu standardisieren und die Fort- und Weiterbildung zu fördern, haben die DAEM und die DGEM gemeinsam eine vereinheitlichte Fortbildung ins Leben gerufen, nach deren Abschluss man die Qualifikation zum „Ernährungsmediziner DAEM/DGEM“ erhält. Der Abschluss ist nur für Mediziner erhältlich, also nicht für Diplom-Oecotrophologen oder Diätassistenten. Für die Anerkennung als "Ernährungsmediziner DAEM/DGEM" wurde die Erfüllung folgender Voraussetzungen definiert:

1. Es können sich Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärzte für Innere Medizin, Ärzte für Pädiatrie, Ärzte für Frauenheilkunde, Ärzte für Anästhesiologie und Ärzte für Chirurgie um die Qualifikation bewerben. Weitere Fachgebiete nach Anmeldung. Zulassung vor Abschluss der Facharztausbildung ist möglich.
2. Spezielle praktische Erfahrungen in Ernährungsmedizin sind nachzuweisen.
3. Erfolgreiche Teilnahme an dem 80-stündigen Curriculum der BÄK.
4. Erfolgreiche Teilnahme an dem abschließenden 20-stündigen Praktikum (wird zukünftig durch den Seminarblock 5 abgedeckt).
5. Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin.

(Quelle: „Der Ernährungsmediziner“, Nr. 1 /November 1999)

Weitere Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich der Ernährung sind die Qualifikationen „Ernährungsbeauftragter Arzt“ und „Fachkunde Ernährungsmedizin“ (Schleswig-Holstein und Niedersachsen). Aufgrund der steigenden Zahl ausgebildeter Ernährungsmediziner hat sich der *Berufsverband Deutscher Ernährungsmediziner* (BDEM) gegründet, mit dem Ziel, die berufliche Fort- und Weiterbildung der

Ernährungsmediziner zu fördern und die Mitglieder in der Erfüllung ihrer ärztlichen und wissenschaftlichen Aufgaben zu beraten, zu unterstützen und selbst tätig zu werden⁶⁷.

- **Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie (QUETHEB):**

QUETHEB fordert Ausbildungsabschlüsse wie Diplom-Oecotrophologen, Diplom-Trophologen, Diplom-Ernährungswissenschaftler Uni/FH, Diätassistenten oder Ärzte. Als weitere fachliche Voraussetzung wird eine Berufserfahrung von mind. 3 Jahren für die Ernährungstherapie und 2 Jahren für die Ernährungsberatung vorausgesetzt. Diese kann erworben werden in den Bereichen Gesundheitsförderung, Erwachsenenbildung, Verbraucheraufklärung für die Ernährungsberatung sowie in ernährungsmedizinischen Bereichen in Kliniken, bei Krankenkassen oder in einer niedergelassenen Praxis für den Bereich der Ernährungstherapie.

Des Weiteren muss ein abgeschlossenes Curriculum der jeweiligen Landesorganisation bzw. der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), absolviert werden. Die Teilnahme an anderen Weiterbildungsmaßnahmen kann nach Prüfung durch einen neutralen Ausschuss ebenfalls individuell anerkannt werden und zur QUETHEB-Registrierung führen.

- **Spitzenverbände der Krankenkassen:**

Zur Durchführung einer fachgerechten Ernährungsberatung werden ausschließlich Fachkräfte mit der Ausbildung zum Diplom-Oecotrophologen, Diplom-Ernährungswissenschaftler, Diplom-Ingenieure Ernährungs- und Hygienetechnik sowie Diätassistenten anerkannt. Des Weiteren müssen folgende Zusatzqualifikationen

⁶⁷ Mit dem Nahziel der Qualitätsprüfung und -sicherung für das Lehrklinikprojekt "Klinische Ernährungsmedizin" sowie dem Fernziel der ernährungsmedizinischen Beratung und Beurteilung von Kliniken außerhalb des Projekts ist das Institut IRED (Institut für Rationelle Ernährung und Diätetik in Freiburg) gegründet worden. Die Aufgabe des Instituts besteht zunächst in einer regelmäßigen Kontrolle der Einhaltung der 12 Leitkriterien des Modellprojekts. Damit ist ein abgerundetes System der Ausbildung von Ernährungsmedizinern vorhanden. Dieses reicht vom 100-Stundenkurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer bis zu einer klinischen Ausbildung in einer qualitätsgesicherten Lehrklinik für Ernährungsmedizin. **Anschrift des Instituts:** Institut für Rationelle Ernährung und Diätetik
Reichsgrafenstr. 11
79102 Freiburg

nachgewiesen werden: Ernährungsberatung gemäß des Curriculums der DGE bzw. der Landesorganisationen (z. B. Ernährungsberater DGE, Ernährungsmedizinischer Berater DGE, Ernährungsberater VDOe) und/oder der Nachweis bzw. die Registrierung bei QUETHEB. Dies gilt ebenfalls für Ärzte mit gültigem Fortbildungsnachweis gemäß des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer und/oder dem Nachweis der QUETHEB-Registrierung.

7.1.2.3. „Bildung von Netzwerken“

Die Schaffung von Netzwerken als Grundgedanke einer qualitätsorientierten Ernährungsberatung bzw. Ernährungstherapie findet in der Literatur nur wenig Bedeutung. Aufgrund der Häufigkeit und Schwere vieler ernährungsabhängiger Erkrankungen ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Ernährungsberatern, Medizinern, evtl. noch Psychologen und Physiotherapeuten für eine qualifizierte Ernährungstherapie jedoch unerlässlich.

Diese Forderung erhebt auch Dittrich (1998) in ihrer Arbeit mit der Thematik zur kooperativen Ernährungsberatung. Sie führt weiterhin aus, dass laut der Strukturanalyse der Agrarsozialen Gesellschaft (1988) in der Bundesrepublik Deutschland der Ernährungsberatungsspezialist Kenntnisse in mindestens sieben wissenschaftlichen Disziplinen aufweisen müsste. Da diese Forderung unrealistisch ist, sieht Dittrich (1998) als einzigen Ausweg die Kooperation verschiedener Fachdisziplinen. Allerdings merkt sie ebenfalls an, dass es neben den notwendigen fachlichen Voraussetzungen sowohl auf die Kooperationsfähigkeit als auch auf die Kooperationswilligkeit ankommt. Erst wenn alle involvierten Bereiche auch den uneingeschränkten Kooperationswillen besitzen, wird die Forderung nach der Bildung von Netzwerken durchsetzbar⁶⁸.

Um die Vorteile eines solchen Netzwerkes einmal genauer zu betrachten, sind im Folgenden die personellen und strukturellen Grundvoraussetzungen einer Ernährungstherapie am Beispiel eines Adipositas-Patienten im Sinne eines optimierten Qualitätsmanagements aufgezeigt:

⁶⁸ Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus fällt es besonders den Medizinern schwer, Kompetenz abzugeben und sich auf eine enge Zusammenarbeit mit Ernährungsberatern einzulassen. Dazu ein befreundeter Allgemeinmediziner : "Ich lass mir doch nicht einen Bereich wegnehmen, der mir unterm Strich noch Geld bringt!"

Die qualifizierte Behandlung und Betreuung von Personen mit Adipositas erfordert eine besondere fachliche Kompetenz der Ärzte und der nicht ärztlichen Kooperationspartner (Diplom-Oecotrophologen, Diätassistenten) sowie bestimmte strukturelle Voraussetzungen. Ein Behandlungsteam sollte wenigstens aus einem Arzt mit ernährungsmedizinischer Qualifikation sowie einer zertifizierten (nach DGE, VDOe oder QUETHEB) Ernährungsfachkraft bestehen. Auch die Bewegungstherapie muss integraler Bestandteil des Therapieprogramms sein.

Das Behandlungsteam sollte sich regelmäßig austauschen, um anstehende Probleme gemeinsam zu diskutieren und bei Bedarf Modifikationen an den eingesetzten Therapieprogrammen vorzunehmen. Ferner ist eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitglieder des Behandlungsteams obligatorisch. Nach Möglichkeit sollten lokale/ regionale Qualitätszirkel eingerichtet werden.

Aber nicht nur der interdisziplinäre Austausch ist ein entscheidendes Kriterium bei der Qualitätsverbesserung der Ernährungsberatung, auch die Netzbildung von Ernährungsberatungs-Fachkräften untereinander gewinnt zunehmend an Bedeutung. Der aktive Austausch fördert nicht nur den Informations- und Erfahrungsaustausch, sondern hilft dem Ernährungsberater auch bei der sozialen Integration. Ein gutes Beispiel ist auch das von Dr. Petra Ambrosius ins Leben gerufene Franchise-System für qualitätsorientierte Ernährungsberatung. Jeder Ernährungsberater profitiert von den (positiven wie negativen) Erfahrungen des anderen, etwa im Sinne des von Crosby publizierten „Null-Fehler-Programms“.

1. Personelle Voraussetzung:

A. obligatorisch

a) Arzt

Der Arzt soll eine ausreichende klinische Erfahrung haben (z.B. Weiterbildung zu Allgemeinarzt, Internist) und darüber hinaus als wesentliches Qualitätsmerkmal eine ernährungsmedizinische Zusatzausbildung auf der Basis des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer vorweisen. Als solches können die Fachkunde Ernährungsmedizin bzw. die Qualifikation Ernährungsmediziner/in DAEM/DGEM anerkannt werden.

b) Ernährungsfachkraft:

Es sollte sich dabei entweder um einen Oecotrophologen oder Diätassistenten mit praktischer

Erfahrung in der Betreuung von adipösen Personen handeln. Diese Ernährungsberater/innen sollten entweder das Curriculum Ernährungsberatung der DGE durchlaufen haben (ErnährungsberaterIn DGE) oder eine Zertifizierung nach den QUETHEB-Richtlinien nachweisen können. Wünschenswert sind außerdem Zusatzqualifikationen wie z. B. Gruppenleiter-Kurs am IFT.

B. fakultativ

a) Psychologe

Psychologischer Sachverstand ist erwünscht. Verhaltenstherapeutische Techniken können bei Fehlen eines Psychologen auch durch Ernährungsfachkräfte mit zusätzlicher Qualifikation z. B. im Rahmen von Gruppensitzungen eingesetzt werden.

b) Physiotherapeut

Die Beteiligung eines Physiotherapeuten ist wünschenswert. Alternativ kann sportmedizinische Kompetenz durch eine sportmedizinische Zusatzqualifikation des Arztes sichergestellt werden. Es sollte außerdem eine Zusammenarbeit mit lokalen Sporteinrichtungen (z. B. Fitness-Studios, Schwimmbädern, Sportvereinen) angestrebt werden, in denen eine Mitbetreuung durch Physiotherapeuten oder Betreuer mit anderen sportmedizinischen Qualifikationen möglich ist..

(„Der Ernährungsmediziner“, Ausgabe 05/2000)

Eine dementsprechende Netzwerkbildung sollte für bestimmte bzw. besonders schwerwiegende ernährungsabhängige Erkrankungen konkretisiert und in einer Normenforderung festgehalten werden.

Diese könnte wie folgt formuliert werden:

Normenforderung Netzwerkbildung zwischen

1. Ernährungsberater
2. Arzt

ggf.

3. Psychologe/Psychotherapeut
4. Physiotherapeuten/qualifizierte Trainer (Ausbildung ebenfalls zertifiziert nach den gängigen Qualitätsrichtlinien)

Bei folgenden Erkrankungen:

- Diabetes
- Adipositas (ab BMI 30)
- weitere Erkrankungen sind festzulegen

Neben der generellen Forderung nach Netzwerken ist es ratsam, auch die entsprechenden Kommunikationswege in eine Standardisierung mit einzubeziehen. Nur so ist der Kommunikationsfluss gewährleistet.

7.1.2.4. „Ausgewogenes Verhältnis zwischen komplementären, ambulanten und stationäreren Beratungsangeboten“

Wird die Ernährungsberatung bzw. -therapie auf ein Verfahren zur Krankenbehandlung eingeschränkt, stellt sich die Frage nach dem Bedarf und mit welchem Versorgungsangebot dieser zu decken ist. Jedoch nicht jedes ernährungsabhängige Problem stellt eine Erkrankung dar, die therapiert werden muss. In vielen Fällen reicht eine Information oder ein einmaliges Beratungsgespräch aus. In anderen Fällen ist eine Ernährungstherapie über mehrere Beratungseinheiten unvermeidbar. Einige, durch Ernährungstherapie zu begleitende Erkrankungen, bedürfen indes eines stationären Aufenthaltes in einer Klinik. Die Kostenträger, speziell die Krankenkassen, benötigen deshalb zur Systemsteuerung Strukturdaten der niedergelassenen Ernährungsberater, Ernährungstherapeuten sowie der stationären Kapazitäten der Ernährungsberatung. Hierbei kann es sich nur um eine bereichsübergreifende Betrachtungsweise der Versorgung mit Ernährungsfachleuten handeln. Zudem müssen die Grundfragen in Bezug auf den tatsächlichen Bedarf und die Bedarfsdeckung durch ein Zusammenwirken von komplementären, ambulanten und stationären Beratungsangeboten geklärt werden. Dieser Punkt sollte aber in jedem Fall in die Grundgedanken des Qualitätsmanagements für die Institution Ernährungsberatung einfließen, zumal er entscheidenden Einfluss auf die Einigung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern haben kann.

7.1.2.5. „Definition geeigneter Beratungsmethoden“

Die Definition der geeigneten Beratungsmethode beinhaltet nicht die Kriterien der Prozessqualität, sondern beschäftigt sich mit der Auswahl der geeigneten Beratungsmethode.

Mögliche Kriterien zur Bewertung der geeigneten Beratungsmethode sind u.a. die Entscheidung zur Einzel- oder Gruppenberatung (auch unter zeitlichen und kostenrelevanten Gesichtspunkten sowie der Analyse des Problems und der Fragestellungen) sowie die Überprüfung der Methode, inwiefern eine erfolgreiche Anwendung, bei Kranken bzw. Ernährungstherapiebedürftigen in der ambulanten Ernährungsberatung über mindestens 10 Jahre, durch eine wissenschaftliche Überprüfung der Methodik gewährleistet ist.

Ein weiteres Kriterium ist eine ausreichende Anlehnung bzw. Abgrenzung der Beratungsmethodik von bewährten bzw. unzureichenden Methoden, was zu einer Verbesserung oder Erweiterung der Versorgung führt.

Auch der Nachweis von Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der Methodik von Beratung sowie die Möglichkeit zur Evaluation kann als Kriterium bei der Auswahl der geeigneten Beratungsmethode herangezogen werden. Zuletzt stellt sich die Frage, ob die Zufriedenheit des Ratsuchenden gegeben und die Effizienz der Beratung gewährleistet ist.

7.1.2.6. „Ausschluss ungeeigneter Beratungsmethoden“

Neben der klaren Definition der geeigneten Methoden muss aber auch gewährleistet sein, dass ungeeignete Methoden nicht zum Einsatz kommen. Diese Thematik wurde bisher noch nicht eingehender behandelt, da sich die Literatur mit der Definition und Struktur der geeigneten Methoden beschäftigt. Für die Erarbeitung eines umfassenden und einsatzfähigen Qualitätsmanagements ist es jedoch unerlässlich, Methoden auszuschließen, die den Erfolg der Beratung, auch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte, negativ beeinflussen können. Daher empfiehlt es sich, auch hier klare Vorgaben zu machen.

Die Definition ungeeigneter Methoden könnte z. B. beinhalten:

- Als ungeeignet erweisen sich Methoden, die in einem festzulegenden Zeitraum nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben.

- Ungeeignet sind auch Methoden, welche die Zufriedenheit der Patienten negativ beeinträchtigen können.
- Methoden, die den zeitlichen Rahmen sprengen und daher unwirtschaftlich sind, sollten ausgeschlossen werden.
- Methoden, die sich nicht an den persönlichen Bedürfnissen des Ratsuchenden orientieren, sind ebenfalls auszuschließen.
- Ebenfalls auszuschließen sind Methoden, die nicht den Fähigkeiten des Beraters entsprechen.
- Es ist keine Evaluation des Beratungsprozesse möglich.
- Die Effizienz der Beratung ist nicht gewährleistet.

<u>Kriterien geeigneter Methoden</u>	<u>Kriterien ungeeigneter Methoden</u>
erfolgreich seit mind. 10 Jahren	kein Beratungserfolg
wissenschaftl. Überprüfung	keinerlei wiss. Betreuung
Abgrenzung und Definition von bewährten bzw. unzureichenden Methoden	keine Abgrenzung zu unzureichenden Methoden
Weiterbildungsmaßnahmen nachgewiesen	mangelnde Kompetenz des Beraters
Evaluation	keine Evaluation möglich
Ratsuchender zufrieden	Ratsuchender unzufrieden
Beratung ist effizient	Beratung ist uneffizient

Tabelle 2: Eigene Zusammenstellung: Kriterien geeigneter bzw. ungeeigneter Beratungsmethoden

7.1.2.7. „Räumlichkeiten“

In vielen Fällen entscheidet der erste Eindruck darüber, ob ein Kunde eine Leistung in Anspruch nehmen möchte oder nicht (EVERSHEIM, 2000). Dies trifft z. B. beim Betreten einer Bank, eines Friseursalons, einer Anwaltskanzlei ebenso zu wie beim Betreten einer Arztpraxis bzw. Ernährungsberatungspraxis. In ihrem Handbuch zur Prozessqualität in der Ernährungsberatung und –therapie fordert QUETHEB *„zu einer ungestörten professionellen Beratungsatmosphäre gehört zumindest ein zweckmäßig eingerichteter, aufgeräumter Raum. Ein sepa-*

rates Beratungszimmer mit guter Beleuchtung, ausreichender Bestuhlung, einem Tisch/Schreibtisch,...“ (QUETHEB, 1999, S. 10).

Auch Günther (1996) fordert in den von ihr aufgestellten Leitlinien für die Gruppenberatung einen Kursraum mit ausreichender Beleuchtung und Belüftung sowie der notwendigen Ausstattung. Weiterhin führt sie die Notwendigkeit von sanitären Anlagen sowie eine gute Erreichbarkeit und das Vorhandensein von Parkplätzen auf. Auch ein weiterer Überblick über die einschlägige Literatur (z. B. LAIREITER/VOGEL, 1998; MENNE, 1998; REIMER/SCHÜLLER & STRÖHM, 1998) bietet keine neuen Aspekte, so dass als Grundlage zur Erarbeitung von Standards für die räumlichen Voraussetzungen der Ernährungsberatung folgende Punkte festgehalten werden können:

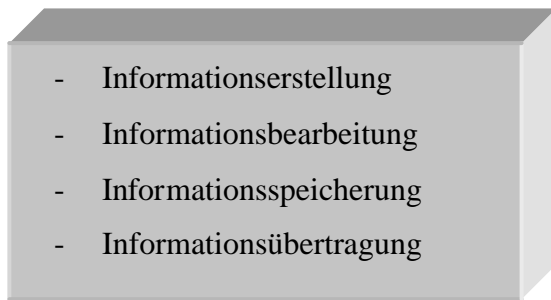
Einzel- und Gruppenberatung
- Größe der Räumlichkeiten
- Licht- und Luftzufuhr
- baulicher Zustand
- optischer Eindruck/Sauberkeit
- Zugangsmöglichkeiten
- Erreichbarkeit
- Parkmöglichkeiten
- sanitäre Anlagen

Tabelle 3: Eigene Zusammenstellung: Kriterien für die Bewertung der räumlichen Gegebenheiten einer Einrichtung für die Ernährungsberatung

7.1.2.8. „Ausstattung“

Zur Erfüllung der Aufgaben eines „Büros“ bzw. einer Praxis ist die sachgerechte Verarbeitung und Speicherung von Informationen notwendig (NIPPA, 1988). Grochla (1971) kennzeichnet dementsprechend das Büro als Zentrum der Informationsverarbeitung.

Informationsverarbeitung umfasst folgende Phasen:



Um Informationen sachgerecht verarbeiten zu können, ist ein Mindestmaß an Informations- und Kommunikationstechnik notwendig. Ein weiterer wesentlicher Aspekt bei der Beurteilung des technischen Entwicklungsstandes ist die Möglichkeit der Vernetzung. Dies setzt jedoch die Schaffung einer Netz-Infrastruktur und die Kompatibilität sowie Standardisierung der Schnittstellen voraus. Vor allem die notwendige Standardisierung der Kommunikations-, aber auch Verarbeitungs- oder Speicherfunktionen, stellt insbesondere für kleinere Praxen ein technisches Problem dar (NIPPA, 1988).

Es erscheint zunächst sinnvoll, die speziellen Bedürfnisse der Institution Ernährungsberatung bez. der Büroausstattung zu analysieren.

Die Ernährungsberatung an sich lässt sich zunächst in zwei Teilbereiche gliedern:

1. Beratungsablauf und Beratungsprozess
2. Die notwendigen Bürotätigkeiten (Datenerfassung, Pläne erstellen, Briefkontakte etc.)

Betrachtet man die für eine Beratungspraxis notwendigen Bürotätigkeiten, wird ersichtlich, dass es weniger auf die Art des Arbeitsvollzuges als vielmehr auf die Zwecksetzung der Tätigkeiten ankommt. Um mögliche Standards für die bürotechnische Ausstattung der Ernährungsberatung festlegen zu können, muss eine Charakterisierung der typischerweise zu erfüllenden Aufgaben zugrunde gelegt werden (KOSIOL, 1961 in NIPPA, 1988).

Typische Tätigkeiten der Ernährungsberatung:

- Anamnese = Informationserfassung
- Auswertungen, Analysen, Planerstellung = Informationsverarbeitung
- Informationsspeicherung

- Materialerstellung (z. B. Folien, Broschüren etc.) = Informationserstellung
- Berichterstattungen (z.B. Arztbriefe, Mitteilungen an Krankenkassen etc.) = Informationsübertragung
- Rechnungserstellung/Mahnverfahren
- Evaluationsmaßnahmen
- Werbung/PR

Schon jetzt wird ersichtlich, dass die Durchführung einer professionellen Ernährungsberatung einer anderen Ausstattung bedarf als z. B. eine psychologische oder rechtliche Beratung. Es gibt jedoch auch Punkte, die übereinstimmend bei allen Beratungsleistungen gefordert werden. Dies trifft im Besonderen für die technisch-materielle Ausstattung zu. Auch hier geben QUETHEB (1999) und Laireiter/Vogel (1998) sowie Reimer, Schüller & Ströhm (1998) Empfehlungen ab, die in vielen Punkten übereinstimmen.

Daraus resultierend seien im Folgenden die Punkte aufgezählt, die bei der Erstellung von Standards für die räumlich-technische Ausstattung einer Ernährungsberatungspraxis angewendet werden sollen:

Einzel- und Gruppenberatung⁷¹:

- Mobiliar/Büroausstattung
- technische Ausstattung (z. B. PC, Telefon, Fax, Overhead etc.)
- fachliche Ausstattung (z. B. Maßband, Waage, Lebensmittelattrappen etc.)
- Bürobedarf (z. B. Aktenordner, Umschläge, Papier, Folien etc.)
- Organisationsmittel (z. B. Ablagen, Kalender, Karteikarten)

Falls eine Lehrküche vorhanden:

- küchentechnische Ausstattung

Zur Steigerung der Flexibilität:

- Firmen-PKW

Tabelle 4: Mögliche Aspekte bei der Aufstellung von Standards für die technische und materielle Ausstattung der Ernährungsberatung:

Eine besondere Bedeutung misst Ambrosius (1993, S. 49) der eingesetzten PC-Software zu: „Eine Untersuchung der verschiedenen Ernährungssoftware führt zu dem Ergebnis, dass für die einzelnen Ernährungsprogramme neben zahlreichen Gemeinsamkeiten auch erhebliche Unterschiede im Leistungsprofil (...) festgestellt wurden“.

Es ist somit von großer Bedeutung, eine Software einzusetzen, die den gestellten Anforderungen entspricht.

Folgende Kriterien müssen dabei berücksichtigt werden:

- Nährwerttabellen
- Richtwertangaben
- Ernährungserhebung (z. B. Verzehrlisten)
- Fragebogen
- Nährwertberechnungen (Einzel-, Tages- und Langzeitbilanzen)
- Grenzwerttabellen

⁷¹ Eine genauere Unterscheidung in Einzel-, bzw. Gruppenberatung erfolgt erst bei der Konkretisierung der einzelnen Standards

- Austausch Tabellen
- Auswahl der Inhaltsstoffe
- Rezeptdatenbank incl. Berechnung
- Menüdatenbank incl. Berechnung
- Patientendatenbank/Patientenverwaltung
- Chipkartenlesefunktion

7.1.3. Prozessqualität – wie berate ich

Um ein hochwertiges Produkt herstellen zu können, müssen die Verfahren und Arbeitsschritte optimal gestaltet werden (vgl. auch REINHARD, LINDEMANN, HEINZL, 1996). Im Bereich der Ernährungsberatung existieren bereits unterschiedliche Curricula der verschiedenen Landesorganisationen (DGE, VDOe, DGEM, DAEM), die sich mit der genauen Definition und Strukturierung der bei einer Beratung ablaufenden Prozesse beschäftigen. Module aus dem Bereich Methodik und Didaktik in der Ernährungsberatung sind z. B. Kernkompetenzen der klientenzentrierten Gesprächsführung, Transaktionsanalyse im Beratungsgespräch sowie allgemeine Richtlinien der Moderation und Gesprächsführung. Um einen wirtschaftlichen Erfolg zu erzielen, darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass Fortbildungs-Module zur Buch- und Betriebsführung sowie zu steuerlichen und rechtlichen Aspekten ebenso für die Existenzsicherung notwendig sind wie Evaluation und Dokumentation. Pfeifer bringt dies auf einen einfachen Nenner: *„Dauerhafter Erfolg wird sich nur dann einstellen, wenn einerseits (Geschäfts-)Prozesse adäquat (re-) strukturiert, robust gestaltet und transparent, z. B. auf der Basis von Vorgehensanweisungen, dokumentiert sind und wenn andererseits der stete Verbesserungsprozess von Mitarbeitern vor Ort initiiert und eigenverantwortlich, z. B. im Team, umgesetzt wird.“* (1996, S. 21).

Spricht man von einer Prozessorientierung heißt dies, alles tun um das Ziel der effektiven aber nicht kostenintensiven Ernährungsberatung zu erreichen. Von entscheidender Bedeutung ist es dabei, den Prozess zu

- analysieren
- beschreiben
- kontrollieren und zu
- optimieren.

Dabei werden ihm eigene Eigenschaften und Parameter zugeordnet.

Juran, ein amerikanischer Qualitätswissenschaftler und visionärer Vordenker der 50er Jahre, vertritt die Auffassung:

„Wer die Prozesse in einem Unternehmen nicht beherrscht, beherrscht gar nichts im Unternehmen.“ (vgl. auch KAMISKE/BRAUER, 1999, S. 52)

Um Aspekte der Prozessqualität genauer definieren zu können, macht es Sinn, zunächst die typischen Prozesseigenschaften genauer zu charakterisieren.

Demnach ist ein Prozess

- ein systematischer Ablauf von Aktivitäten zur Verwirklichung eines oder mehrerer Ziele;
- ein Ablauf, der sowohl die Akteure als auch die betrieblichen Hilfsmittel mit einbezieht;
- ein Vorgang, der einer gewissen Streuung unterliegt;
- eine Verkettung prozesstypischer Vorgehensweisen.

Zudem muss ein Prozess für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sein (EVERSHEIM, 1997). Auch darf er nicht durch organisatorische Grenzen unterbrochen werden (STROTMANN, 1998).

Nachdem der Prozess definiert ist, müssen nun die einzelnen Prozessschritte beschrieben werden. Dabei richtet man sich bei der ersten Definition an dem momentanen IST-Zustand aus, d.h. die Prozesse werden in der Regel zunächst so beschrieben, wie sie in der Praxis tatsächlich ablaufen.

Zunächst soll versucht werden, allgemein gültige Prozesse einer Beratung zu definieren:

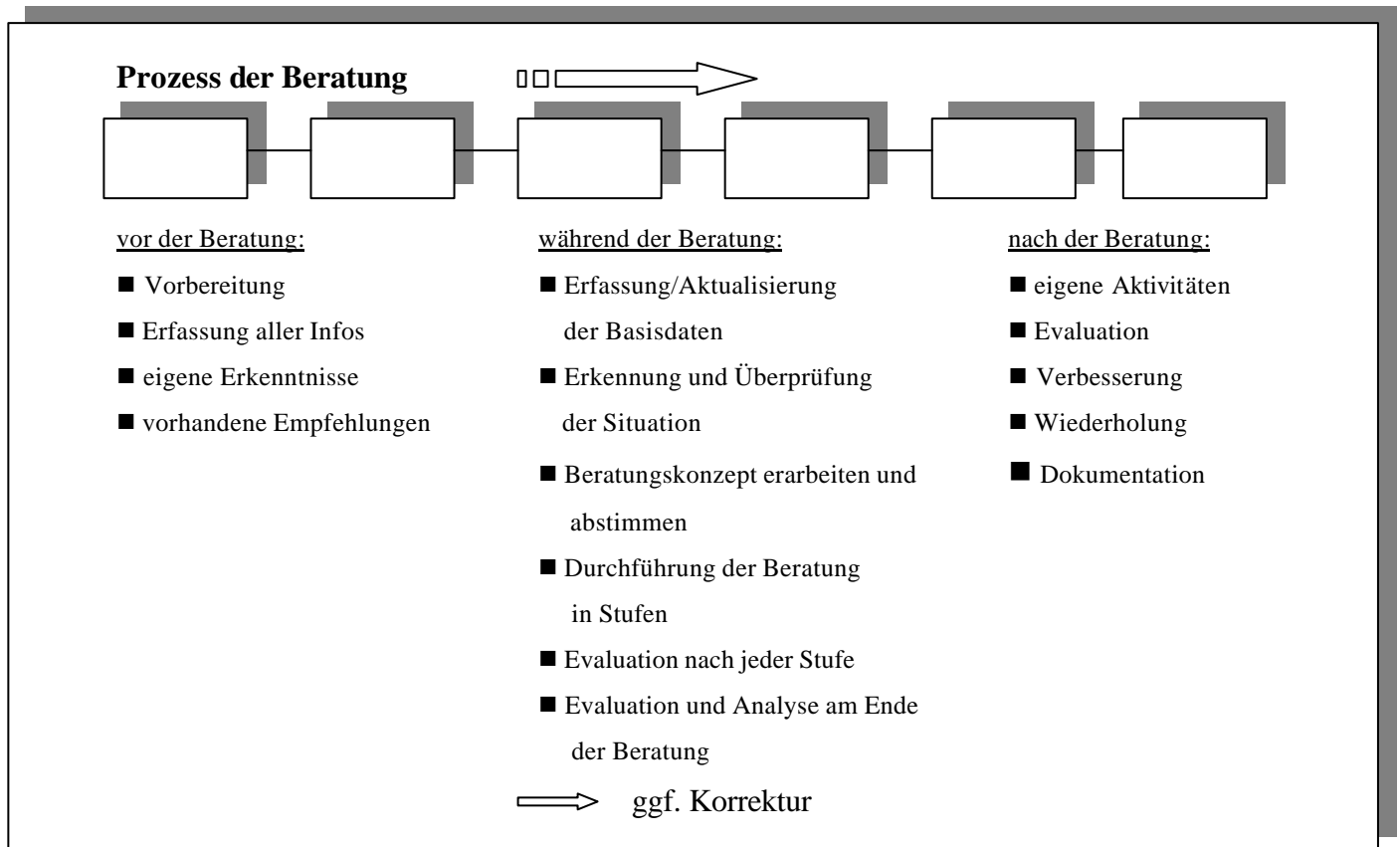


Abb. 10: Definition von Prozessen für die Beratung (eigene Darstellung, modifiziert nach STROTMANN, 1998)

Vor einer Beratung werden die einzelnen Prozessschritte definiert und beschrieben. Damit die Beratung effizienter und effektiver wird, bietet sich die Erstellung von sog. „Checklisten“ an. Diese Checklisten beinhalten Punkte, die bereits vor dem Beginn des eigentlichen Beratungsprozesses abgearbeitet werden sollten. Geschieht die Beratung z. B. in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Hausarzt, sollten dessen Empfehlungen und Vorgaben berücksichtigt werden.

Der eigentliche Beratungsprozess setzt sich aus einer Vielzahl kleiner Einzelprozesse, wie z. B. die Erfassung der Patientendaten, Aktualisierung der Basisdaten, Situationsanalyse, Klärung des Beratungsbedarfs, Anwendung der Beratungsmethodik etc., zusammen.

Entscheidend ist, die Anforderungen und Wünsche der Kunden/Patienten konkret zu bearbeiten, bzw. zu erfüllen. Da während des Beratungsprozesses der direkte Kontakt mit der ratsuchenden Person zustande kommt, ist eine genauere Betrachtung des eigentlichen Beratungsprozesses durchaus sinnvoll. *Nach der Beratung* steht die Überprüfung des Erreichten sowie

die Erfassung der Meinung der beratenden Person im Vordergrund. Auch eine Analyse des Verlaufs mit anschließenden Korrektur- bzw. Vorbeugemaßnahmen komplettieren den gesamten Beratungsprozess.

Eine Gesamtbetrachtung des Beratungsprozesses (s. Abb. 11) macht deutlich, dass sich alle Parameter in einem empfindlichen Gleichgewicht befinden und direkt voneinander abhängig sind.

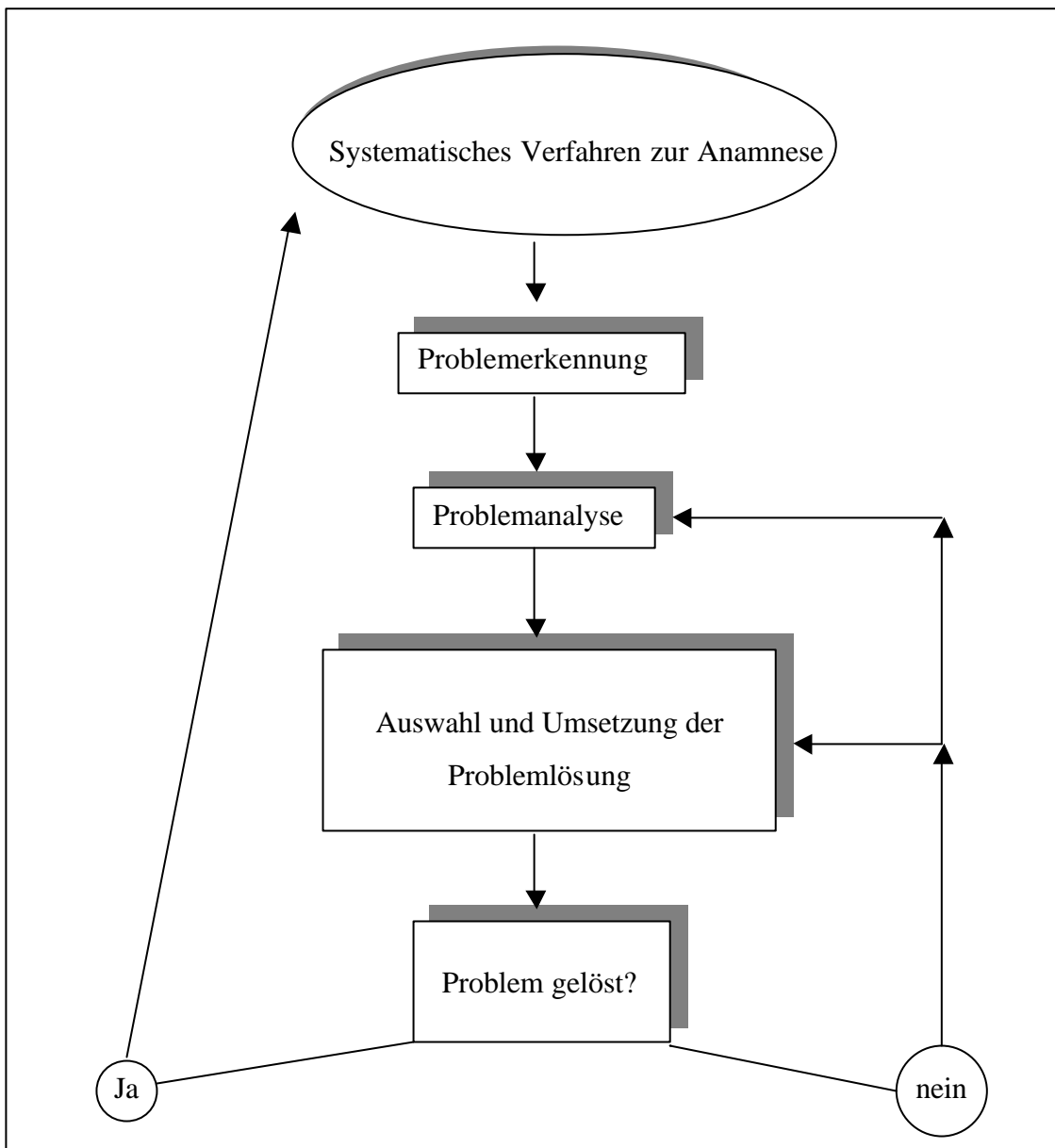


Abb. 11: Gesamtbetrachtung des Beratungsprozesses (modifiziert nach VIETHEN, 1994)

Prozessstandards für die allgemeine Beratung sind u. a. im Bereich der pädagogischen und psychologischen Beratung zu finden und werden in dieser Arbeit auf eine mögliche Übertragung hin zur Ernährungsberatung überprüft. So existieren z.B. für das Feld der Erziehungsbe-

ratung „Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen“ aus dem Jahr 1973 (MENNE, 1998). Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat die aktuellen Diskussionen aufnehmend auf die Qualitätsmerkmale noch einmal formuliert und ergänzt (1996). Für die Prozessqualität wurden folgende Faktoren von Interaktionen mit dem Ratsuchenden, vom ersten telefonischen Kontakt über Beratungsgespräche und Therapie bis hin zur Nachbefragung, festgelegt.

Daraus ergeben sich folgende Voraussetzungen für Beratung und Therapie:

allgemein:

- Vertrauensschutz
- fachliche Unabhängigkeit

Beratungsprozess:

- therapeutisch anerkannte Verfahren
- multidisziplinäres Fachteam
- interne Hilfeplanung

Personalentwicklung:

- Fort- und Weiterbildung
- Supervision

Eine Übertragung dieser Kriterien auf die Ernährungsberatung erscheint in Anbetracht der Allgemeingültigkeit als durchaus realisierbar, zumal keiner der o.g. Punkte einen Ausschließlichkeitsanspruch auf die Erziehungsberatung erhebt.

Anforderungen an den Beratungsprozess der Ernährungsberatung

Die Basis- und Verlaufsdokumentationen stellen an sich noch keine Verbesserung der Qualität dar. Hierbei handelt es sich vielmehr um die Instrumente zur Herstellung von Transparenz. Erst der systematische Einsatz einer Auswahl entsprechend wissenschaftlich fundierter Methoden macht eine Evaluierung und damit Messung der Qualität möglich (LAIRAITER/VOGEL, 1998). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass bei der Auswahl dieser Methoden die Ressourcen des Ratsuchenden sowie dessen Bildung und intellektuelle Fähigkeiten, die Motivation und Einsicht eine große Rolle spielen.

Angelehnt an die ersten „Empfehlungen zur Standardisierung“ von Fydrich (1996) und den Ausarbeitungen von QUETHEB (1999) sowie dem „Fünf-Punkte-Programm zur Qualitätssi-

cherung“ des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) wird im Folgenden der Versuch eines Maßnahmenkataloges von Aspekten zur Sicherung der Prozessqualität in der Ernährungsberatung erstellt.

Aspekte der Prozessqualität von Ernährungsberatung

- Erläuterung des Beratungskonzeptes
 - Steigerung der Transparenz
 - bessere Mitarbeit durch den Ratsuchenden
- gemeinsames Erarbeiten der Beratungspläne
 - Ziele festlegen
 - Dauer und Kosten der Beratung besprechen
 - sonstige Anleitungen (z. B. zum Führen eines Ernährungsprotokolles)
- regelmäßige Effektivitätskontrollen der eingeleiteten Maßnahmen (= Monitoring)
 - Wirksamkeit wird überprüft
 - ggf. Änderung des Beratungsplanes
- Erstellung von Basis- und Verlaufsdocumentationen
- Besprechen der (Zwischen-)Ergebnisse im Netzwerk
 - Qualitätsscreening
- Erfahrungsaustausch/Berichterstattung mit Kollegen, Ärzten, Therapeuten etc.
 - Nutzung der Netzwerke/Kommunikationswege
- abschließende Arbeiten
 - Rechnungsstellung
 - Mahnverfahren
 - Evaluation
 - Remind/Patientenerinnerungen
 - Terminabsprachen

Damit die zielorientierten Prozessabläufe der Ernährungsberatung im Sinne eines Qualitätsmanagements standardisiert werden können, erscheint der Einsatz von einheitlichen Hilfsmitteln wie z. B. Formularbogen sinnvoll. Diese führen auch zu einer guten Vergleichbarkeit und dienen auch der Ergebniserfassung und der Evaluation.

Fasst man diese Aspekte zusammen, wird deutlich, dass der Prozess der Ernährungsberatung so auf den/die Ratsuchenden zugeschnitten sein muss, dass er

1. optimale Lernmöglichkeiten zur Veränderung seines Problemverhaltens bekommt,
2. durch möglichst wenig Probleme auf „Nebenschauplätzen“ abgelenkt wird,
3. optimal motiviert ist, um aktiv mitzuarbeiten,
4. bereit bzw. einsichtig ist, die gebotene Leistung entsprechend zu honorieren.

7.1.4. Ergebnisqualität – was soll dabei herauskommen

Von vielen wird dieser Aspekt als der entscheidende Bestandteil der Qualitätssicherung angesehen. Er wird, gerade im Bereich von Beratungsleistungen, jedoch häufig vernachlässigt, da er mess- und forschungsmethodisch die größten Probleme in sich birgt (SCHULTE, 1993).

Relativ gut messbar sind die betriebswirtschaftlich untermauerten Ergebnisse (intermediäres Ergebnis), welche sich zusammensetzen aus:

- Anzahl der Beratungstermine
- durchschnittliche Dauer der Beratungsgespräche
- Einsatz von Verbrauchsmaterialien
- Personalkosten anteilig
- Mieten, Reinigungskräfte, Strom, Wasser, Telefon etc.
- Kosten für Versicherungen etc.

Diese ergeben dann die Gesamtkosten der Beratung.

Dies untermauert auch Ambrosius (1993), indem sie als Messgrößen für die Beratung die Art der erstellten Beratungsform, die Anzahl der erstellten Beratungsformen, die Kosten der erstellten Beratungsformen sowie den Arbeitszeitaufwand benennt. Betrachtet man den Vorgang der Ernährungsberatung unter rein wirtschaftlichen Aspekten, lassen sich relativ genaue Zahlenwerte zur Berechnung des wirtschaftlichen Ergebnisses heranziehen.

Ein Beispiel:

In einer Ernährungsberatungspraxis werden im Monat 120 Patienten (dieses entspricht z. B. einer 90%igen Auslastung) mit einer durchschnittlichen Beratungsdauer von 60 Minuten beraten.

Der Gesamtumsatz entspricht für diesen Monat 5.400,- Euro (= 45,- Euro pro Beratungseinheit).

Davon werden abgezogen:

- 250 Euro Gesamtsumme Verbrauchsmaterialien
 - 1.800 Euro Personalkosten
 - 600 Euro Mieten, Strom, Wasser etc.
 - 150 Euro Versicherungen
-

= 2.800 Euro Gesamtkosten (→ bei 120 Patienten ca. 24 Euro Kosten pro Klient)

= Gewinn der Praxis pro Monat: 2.600 Euro

→ Gewinn pro Klient bei 120 Patienten: 21 Euro

→ Gewinn pro Klient bei 100 Patienten: 17 Euro

→ Gewinn pro Klient bei unter 60 Patienten : 0 Euro

(evtl. geringere Kosten an Verbrauchsmaterialien, Strom, Telefon, etc. sind nicht berechnet)

(Quelle: eigene Erhebung)

Betrachtet man ausschließlich die wirtschaftlichen Ergebnisse, wird deutlich, dass sich Aussagen über die Qualität der Dienstleistung nur schwer erfassen lassen. Dieses intermediäre Ergebnis gibt nur in zweiter Linie Auskunft über die qualitativen Fähigkeiten des Beraters, und zwar unter der Annahme, dass je zufriedener die Kunden sind, desto häufiger die Praxis frequentiert wird und desto besser dementsprechend das Gesamtergebnis ist.

Hierbei handelt es sich allerdings um eine reine Annahme, denn Gründe für einen geringen Publikumsverkehr können u. a. eine hohe Dichte an Ernährungsberatern in einer Region, eine noch nicht etablierte Einrichtung oder äußere Faktoren wie z. B. Ferienzeit sein. Diese Gründe können dazu führen, dass der Umsatz einer Einrichtung trotz einer guten Struktur- und Prozessqualität gering ist. Zieht man nun dieses (wirtschaftliche) Ergebnis zur Messung der Ergebnisqualität heran, lässt sich keine wirkliche Aussage im Sinne des Qualitätsmanagements treffen. Eine weiterreichende Betrachtungsweise wird also erforderlich. Wesentlich sinnvoller erscheint es, die Parameter

- Veränderung des Ernährungsverhaltens
- Verbesserung/Beseitigung des ernährungsabhängigen Problems
- individuelle Zufriedenheit des Patienten

bei der Bemessung der Ergebnisqualität in Betracht zu ziehen.

Wie bereits erwähnt, ist die Messung dieser Parameter um ein vielfaches schwieriger, da es

sich hier um teilweise individuell erlebbare und damit nur rein subjektiv einschätzbare Faktoren handelt. Einen möglichen Aufschluss über den Erreichungsgrad der Ziele könnten z. B. Laborwerte liefern. Dabei ist aber immer zu berücksichtigen, dass nicht eindeutig geklärt werden kann, ob die Änderung der Werte tatsächlich auf die vom Ernährungsberater vorgeschlagenen Verhaltensänderungen zurückzuführen ist. Auch Ambrosius (1993) merkt an, dass die Dimension „Ergebnis“ eher kritisch zu betrachten ist. So wird z. B. die rein präventive Ernährungsberatung, die ausschließlich die Bestätigung einer gesunden Lebensweise zur Folge hat, nicht berücksichtigt.

Sinnvoll erscheint daher, vor allem im Hinblick auf Total Quality Management, den Faktor der individuellen Kundenzufriedenheit bei der Bemessung der Ergebnisqualität ganz oben an zu stellen. Vor allem im Hinblick darauf, dass sich Zufriedenheit beim Ratsuchenden nicht nur dann einstellt, wenn er mit den Beratungsräumlichkeiten, der Atmosphäre und dem Beratungsprozess einverstanden ist, sondern auch, wenn er die gemeinsam festgelegten Ziele wie Gewichtsreduktion, Verbesserung der klinischen Befunde oder eine Steigerung der Lebensqualität erreicht hat.

Der Punkt „Kundenzufriedenheit“ schließt demnach häufig auch die erreichten Ziele und damit die zum Teil messbaren Ergebnisse mit ein.

Daher ist die Berücksichtigung dieses Parameters bei der Festlegung der für die Ernährungsberatung in Frage kommenden Faktoren zur Qualitätssicherung gesondert hervorzuheben.

Eversheim (2000) unterteilt diesen Aspekt der Qualitätsbewertung aus Kundensicht in zwei Teilbereiche:

1. Das kurzfristige Qualitätserleben
 - umfasst das emotionale Erleben, die Stimmung
 - bestimmt die verstandesgemäße Bewertung, die kurzfristige Zufriedenheit
2. Die langfristige Qualitätsbewertung
 - umfasst das Bewerten von Erlebnissen
 - bestimmt die Einstellung, Merkmalsbewertung

Eine Vernetzung dieser Punkte führt dann zu einem Globalurteil, welches ausschlaggebend für die Kundenzufriedenheit ist.

Die Qualität einer Beratung kann letztlich nur durch interne Maßnahmen, also freiwillige Selbstkontrolle, verbessert werden. Externe Qualitätsmessungen, z. B. durch einen Gutachter,

sind zwar in zweiter Linie auch denkbar, müssen jedoch sorgsam mit den internen Bemühungen zur Qualitätssicherung abgestimmt werden. Selbmann (1995, S. 4) geht sogar so weit zu sagen: „*durch Qualitätskontrollen alleine ist (...) noch nie Qualität verbessert worden*“.

7.1.4.1. Effektivität und Effizienz – Erläuterungen und Notwendigkeit für die Qualitätssicherung

Die Begriffe *Effektivität* und *Effizienz* tauchen im Zusammenhang mit Evaluation und Qualitätssicherung in der Literatur, z.T. in eigenen Kapiteln, immer wieder auf (AMBROSIUS, 1993; GÜNTHER, 1997; LAIREITER/VOGEL, 1998; MERBECKS, 1997 u. a.).

Es empfiehlt sich an dieser Stelle beide Begriffe zunächst von ihrer Bedeutung her zu erläutern, da es aufgrund ihrer Wortverwandtheit immer wieder zu Verwechslungen kommt.

Der Begriff *Effektivität* leitet sich von Effekt (lat.) ab, was wiederum Wirkung bzw. Leistung bedeutet. Die *Effektivität* misst demnach den Zielerreichungsgrad einer im Vorfeld festgelegten Vereinbarung (ANGER, 1992, S. 201).

Die *Effizienz* beschreibt eher die Wirksamkeit bzw. das Verhältnis der eingesetzten Mittel zum erreichten Ziel (MERBECKS, 1997, S. 21).

Daher lässt sich der Begriff *Effektivität* eher der *Effizienz* unterordnen, denn *Effizienz* bedeutet auf den Punkt gebracht *Effektivität* unter Berücksichtigung der Kosten und kann somit auch als Maß der Wirtschaftlichkeit verwendet werden.

Die Messung der *Effizienz* bezeichnet man als **Effizienzanalyse** (MERBECKS, 1997), also eine Studie, die versucht Vor- und Nachteile geplanter bzw. getroffener Entscheidungen zu analysieren.

Dabei eignen sich als Bemessungsgrundlage nicht ausschließlich wirtschaftliche Parameter, teilweise entscheiden wir über den Grad an Effizienz auf Grundlage emotionaler Ergebnisse. Auch schwer messbare Parameter wie Zufriedenheit, Glück, Dankbarkeit etc. können durchaus „effiziente“ Ergebnisse ausdrücken, immer unter Anbetracht der eingesetzten Mittel.

In dieser Arbeit wird häufig das Adjektiv/Adverb „effizient“ verwendet. In diesem Zusammenhang handelt es sich dabei um die Wirksamkeit von Ernährungsberatung, also die erreichten Ziele im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln.

Da Evaluation in der Literatur als auch Effizienzforschung und Wirkungskontrolle bezeichnet wird und die Notwendigkeit von Evaluation für ein professionelles Qualitätsmanagement bereits in Kapitel 6.3. erläutert wurde, erscheint eine genauere Betrachtung von Effizienzanalysen erforderlich (folgt in Kapitel 7.1.4.3.).

Doch warum sind Effizienzanalysen für die Ernährungsberatung überhaupt von so großer Bedeutung? Betrachtet man einmal die in den letzten Jahren rasant gestiegenen Gesundheitsausgaben, wird deutlich, dass es volkswirtschaftlich unerlässlich ist, gesundheitsfördernde Maßnahmen (zu denen auch die Ernährungsberatung zählt) im Sinne der Kostendämpfung einer genauen ökonomischen Prüfung zu unterziehen. Dies haben die Krankenkassen mit der Neuregelung des § 20 SGB bereits implementiert (vgl. auch Kapitel 6.2.1.).

Erweitert man die Effizienzanalysen jedoch um den rein betriebswirtschaftlichen Aspekt, wird deutlich, dass eine Notwendigkeit auch im Sinne einer Existenzsicherung für niedergelassene Ernährungsberater besteht.

7.1.4.2. Methoden zur Bemessung der Kundenzufriedenheit von Ernährungsberatung

Wie bereits erwähnt, stellt die Kundenzufriedenheit einen ganz entscheidenden Parameter bei der Bemessung der Ergebnisqualität dar. Bei der Erfassung des kurzfristigen Qualitätserlebens eignet sich am ehesten eine Kundenbefragung unmittelbar nach der Leistungserbringung. Das wirkliche emotionale Erleben kann dabei jedoch nur sehr schwer erfasst werden.

Im Laufe einer längerfristigen Ernährungsberatung hat ein Ratsuchender meist wiederholten Kontakt mit demselben Berater. Dies führt dazu, dass die Zusammentreffen nicht nur kurzfristig hinsichtlich der Qualität beurteilt werden, sondern auch eine Langzeitbewertung hinsichtlich der Qualität erfolgt. Eine langfristig stabile Meinung kann jedoch auch über ein kurzfristiges Erleben negativ beeinflusst, bzw. umgekehrt eine implizierte negative Meinung kann kurzfristig verbessert werden.

Zusammenfassend betrachtet gibt es keine Methode, die alle Eventualitäten berücksichtigt.

Vielmehr ist jeweils die am besten geeignete für die verschiedenen Fragestellungen auszuwählen, eine Kombination unterschiedlicher Verfahren ist durchaus sinnvoll (EVERSHEIM, 2000).

Ambrosius (1993) thematisiert in diesem Zusammenhang die qualitative Messung von Ernährungsberatung, indem sie dies u. a. mit dem Aspekt „Ergebnis von Ernährungsberatung“ erläutert. Dabei vereinfacht sie die Darstellung von Erfolg mit der Aussage: „... wird eine hohe Compliance und Klientenzufriedenheit im Zusammenhang mit objektiv zufriedenstellenden Ergebnissen erreicht, wird die Nachfrage nach Ernährungsberatung bestehen bleiben.“ (Ambrosius, 1993, S. 104).

Boland (1991, S. 95) hat für die Bemessung der Ergebnisse von Ernährungsberatung verschiedene Formeln entwickelt, die die qualitativen Aspekte einer professionellen Ernährungsberatung berücksichtigen.

Demnach ist der Erfolg des Beratungsgesprächs (E) eine Funktion des Fachwissens der Berater (F_B), seinem methodischen Können und der Informationsarbeit (MI_B) in Abhängigkeit der Problemwahrnehmung (W_R) und dem möglichem Handlungsfeld des Ratsuchenden (M_R), seinem Methodenkönnen der Beziehungsarbeit (MB_B) in Abhängigkeit vom Lösungsdruck (D_R) und der Akzeptanz des Ratsuchenden (A_R).

Daraus ergibt sich folgende Formel:

$$E = f(F_B, MI_B, (W_R M_R), MB_B (D_R A_R))$$

In Kapitel 6.3. wurden die Aspekte der Evaluationsforschung hinsichtlich der Zugehörigkeit zum Qualitätsmanagement erörtert. Es zeigte sich, dass eine Erfolgskontrolle bzw. Effizienzmessung durch Evaluierung gerade für Beratungsleistungen gut geeignet ist. Die Begründung liegt in der Immaterialität der Dienstleistungsproduktion. Vor allem der Beratungsprozess profitiert von den bei der Evaluierung gewonnenen Erkenntnissen.

Um ein einheitliches Bild im Sinne vom QM zu erhalten, empfiehlt es sich, standardisierte Fragebogen zur Ergebnisdokumentation einzusetzen.

Die eigentliche Effizienzmessung erfolgt dann anschließend über die Auswertung der Bogen und der Vergleichsanalyse mit den angestrebten Ergebniswerten. Dies kann sowohl in Geldeinheiten gemessen werden (= **Kosten-Nutzen-Analyse**) als auch in monetären **und** physischen Einheiten (= **Kosten-Wirksamkeits-Analyse**) sowie in rein physischen Einheiten (= **Nutzwertanalyse**) („Kostenwirksamkeitsanalysen im Gesundheitswesen“, Forschungsbericht 1998, Gesundheitsforschung 02/84, S. 35 ff).

Merbecks (1997) beschreibt die Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) als eine Methode, wirtschaft-

liche Vorteile bzw. einen sozialen Nutzen den volkswirtschaftlichen Kosten in Geldeinheiten gegenüberzustellen. Die KNA wird z. B. benutzt, wenn eine in Geldeinheiten ausgedrückte Messung der Kosten und des Nutzens eines Projektes angestrebt wird mit dem Ziel, dieses vergleichbar zu machen. Auf einen Nenner gebracht bedeutet dies: Sind die Kosten einer Leistung (auch Dienstleistung) höher als der volkswirtschaftliche Nutzen, der durch diese Leistung entstanden ist, ergibt sich ein negativer Netto-Nutzen. Die KNA findet jedoch nur dort Anwendung, wo die Faktorallokationen nicht über den Markt stattfinden, was jedoch bei der Ernährungsberatung der Fall ist.

Der KNA sind demnach Grenzen gesetzt, denn sie kann nur dort Verwendung finden, wo es gelingt, soziale Vorteile mit ökonomischen Größen zu messen.

Für die Ernährungsberatung empfiehlt sich aufgrund der Mehrdimensionalität der Ergebnisse eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

7.1.4.3. Effizienzmessungen von Beratungsleistungen : Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA) zeichnet sich durch eine Trennung der monetären Kosten und der physischen Wirksamkeit aus. Der indirekte Nutzen wird nicht in Geldeinheiten bewertet, statt dessen werden die Indikatoren einer Zielerreichung zugrunde gelegt, die sich nicht in Zahlen, sondern z. B. in einer Verbesserung des Gesundheitszustandes messen lassen (ADAM, 1990). Im praktischen Fall der Ernährungsberatung kann es sich hierbei z. B. um anthropometrische Messdaten wie Gewicht und Körperumfang, Laborparameter wie Blutfette und Cholesterin handeln. Diese nicht monetären Größen werden kalkulatorisch von den monetären Werten getrennt. Gerade hier zeigt sich der Vorteil für das Anwendungsfeld der Ernährungsberatung, denn die angestrebten gesundheitsförderlichen Ziele nähern sich den rein ökonomischen Gesichtspunkten an. Erforderlich für diese Art der Effizienzmessung ist jedoch eine vorherige Festlegung des zu erreichenden Zieles, z. B. eine festgelegte Gewichtsreduktion, eine Senkung des Cholesterinspiegels oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes allgemein, gemessen z. B. anhand bestimmter Laborwerte (MERBECKS, 1997).

Zu bedenken ist ebenfalls, dass die KWA eine Entscheidungshilfe, kein Entscheidungersatz ist und dass ihr Wert darin besteht, die ökonomischen Implikationen gesundheitsförderlicher Maßnahmen herauszuarbeiten, um eine erhöhte Transparenz bei der Mittelverwendung zu

erreichen.

Unter Berücksichtigung des zur Zeit in Deutschland massiv auftretenden Kostendrucks im Gesundheitswesen nimmt die Bedeutung der KWA stetig zu (ADAMS, 1990).

Die für eine KWA notwendigen Durchführungsschritte sind in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Merbecks (1997) hat die wichtigsten Punkte im Ablauf folgendermaßen zusammengefasst:

- Probleme definieren
- Ziel(e) konkretisieren
- Programmalternativen aufstellen
- Kosten von jeder Alternative definieren und messen
- Wirksamkeiten definieren und messen
 - o Wirksamkeitskriterien aufstellen
 - o Maße für die Wirksamkeit finden
- Diskontierung von Zukunftskosten
- Aufzeigen von Ungewissheiten
- Errechnen der Kosten-Wirksamkeit von jeder Alternative
- Interpretation der Ergebnisse (aus Sicht der Gesellschaft, des Individuums, der Institution, des Geldgebers etc.)
- Sensitivitätsprüfung
- Verbesserung der Methode anhand der Ergebnisse
- Übertragung der Ergebnisse der Analyse auf ihre Anwendung

(MERBECKS, 1997, S. 46)

Von entscheidender Bedeutung ist hierbei eine genaue Zieldefinition (z. B. Gewichtsabnahme um 10 Kilogramm etc.), um so die Kosten und Wirksamkeiten genauer prüfen zu können.

Kritische Anmerkung:

Die KWA ist von der Vorgehensweise sicherlich auch für die Ernährungsberatung geeignet. Der Verfasserin kommen nur erhebliche Zweifel unter Berücksichtigung des zeitlichen Aspektes, vor allem im Hinblick auf die stark individuell ausgeprägte Struktur von Beratungsleistungen allgemein (vgl. auch Kapitel 5. ff.). Sinnvoll ist der Einsatz einer KWA sicherlich bei langfristig geplanten oder systematisierten Beratungszyklen. Nicht zu vernachlässigen ist

ebenfalls der Aspekt „Erfahrung“: Je öfter ich entsprechende Berechnungen durchgeführt habe, desto einfacher und schneller sind diese verarbeitet.

Gleichzeitig wird hierbei aber auch ein weiteres Defizit dieser Art der Effizienzmessung deutlich: Der Nutzen für die Ratsuchenden, der sich nur rein subjektiv messen lässt, wie z. B. eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Steigerung des Selbstbewusstseins oder die individuelle Zufriedenheit wird nicht berücksichtigt. Gerade diese Faktoren spielen jedoch beim Faktor Kundenzufriedenheit eine entscheidende Rolle (siehe auch Kapitel 7.1.4. und 7.1.4.1.), was sich wiederum im Geschäftsergebnis widerspiegeln kann. Rein volkswirtschaftlich betrachtet, spielt natürlich der Gesundheitsgewinn eine tragende Rolle, da durch gezielte Präventionsmaßnahmen im Bereich Ernährung die Kosten des Gesundheitssystems herabgesetzt werden können. Ein stark adipöser Patient, der durch eine Ernährungsberatung sein Normalgewicht erreicht hat, liefert wahrscheinlich einen volkswirtschaftlichen Nutzen im Sinne einer Kostensenkung der durch Adipositas bedingten Erkrankungen. Ob dieser Patient dem Ernährungsberater, dem er dies unter Umständen zu verdanken hat, ebenfalls einen monetär-messbaren Erfolg „beschert“, hängt von weiteren Faktoren ab.

- Bezieht er seine Gewichtsreduktion auch tatsächlich auf die Fähigkeiten des Beraters oder sieht er dies eher als unnötig an und verweist auf seine eigenen Fähigkeiten?
- Ist er mit dem Beratungsangebot so zufrieden, dass er sich weiterhin beraten lässt?
- Empfiehlt er die Beratung weiter oder rät er eventuell anderen davon ab?
- Werden alle Rechnungen voll bezahlt?

Zusammengefasst kann man sagen, dass eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse zwar das geeignete Instrument zu Effizienzmessung in der Ernährungsberatung darstellt, jedoch durch die Vernachlässigung der subjektiv-erlebbaren Faktoren der immaterielle Erfolg und daran anschließend auch ein evtl. materieller Erfolg, nicht garantiert ist.

Es empfiehlt sich daher eine Kombination aus Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Evaluation im Sinne einer Messung der individuellen Zufriedenheit, z. B. durch den Einsatz von Fragebogen.

7.1.4.4. Kostensenkung in der Planungsphase – Value Engineering

Dieser Punkt wurde in der einschlägigen Literatur zur Ernährungsberatung bis jetzt noch nicht thematisiert. Die Verfasserin ist aber aufgrund der in der Literatur (QM) gewonnenen Erkenntnisse der Ansicht, dass eine genauere Betrachtung dieses Aspektes gerechtfertigt erscheint.

Auch Beratungsleistungen, wie z. B. die Ernährungsberatung müssen, um wirtschaftlich arbeiten zu können, ein Kostenmanagement aufstellen. Ziel ist es hierbei, einen möglichst großen, vom Kunden bzw. Anwender gewünschten Nutzen mit den geringst möglichen Kosten zu erzielen. Qualität, Zuverlässigkeit und Marktfähigkeit dürfen dabei jedoch nicht vernachlässigt werden (HOFFMANN, 1993).

Der beste Zeitpunkt bei der Erstellung einer Wertanalyse liegt bereits in der Planungsphase, da hier eine direkte Kostenbeeinflussung möglich ist. Unnötige Kosten oder Verschwendung sollten erkannt und frühzeitig vermieden werden.

Um das zu erreichen, wird nach einem Wertanalyse-Arbeitsplan vorgegangen, der fünf Phasen umfasst (KAMISKE/BRAUER, 1999). Es ist jedoch auch möglich, diese Form der Wertanalyse in einem bereits vorhandenen Unternehmen zur Senkung der Kosten anzuwenden.

Phase 1: Informationsphase

Hierbei werden die wichtigsten Grundlagen-Informationen über die verschiedenen Funktionen gesammelt und entsprechend kostentechnisch bewertet. Dabei kann es sich z. B. um den Einsatz von Computer-Programmen, die zur Verfügung stehenden strukturellen Mittel, die zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten, Fähigkeiten die der Ratsuchende bereits mitbringt etc. handeln.

Phase 2: schöpferische Phase

Die schöpferische Phase beinhaltet das Sammeln von Ideen, die alternativ die geforderten Funktionen erfüllen. Dies kann z. B. im Rahmen eines kleinen „Brainstormings“ erfolgen und auch zum Teil unkonventionelle oder unpopuläre Alternativen hervorbringen .

Phase 3: Bewertungs-Phase

Hierbei erfolgt eine genaue Untersuchung der Alternativen mit technischer und kostenmäßiger Überprüfung. Ist es z. B. machbar, eine andere, kostengünstigere Software mit gleichem

Ergebnis einzusetzen? Können die Beratungsintervalle auf ein Minimum gekürzt werden?
Kann der Patient die in der Beratung eingesetzten Lebensmittel evtl. selber mitbringen etc.?

Phase 4: eigentliche Planungsphase

Die in Betracht gezogenen Alternativen werden unter Berücksichtigung aller Faktoren, wie z. B. zusätzlicher Zeitbedarf, mangelnde Praxisausstattung, detailliert festgehalten.

Phase 5: abschließende Vorschlagsphase

Schließlich erfolgt die Auswahl der geeignetsten Alternativen mit genauer Kalkulation aller in Betracht kommenden Kosten bzw. Einsparungen (bei bereits existierenden Institutionen).

Ein weiterer Vorteil, den der Einsatz eines entsprechenden Werteanalyse-Arbeitsplanes mit sich bringt, ist neben einem gestiegenen Kostenbewusstsein auch eine bessere Transparenz der Abläufe sowie ein offener Informationsfluss (HOFFMANN, 1993). Insgesamt kann man feststellen, dass diese Form der Analyse ein gut strukturiertes, nachvollziehbares und zeitlich überschaubares Instrument zur Kostenplanung und -senkung darstellt und dementsprechend gut bei einem Qualitätsmanagement für die Ernährungsberatung eingesetzt werden kann!

7.1.5. Strukturierung der Kriterien und Maßnahmen zur Erstellung eines Qualitätsmanagements für die Ernährungsberatung

In den letzten Kapiteln wurden verschiedene Faktoren und mögliche Maßnahmen, die für die Erstellung eines Qualitätsmanagements für die Institution Ernährungsberatung erforderlich sind, zusammengestellt und hinsichtlich ihrer möglichen Eignung bewertet. Im Folgenden seien diese Faktoren noch einmal gebündelt, zum besseren Verständnis, zusammengestellt.

7.1.5.1. Betriebs- bzw. praxisbezogene Kriterien und Maßnahmen:

- *die Strukturqualität betreffend:* Gebäude-, Raumzustand, Ausstattung, Ressourcen, Leitbild, Konzeption, Leistungsbeschreibung, Aufbau- und Ablauforganisation, Führungssystem, EDV-Einsatz, Finanz-, Personal- und Patientenmarketing (Sponsoring, Imageentwicklung, Zielgruppenorientierung etc.), ...

- *die Prozessqualität betreffend:* Leitbildentwicklung, Umsetzung der Konzeption, Dienstleistungsorientierung, kontinuierlicher Verbesserungsprozess, Informations- und Kommunikationskultur, Personalentwicklung, Führungsstil, Vorschlags- und Beschwerdemanagement, Professionalität, Dienst- und Fachaufsicht, Kooperation, ...

- *die Ergebnisqualität betreffend:* Wirtschaftlichkeit, Mitarbeiterzufriedenheit, Zielerreichungsgrad, Arbeitsmotivation, Image, Konkurrenzfähigkeit, Auslastung, Arbeitsplatzsicherheit, Marktposition, Geschäftsergebnisse, ...

7.1.5.2. Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen:

- *die Strukturqualität betreffend:* Personalschlüssel, Mitbestimmung, Arbeitsplatzausstattung, Personalentwicklungskonzept, Betriebsvereinbarungen, Dienstanweisungen, Stellenbeschreibungen, Aufstiegschancen, Vergütungsstruktur, Beteiligungsformen, Bildungsbedarfsermittlung, Personalrekrutierung und -freisetzung, ...

- *die Prozessqualität betreffend:* Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Reflexionsprozesse, Beteiligung, Kommunikationswesen, Interaktions-Netzwerk, Teamoptimierung, Karriereplanung, Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Coaching, Supervision, ...

- *die Ergebnisqualität betreffend*: Mitarbeiterzufriedenheit, Betriebstreue, Fluktuationsniveau, Ausfallquote, Engagement, Belastbarkeit, Betriebsklima, Qualifikationsniveau, fachliches Selbstvertrauen, Kompetenz, Berufserfahrung, ...

7.1.5.3. Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen:

- *die Strukturqualität betreffend*: Lebensweltorientierung, Verkehrsanbindung, Zugänglichkeit, Informationen über die Einrichtung, Beteiligungsformen, Gästeservice, Dokumentationsverfahren, Berichtswesen, ...

- *die Prozessqualität betreffend*: Hilfeplanung und -fortschreibung, Erziehungsplanung, pädagogische Interventionen, Alltagsgestaltung, Betriebsklima, Umgangsformen, Erziehungsstil, Kooperation, Besuchs-, Beurlaubungs- und Entlassungspraxis, ...

- *die Ergebnisqualität betreffend*: Effektivität/Effizienz (Erreichung der Hilfeplanziele), Kundenzufriedenheit, Akzeptanz, Ansehen, Weiterempfehlungen, Kontakte zu Ehemaligen, ...

7.2. TQM-Elemente

Wie bereits in Kapitel 3 ausführlich beschrieben, ist Total-Quality-Management (TQM) eine Methode zur Qualitätssicherung, welche die gesamte Kette des Leistungsprozesses umfasst und alle vorstehenden Bemühungen mit einschließt. TQM hilft, die eigene Position im Wettbewerb bzw. vor den Kostenträgern nachhaltig und langfristig zu stärken. Daher ist es durchaus empfehlenswert, ausgewählte TQM-Elemente in einen Maßnahmenkatalog zur Erstellung eines QM für die Ernährungsberatung mit einzubeziehen. Entscheidender Faktor bei der Anwendung von TQM ist die Einbindung aller Mitarbeiter bzw. des gesamten Teams, das an der Ausübung der Ernährungsberatung beteiligt ist (auch Personen im Netzwerk).

TQM ist der umfassende Begriff aller Maßnahmen und beinhaltet:

- die Festlegung von Zielen,

- die Einbindung aller Organisationseinheiten und Prozessketten,
- die Festlegung eines Trainingsprogramms aller Prozessbeteiligter,
- die Förderung einer Gruppenarbeit (z.B. Netzwerk, Qualitätszirkel),
- Controlling/Evaluation der QM-Aktivitäten,
- Erreichungsgrad der Ziele.

(BENES, FEYERABEND, VOSSBEIN, 1997)

Eine Weiterführung des TQM-Gedankens vollführt die EFQM, die European Foundation for Quality Management. Hierbei handelt es sich um eine Vereinigung von Spitzenunternehmen Europas, die aufgrund des gestiegenen Wettbewerbs auf den Weltmärkten durch eigene Qualitätsanstrengungen ihre Wettbewerbsfähigkeit entscheidend verbessern wollen.

Es existiert auch eine deutsche Sektion der EFQM, eine Interessenvertretung deutscher Unternehmen und öffentlicher Einrichtungen, die an einer Strategie zur Förderung einer modernen Management-Philosophie in Deutschland zusammen arbeitet.

Eine der Hauptaussagen der EFQM ist, dass ein Führungs-, Ressourcen- und Prozessmanagement in die Kundenanforderungen und -zufriedenheit eingebettet werden muss. Anhand regelmäßiger Selbstbewertungen soll das Unternehmen seine Verbesserungen auf dem Weg zur Unternehmensqualität beurteilen. Die erzielte Verbesserung – von einer zur nächsten Selbstbewertung – gibt ein Maß für die eigene Managementleistung auf diesem Weg. Ein wesentlicher Bestandteil des EFQM-Modells sind die Prozesse in einem Unternehmen, denn ohne sie wäre das Unternehmen nicht vollständig beschreibbar.

Das EFQM-Modell unterscheidet weiterhin in die sogenannten „Befähiger-Kriterien“ und die „Ergebniskriterien“, was seine Eignung für die Ernährungsberatung deutlich macht.

Befähigerkriterien des EFQM-Modells:

- „Wie“ laufen bestimmte Prozesse ab, d. h. wie wird kommuniziert, wie werden Ziele vereinbart etc.

Ergebniskriterien des EFQM-Modells:

- „Was“ hat das Unternehmen mit Hilfe des „Wie“ erreicht, z. B. die nicht monetären Ergebnisse wie Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit sowie Image.

Diese Unterteilung ist eine der bedeutenden Erkenntnisse des TQM-Modells, nämlich dass es nicht ausreicht, Ergebnisse zu managen, sondern dass es erforderlich ist, die Vorgehensweise mit einzubeziehen.

Demnach sind die Qualitätsmanagement-Prinzipien nach den Kriterien der EFQM:

- kundenorientierte Organisation
- Führung
- Einbeziehung der Menschen
- Prozessorientierung
- Systemorientierung für das Management
- ständige Verbesserung
- faktisches Vorgehen zur Entscheidungsfindung
- gegenseitige Vorteile in den Lieferantenbeziehungen

(Quelle: Deutsche Sektion der EFQM, 2000)

Das Grundschema der EFQM hat sich im Laufe der Zeit nicht verändert, es basiert auf den drei fundamentalen Säulen von TQM, nämlich die gleichzeitige Betrachtung von Menschen, Prozessen und Ergebnissen.



Abb. 12: Grundprinzip des EFQM-Modells (Quelle: Deutsche Sektion der EFQM, 2000)

TQM, bzw. EFQM sind Management-Modelle, die sich mit allen Teilaspekten eines ganzheitlichen Qualitätsmanagements auseinandersetzen. Damit die Vorteile dieser Modelle für die Ernährungsberatung ersichtlich werden, müssen zunächst die Teil-Elemente den entsprechenden Qualitätsdimensionen⁷² zugeordnet werden.

⁷² Gemeint sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

7.2.1. TQM-Elemente der Strukturqualität

In Kapitel 7.1.1. wurden die Faktoren der Strukturqualität weitgehend definiert. TQM bzw. EFQM gehen weniger auf die genaue Beschreibung der Qualifikationen der einzelnen Mitarbeiter sowie der räumlich-technischen Ausstattung ein, als vielmehr auf die Einbindung aller am Prozess beteiligten Menschen. Die notwendigen Ressourcen werden als ein Bestandteil auf dem Weg zur Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet.

Die inhaltlichen Ansätze bez. einer Strukturqualität basieren auf einem Konzept zur Arbeitsstrukturierung und den daraus entwickelten Organisationsformen. Hier lassen sich alle Gestaltungsansätze zuordnen, die sich auf die Organisation der Arbeit, der Situation und der Bedingungen beziehen. Ziel ist die Steigerung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter, wobei die Arbeitsinhalte möglichst den Fähigkeiten und Zielen aller Prozessbeteiligten entsprechen sollten. Bei genauerer Betrachtung gelangt man also unwillkürlich zu den bereits bei der Definition von Strukturqualität herangezogenen Parametern wie Aus- und Weiterbildung, Räumlichkeiten und technische Ausstattung. Das Unternehmen muss die Mittel und Wege bereitstellen, um die erforderlichen Aufgaben erfüllen zu können. Ein zusätzlicher Aspekt, der die Anwendung eines TQM-Modells rechtfertigt, ist die bei der Gestaltung der notwendigen Strukturen zu bedenkende Orientierung an den Bedürfnissen der Mitarbeiter. Konkret heißt dies, nicht nur der Kunde muss zufrieden mit den räumlichen Gegebenheiten und der technischen Ausstattung sein, sondern auch der Berater bzw. eventuelle Mitarbeiter müssen durch die äußeren Gegebenheiten optimal leistungsbereit sein.

Ein Ernährungsberater, der sich selber in seinen Praxisräumen nicht wohlfühlt, wird kaum in der Lage sein, eine qualitativ hochwertige Beratung anzubieten.

Zusammenfassend ergeben sich folgende TQM-Aspekte der Strukturqualität:

- an den Bedürfnissen der Berater/Mitarbeiter und Kunden orientierte Aus- und Weiterbildung (Curricula, Seminare etc.)
- an den Bedürfnissen der Berater/Mitarbeiter und Kunden orientierte Gestaltung der Räumlichkeiten (Platz, Licht, Luft etc.)
- an den Bedürfnissen der Berater/Mitarbeiter und Kunden orientierte büro-technische Ausstattung (Bürobedarf, Organisationsmittel etc.)
- an den Bedürfnissen der Berater/Mitarbeiter und Kunden orientierte fach-

spezifische Ausstattung (Körperwaage, Maßband, Software, LM-Attrappen etc.)

Dies gilt vor allem im Hinblick darauf, dass gerade bei der Erbringung von persönlichen Dienstleistungen wie der Ernährungsberatung die Mitarbeiter einen kritischen Erfolgsfaktor darstellen.

7.2.2. TQM-Elemente der Prozessqualität

In den meisten TQM-Modellen finden sich wenig Aussagen über die Strukturqualität, die Prozessorientierung jedoch ist ein ganz wesentlicher Bestandteil.

Prozesse im Sinne von TQM müssen definiert und beschrieben sein, dies gilt besonders für die Schnittstellen. Darin liegt noch keine Unterscheidung zu einem herkömmlichen Prozessmanagement wie in Kapitel 7.1.3. beschrieben. Diese ist bei der genaueren Betrachtung des EFQM-Modells zu finden:

Prozesse müssen stetig verbessert und optimiert werden.

Es reicht also nicht, die entsprechenden Prozessabläufe bis ins kleinste Detail festzulegen, um sie danach nicht mehr in Frage zu stellen. Vielmehr ist es eine QM-Aufgabe, diese Prozesse permanent zu überdenken und zu verbessern.

Prozesse laufen aber auch nicht alleine ab, sondern werden von Menschen betrieben. Das TQM-Modell geht davon aus, dass es nicht möglich ist, alle Einzelheiten eines Prozesses zu reglementieren und zu verwalten. Vielmehr sind Eigeninitiative und Verantwortung des Einzelnen gefragt. Auch ist es wichtig, die Prozesse nach einer bestimmten Strategie zu planen, die auf die Gesamtorganisation ausgedehnt ist und alle Beteiligten mit einbezieht (z. B. auch Partner aus dem Netzwerk).

Prozesse können aber immer nur mit Blick auf die zu erwartenden Ergebnisse geplant werden.

7.2.3. TQM-Elemente der Ergebnisqualität

Ergebnisse sind letztendlich das Hauptziel eines Unternehmens. Die Ergebnisse aus den Prozessen ermöglichen alle weiteren Aktivitäten, von Investitionen bis zum Erhalt des Arbeitsplatzes. Neben den in Kapitel 7.1.4. beschriebenen Aspekten der Ergebnisqualität wird das Kriterium der Kundenzufriedenheit als das am besten geeignete Instrumentarium zur Errei-

chung von Unternehmensergebnissen angesehen (Deutsche Sektion der EFQM, 2000).

Kundenzufriedenheit ist definiert als „langfristige Kundenzufriedenheit“ und wird durch die Bindung der Kunden über einen längeren Zeitraum sichtbar.

Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Kriterien bezieht das TQM-Modell auch die Ergebnisse mit ein, die in Bezug auf die Gesellschaft erzielt wurden. Kein Unternehmen, und dies gilt auch für Dienstleister wie die Ernährungsberatung, kann es sich in der heutigen Zeit leisten, trotz „guter Produkte“ (auch im Sinne von Dienstleistungsproduktion), gesellschaftlich nicht seine Verantwortung bez. Umwelt oder sozialem Verhalten wahrzunehmen. Eine Praxis für Ernährungsberatung, die ein schlechtes Image hat, deren Ergebnisse in Bezug auf die Zielerreichung jedoch akzeptabel sind, wird es schwerer haben, sich am Markt durchzusetzen. Im Gegensatz dazu kann eine Beratungs-Praxis, die ein gutes Image hat, trotz einzelner Unzulänglichkeiten, wie z. B. ungünstige Verkehrsanbindung, zu kleine Räumlichkeiten etc., durchaus positive Geschäftsergebnisse erzielen.

Der zweite große Aspekt bei der Bewertung der Ergebnisqualität ist der Vergleich mit anderen Größen. Im Vordergrund steht hierbei zunächst der Vergleich mit der eigenen Zielsetzung. Dies setzt natürlich voraus, dass eine entsprechende Zielsetzung überhaupt getroffen wurde, indem man für die angegebenen Daten und tatsächlichen Gegebenheiten mittel- und längerfristige Ziele erarbeitet.

Das TQM-Modell fordert, dass diese Ziele auf der einen Seite ehrgeizig genug sein müssen, auf der anderen Seite aber praktisch realisierbar sind.

Zum besseren Verständnis hier ein Beispiel:

Ein adipöser Patient nimmt eine Ernährungsberatung in Anspruch. Gemeinsam mit ihm wird ein Ziel festgelegt, z. B. eine bestimmte Gewichtsabnahme innerhalb eines festgelegten Zeitrahmens.

Ein Ernährungsberater empfiehlt eine Gewichtsabnahme von mind. 1 Kilo pro Monat. Bei einer gewissenhaften Beratung und einer ausreichenden Motivation wird dieses Ziel sicherlich schnell erreicht, bisweilen sogar übertroffen. Alle festgelegten Ziele scheinen einzutreffen. Jedoch hat der Berater durch seine weniger ehrgeizigen Zielsetzungen das Erreichen dieses Zieles im Prinzip schon im Vorfeld manifestiert. Ein kritischer Patient erkennt, dass es sich hierbei um ein „geschöntes“ Ergebnis handelt. Kann er damit zufrieden sein?

Natürlich ist das andere Extrem oftmals noch frustrierender, nämlich dann, wenn der Berater ein zu hoch gestecktes Ziel anvisiert. Der Klient fühlt sich überfordert, ein Scheitern der gesamten Beratung ist vorprogrammiert.

In beiden Fällen sind die festgelegten Ziele eher ungünstig.

Eine Methode zu einer realistischen, angemessenen Ergebnisfindung ist sicherlich das Zurückgreifen auf wissenschaftlich-fundierte Messgrößen. Auch ein Vergleich mit ähnlichen Fällen, wobei auch die eigenen Erfahrungen mit einfließen können, ist akzeptabel.

Auch können die festgelegten Ziele durch den Austausch im Netzwerk abgesichert werden.

Ein ganz wichtiger Aspekt für alle Ergebniswerte besteht in der Untersuchung, ob diese wirklich beratsbedingt oder durch andere Ursachen erzielt wurden.

Zu guter Letzt wird die Relevanz der dargestellten Ergebnisse auch dahingehend untersucht, ob deren Aussagen im Hinblick auf eine TQM-Anwendung verstanden wurden.

Hierbei ist vor allem die Interpretation der Ergebnisse gefragt, denn nur durch eine Rückführung auf die Prozesse können diese im Anschluss verbessert werden.

7.3. Anpassung an die Institution der Ernährungsberatung

Viele der in den vorangegangenen Kapiteln vorgeschlagenen Kriterien zur Qualitätsbeurteilung entstammen aus wissenschaftlichen Bereichen, die nicht unmittelbar etwas mit Ernährungsberatung zu tun haben. Neben einer Betrachtung der Quellen aus dem Bereich Ernährungswissenschaften wurden Ideen und Vorschläge vor allem aus der fachwissenschaftlichen Literatur der Bereiche

- Psychologie
- Psychotherapie und psychosoziale Versorgung
- Pädagogik
- Betriebswirtschaftslehre/Volkswirtschaftslehre
- Medizin

entnommen.

Bereits beim Auswählen und Bearbeiten der entsprechenden Literaturstellen wurde deutlich, dass sich viele der Bemühungen um Qualitätsmanagement mit Hilfe kleiner Änderungen auf die speziellen Bedürfnisse und Bedingungen bzw. objektiven Gegebenheiten der Ernährungsberatung und -therapie übertragen lassen.

Es gibt allerdings Bereiche, bei denen ausschließlich auf die vorhandenen Quellen aus dem direkt zugehörigen Bereich zurückgegriffen wurde. Dies gilt z. B. für die Aus- und Weiterbildungsvoraussetzungen von Ernährungsberatern. Der Beratungsprozess an sich kann wiederum mehr verallgemeinert werden, da z. B. Kriterien wie Lage, Größe und Erreichbarkeit der

Räumlichkeiten für alle Beratungseinrichtungen gleichermaßen von Bedeutung sind. Im Folgenden sind noch einmal die Kriterien zur Prozess- und Ergebnisqualität aufgeführt, jedoch auf die Ernährungsberatung adaptiert und somit direkt anwendbar.

Für den Bereich der Strukturqualität wurde dies bereits in Kapitel 7.1.1. ausführlich bearbeitet, da es hier keinen Sinn gemacht hätte, zunächst speziell die für die Ernährungsberatung erforderliche Aus- und Weiterbildung mit weitergefassten Kriterien aus den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu kombinieren. Aus diesem Grund sind die Kriterien noch einmal im folgenden Kapitel zusammengefasst und um die Aspekte von TQM ergänzt.

7.3.1. Vorschläge zur Kriterienauswahl der Strukturqualität für die Ernährungsberatung

In den letzten Kapiteln wurden die Kriterien zur Strukturqualität ausführlich beleuchtet. In den Ansätzen von TQM spielen sie zwar auf den ersten Blick eine eher untergeordnete Rolle, auf den zweiten Blick aber wird deutlich, dass optimale Ergebnisse nur mit dem entsprechenden strukturellen Hintergrund erzielt werden können. Gleichermaßen zu berücksichtigen sind dabei die Bedürfnisse der Ernährungsberater auf der einen bzw. der Ratsuchenden auf der anderen Seite. Entscheidend ist auch, die Aspekte eines Qualitätsmanagements allen am Beratungsprozess Beteiligten darzulegen und die eingesetzten Hilfsmittel ebenfalls entsprechend zu überprüfen. Dies gilt besonders für PC-Programme, Begleitmaterialien (Print- und elektronische Medien) und Elemente der Büroorganisation.

Ausgangsbasis für die folgende Aufstellung sind die in den vorausgegangenen Kapiteln gewonnenen Erkenntnisse zur Strukturqualität von Beratungs- und Therapieleistungen.

Strukturvoraussetzungen eines Qualitätsmanagements für die Ernährungsberatung unter Berücksichtigung von TQM:

1. Gewährleistete Grundversorgung durch niedergelassene Ernährungsberater (Diplom-Oecotrophologen, Diätassistenten, Ernährungsmediziner).
2. Angemessene Aus- und Weiterbildung der Ernährungsberater an Hochschulen sowie zugelassene Fortbildungseinrichtungen und staatlichen Schulen.
3. Kooperationen (Netzwerkbildung) zwischen Ernährungsberatern, Medizinern und Psychologen bzw. Physiotherapeuten oder entsprechend ausgebildeten Trainern (Ge-

sundheitssport) sowie Einbeziehung aller „Netzwerkteilnehmer“ in die qualitätssichernden Maßnahmen (= gemeinsames Leitbild, gemeinsame Strategie).

4. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen niedergelassenen Ernährungsberatern, Ernährungstherapeuten und stationären Möglichkeiten der Ernährungstherapie.
5. Klare Definition der geeigneten Beratungsmethoden im Hinblick auf die Zufriedenheit der Ratsuchenden und die Realisierbarkeit der gesetzten Ziele.

Voraussetzung: wissenschaftlich fundierte und in der Praxis erfolgreich eingesetzte Erfahrungswerte.

6. Gewährleistung des Ausschlusses ungeeigneter Beratungsmethoden, vor allem im Hinblick auf die „Kundenzufriedenheit“ und Effizienz der Ernährungsberatung.
7. Geeignete Räumlichkeiten, was die Erreichbarkeit, Parkplatzsituation, Größe, das Klima, den baulichen Zustand etc. angeht. „Wohlfühlaspekt“ muss für Berater und Ratsuchenden gewährleistet sein.
8. Bürotechnische und fachliche Ausstattung muss so gewählt sein, dass der Ernährungsberater alle Möglichkeiten zur optimalen Ausübung seiner Beratungstätigkeit erhält. Zu berücksichtigen sind hierbei sowohl die eigenen Anforderungen als auch die Anforderungen aus Sicht der Ratsuchenden (Ausstattung muss der Situation und den wirtschaftlichen Verhältnissen angepasst, adäquat und funktionell sein).
9. Funktionierendes Zeitmanagement, d. h. kurze Wartezeiten, schnelle Bearbeitung der Daten, zeitnahe, in der Länge angepasste Beratungseinheiten, gute Praxisorganisation etc.

7.3.2. Vorschläge zur Kriterienauswahl der Prozessqualität für die Ernährungsberatung

Die Beschreibung eines Prozesses ermöglicht, anders als die Bewertung von Ergebnissen, einen Blick in die Zukunft. Bewertet man ein Ergebnis, lässt sich nur aussagen, was man falsch gemacht hat. Nur aufgrund der bisherigen und beabsichtigten Verhaltensweisen, also der Prozesse, kann man abschätzen, was einen in der Zukunft erwarten kann. Die Prozesse bei der Ernährungsberatung laufen alle, mit Ausnahme der dazugehörigen Auswertungstätigkeiten und Analysen, im direkten Kontakt mit dem Ratsuchenden ab.

Zu bedenken ist aber auch, dass gerade, wenn die Fachkräfte, wie in diesem Fall die Ernährungsberater, über einen großen Freiraum in ihrem beruflichen Handeln verfügen, sicherge-

stellt werden muss, dass sie im Rahmen ihres fachlichen Könnens agieren. Die Schwierigkeit bei der Festlegung der Kriterien für die Beratungsprozesse liegt sicherlich in der relativ hohen Eigen-Verantwortung der Berater bez. der Gestaltung des Beratungsprozesses. Einerseits lassen sich die Prozesse, wie in Kapitel 7.1.3.1. beschrieben, bis ins kleinste Detail analysieren und festlegen. Andererseits geht TQM aber davon aus, dass sich Prozesse nur bis zu einem bestimmten Maß reglementieren lassen, da viel von den persönlichen Fähigkeiten, der Flexibilität und der Verantwortung des Beraters abhängt.

Jeder Berater ist von seiner Persönlichkeit her anders strukturiert, daher können Prozessbeschreibungen immer nur einen gewissen Rahmen vorgeben, in dem sich eine nach allen Qualitätsrichtlinien gestaltete Ernährungsberatung vollziehen soll.

Trotzdem ist es unerlässlich, die eigentlichen Beratungsprozesse zu definieren und ggf. als eine Art „Paradebeispiel“ zu konkretisieren.

In Kapitel 7.1.3.1. wurden die Aspekte der Prozessqualität von Ernährungsberatung bereits beschrieben. Um dies noch genauer auf die speziellen Bedürfnisse der Ernährungsberatung zuschneiden zu können, empfiehlt es sich, zunächst die Einzelprozesse der Beratung zu analysieren.

Diese sind (MENNE, 1998; RISSE, 1989; LAIREITER/VOGEL, 1998; PUDEL, 1991; SELCK, 2000; DIEDRICHSEN, 1993; BECKE/BENECKE, 1999 und andere):

- erste Kontaktaufnahme
 - Erstgespräch
 - Aufnahme des Ratsuchenden
 - Anamnese (Sammeln aller Daten, Auswertungen, Analysen)
 - Zielerarbeitung (gemeinsam mit dem Ratsuchenden)
 - Beratungsgespräche (Informationsvermittlung, Hilfestellungen geben, „Rat“ geben, ...)
 - vertiefende Beratung (Stärkung der Motivation, Kontrolle, Evaluation, neue Informationen vermitteln, Zwischenergebnisse mit einbeziehen, ..)
 - Abschlussgespräch (Zielerreichung besprechen, Zufriedenheitsanalysen, Evaluation, Motivation, „Fernziele“ festlegen, ...)
- ➔ Dieses erfolgt unter Einbeziehung der inhaltlichen Beratungsstandards (s. Kapitel 5 ff.) sowie der verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen zur Verhaltensmodifikation (s. Kapitel 5.3.).

evtl. Korrektur



Grundlegend sollten die Beratungsprozesse entsprechend dokumentiert werden. Die Dokumentation spielt eine entscheidende Rolle bei der Bearbeitung, Verbesserung und Evaluation der Prozesse. Es empfiehlt sich hierbei der Einsatz vorgefertigter Formularbogen, wie z. B. durch QUETHEB beziehbar.

Es existiert ebenfalls eine DIN-Norm, die sich mit der Dokumentation und Informationsverarbeitung von Daten beschäftigt (DIN 66232, DIN-Taschenbuch, 1989). Darin enthalten sind auch nach DIN genormte Dokumentations-Bogen, die jedoch eher im technischen Bereich zum Einsatz kommen.

Die Oberbegriffe der DIN-Norm „Datendokumentation“ sind:

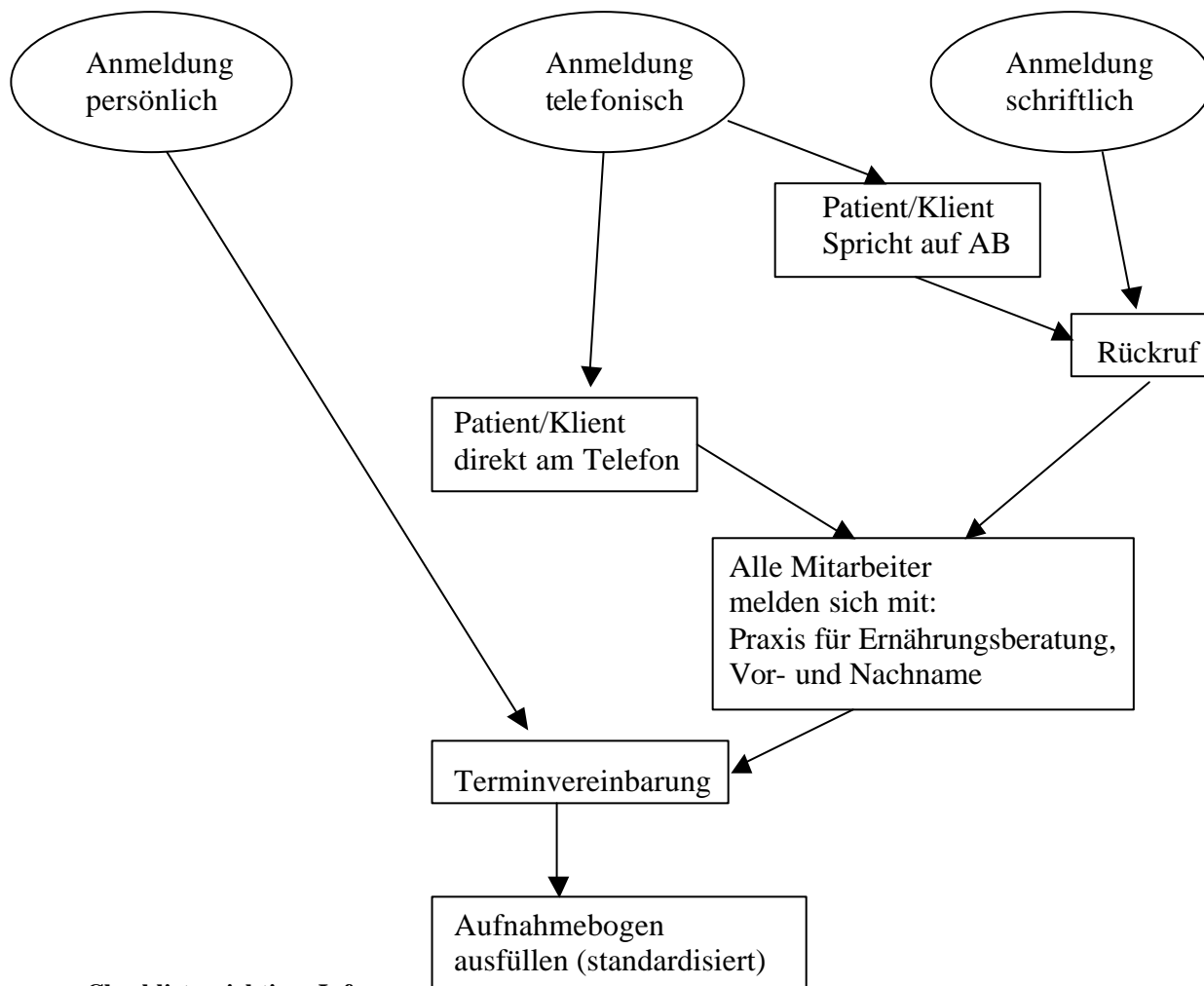
- Bezeichnung des Datenobjektes (z. B. Anamnesedaten)
- Geltung des Datenobjektes (z. B. welcher Aufgabenbereich, zeitliche Gültigkeit, etc.)
- Bedeutung des Datenobjektes (fachbezogene Beschreibung, Angabe von Schlag- oder Schlüsselwörtern, Angaben über Schutzwürdigkeit (z. B. Datenschutz etc.)
- Darstellung (Aufbau, Format, Größe)
- Inhalte des Datenobjektes (Datentyp, Beschreibungen etc.)
- Zugriffsberechtigung (wer darf lesen, wer darf verändern, wer darf übermitteln?)
- Zuständigkeiten (wer ist fachlich bzw. organisatorisch zuständig ?)

(DIN-Taschenbuch, 1989)

Betrachtet man die Einzelprozesse unter TQM-Gesichtspunkten, ergibt sich daraus ein Kreislauf, der sich stetig selbst hinterfragt und verbessert. Der größte Teil der gewählten Verbesserungen kommt allerdings erst dem nächsten Ratsuchenden zugute, da die aus den Ergebnissen gewonnenen Verbesserungsmöglichkeiten erst beim anschließenden „Prozessdurchlauf“ greifen können. Gerade bei dem Bestreben nach kontinuierlicher Prozessverbesserung wird die Rolle eines „Kollegennetzwerkes“ deutlich. Eine kollegiale Erfolgskontrolle mit einer systematischen, wenn möglich standardisierten und vor allem kontinuierlichen Beobachtung der qualitätsrelevanten Merkmale, ermöglicht eine schnelle Optimierung der Prozesse und der daraus hervorgehenden Ergebnisse.

Die oben aufgeführten Einzelprozesse können durchaus noch genauer definiert werden. Das am besten geeignete Instrument ist die IST-Analyse. Sie hilft, bestehende Prozesse transparent zu machen, so z. B. den Prozess der ersten Kontaktaufnahme mit einem neuen Patienten/Kunden.

Um einen besseren Überblick zu erhalten, empfiehlt es sich, die Einzelprozesse zu visualisieren (SELCK, 2000).



Checkliste wichtiger Infos:

- Name, Adresse, Telefonnummer notieren
- Krankenkasse
- überwiesen/empfohlen durch
- nach Hausarzt fragen
- nach bereits erfolgten Behandlungen fragen
- alle relevanten Befunde, Laborwerte, Arztberichte zum Erstgespräch mitbringen
- Tag/Uhrzeit bei Anruf/Erstkontakt notieren

Abb. 13: Visualisierung der Einzelprozesse: Erstkontakt mit einem neuen Patienten (eigene Abbildung)

Auf die gleiche Weise kann man auch bei den Einzelprozessen

- Erstgespräch
- Beratungsgespräche
- Betreuungsgespräche
- Abschlussgespräch
- abschließende Arbeiten

vorgehen.

Außerdem ist es sinnvoll, im Anschluss die mit der Aktivität verbundenen dominanten Themenbereiche bzw. mögliche Zielsetzungen festzulegen.

Für das Erstgespräch könnte dies z. B. bedeuten:

Aktivität:

Erstgespräch

Zielsetzung/Hauptthema:

Vertrauen schaffen, Orientierung finden, Ausgangslage erforschen, Informationen sammeln, Patienten/Klienten informieren über: Kosten, voraussichtliche Beratungsdauer, Führung eines Ernährungsprotokolls, Weitergabe von Informationsmaterial etc.

Bei allen Prozessbeschreibungen, auch wenn sie detailliert erarbeitet sind, wird deutlich, dass sie, solange sie nicht in der Praxis angewandt werden, keine Verbesserung der Qualität darstellen. Die vorgegebenen Maßnahmen von Strukturqualitätsnormen zu erfüllen, fallen um ein vielfaches leichter. Zumal viele Punkte der Strukturqualität (z. B. Räumlichkeiten, Ausstattung, Ausbildung etc.) einmal angeschafft bzw. erfüllt, kaum noch Zeit in Anspruch nehmen. Lediglich die Pflege der Computerprogramme und die Nachbestellungen der Büroausstattung erfordern ein stetiges, wenn auch im Verhältnis eher geringes, Engagement der betroffenen Ernährungsberater.

Prozesse zu steuern, zu optimieren und im Hinblick auf TQM sogar stetig zu verbessern, lässt sich von vielen niedergelassenen Ernährungsberatern schon aus zeitlichen Gründen kaum durchführen.

Aber gerade die Prozessqualität stellt eine tragende Säule des Qualitätsmanagements dar, vor allem unter Berücksichtigung von TQM.

Selbstmanagement – Prozesse besser steuern lernen

Eine mögliche Lösung zur praktischen Umsetzung von Prozessnormen ist ein Selbstmanagement-Konzept, welches versucht, den Beratungsfachkräften Fähigkeiten zur effektiven Eigensteuerung zu vermitteln.

Kanfer (1996) geht von der Grundannahme aus, dass menschliches Handeln immer motiviert und zielorientiert ist. Im Alltag sind jedoch eine Vielzahl zielorientierter Verhaltensweisen auf dem Niveau von Gewohnheiten automatisiert. Als Folge davon finden sich diese Ziele nicht immer im Fokus der Aufmerksamkeit. Es ist jedoch grundsätzlich möglich, die Aufmerksamkeit gezielt auf die automatisch ablaufenden Verhaltensweisen zu richten und diese somit zu kontrollieren.

Ziele sind keine starren Gebilde, sondern befinden sich in einem ständigen Fluss. Sie können durch interne und externe Auslöser aktiviert und in reales Handeln umgesetzt werden. Eine spezielle Verfolgung der Ziele kann somit aktiviert bzw. deaktiviert und, je nach Priorität, in reale Aktivitäten umgesetzt werden. Setzt sich ein Mensch mit einem Ziel auseinander, kann er dieses auch über einen längeren Zeitraum verfolgen, vorausgesetzt ihm ist die Priorität der Zielerreichung bewusst.

Dies bedeutet, dass Ziele bewusst gemacht werden müssen, damit sie absichtsvoll angestrebt werden können.

Prozesse können demnach leichter bewusst gesteuert werden, wenn die dazugehörigen Ziele genau definiert sind (KANFER, 1996).

Für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in die Praxis bedeutet dies:

Alle an dem System Beteiligten müssen über die Hintergründe und Ziele der Prozessbeschreibungen informiert sein, vor allem, wenn es sich um Prozessanweisungen an Mitarbeiter handelt. Dabei ist es wichtig, dass alle Beteiligten informiert sind, welche Handlungsspielräume, Rahmenbedingungen und Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen.

Dies kann zum Beispiel im Rahmen von regelmäßig abgehaltenen Qualitätszirkeln erfolgen, die sich schwerpunktmäßig mit der Einführung und Implementierung von Prozessabläufen beschäftigen.

7.3.3. Vorschläge zur Kriterienauswahl der Ergebnisqualität für die Ernährungsberatung

Die Ergebnisqualität der Ernährungsberatung bezeichnet die durch die Beratung erzielten Wirkungen sowie die dafür eingesetzten Kosten und Einkünfte.

Diese Kriterien stehen meistens im Blickpunkt des öffentlichen Interesses, weil sich von ihnen am besten ableiten lässt, ob und in welchem Ausmaß eine durchgeführte Maßnahme ein Erfolg oder Misserfolg war.

In Kapitel 7.1.4. wurde bereits näher auf die betriebswirtschaftlich messbaren Ergebnisse eingegangen. Diese können für die Ernährungsberatung lt. betriebswirtschaftlicher Definition zusammengefasst werden als:

- Output (= Kosten, die für die erbrachte Leistung aufgewendet werden mussten)
- Input (= Einnahmen, die durch die erbrachte Leistung erwirtschaftet wurden)

Folgende Messgrößen können dabei für die Ernährungsberatung festgehalten werden:

Output-Kosten:

- Räumlichkeiten (Mieten, Abtragskosten, Abschreibungen, Renovierungen)
- Nebenkosten (Strom, Wasser, Heizung, Müllabfuhr etc.)
- Versicherungen
- Festkosten Organisation (Telefon-Grundgebühren, PC-Lizenzen, Anrufbeantworter etc.)
- variable Kosten Organisation (Telefon- und Faxgebühren, Porto, Internet)
- Büroausstattung (Möbel, PC, Flip-Chart, Overhead-Projektor, Telefon, Fax etc.)
- Bürobedarf (Folien, Stifte, Verbrauchsmaterialien z. B. Papier, Druckerpatronen, Kleber etc.)
- fachliche Ausstattung (Körperwaage, Körperfettanalyse-Waage, Maßband, Lebensmittelattrappen etc.)
- Werbung, PR (Handzettel, Anzeigen, Broschüren, Events, Messebeteiligungen)
- Fachliteratur, Weiterbildung (Seminare, Fachzeitschriften etc.)
- Qualitätskosten (Registrierung, Vordrucke, Evaluationskosten, etc.)
- Personal (z. B. Sekretariat, Reinigungskräfte, eigene Arbeitszeit etc.)

Input-Einnahmen:

- Beratungshonorare
- ggf. Nebeneinkünfte (Vorträge, Buchbeteiligungen, Artikel etc.)
- Zuschüsse, Vergünstigungen

Werden alle Faktoren berücksichtigt, ist eine Berechnung des wirtschaftlichen Ergebnisses leicht nachzuvollziehen. Die reine Betrachtung dieser Werte sagt jedoch noch nichts über die Effizienz der Beratung aus. Dies kann erst nach Einbeziehung des realen „Effekts“, also z. B. einer Veränderung des Ernährungsverhaltens, erfolgen.

Es gibt zwei Möglichkeiten, den Beratungseffekt zu messen:

1. Abgleich der Ergebnisse mit dem vereinbarten Ziel (z. B. bei Gewichtsabnahme).
2. Vergleich der aufgenommenen Daten (vorher-nachher-Analyse): Blutuntersuchungen, Ernährungsprotokolle, Waage etc.

Bei einer reinen Betrachtung des vereinbarten Zieles kann es vorkommen, dass Zwischenstufen und Teilerfolge nicht berücksichtigt werden. Es existiert nur die Abstufung „Ziel erreicht“ oder „Ziel nicht erreicht“, ohne Aussage darüber, wie nah man an dieses herangekommen ist. Dies kann sowohl seitens des Beraters, aber häufig noch mehr seitens des Ratsuchenden zu Frustrationen, evtl. sogar zum Abbruch der Beratung führen. Dies liegt sicherlich nicht im Sinne einer qualitätsorientierten Ernährungsberatung.

Bei einer reinen Betrachtung der erfassten Daten und deren Veränderung über einen gewissen Zeitraum läuft man Gefahr, die vereinbarten Ziele zugunsten anderer, messbarer Erfolge zu vernachlässigen oder aus den Augen zu verlieren⁷³. Dies kann, wie beschrieben, dazu führen, dass der Ratsuchende sein Ziel nicht mehr mit der notwendigen Motivation verfolgt, sondern in alte Gewohnheiten zurückverfällt. Sicherlich stellt dies eine Methode dar, Ergebnisse bewusst zu „schönen“. Es mag auch sein, dass diese Methode durchaus dazu dienen kann, ein mögliches Scheitern der Beratung zu verbergen. Im Sinne eines Qualitätsmanagements, vor allem im Hinblick auf TQM, sollte auf den bewussten Einsatz jedoch verzichtet werden.

Welche anderen Möglichkeiten gibt es?

⁷³ „Das angestrebte Gewicht ist zwar nicht erreicht, aber dafür haben sich die Cholesterin-Werte erheblich verbessert!“

Im Idealfall sollte eine entsprechende Situation bereits im Vorfeld ausgeschlossen werden können. Denn genau dies soll das Qualitätsmanagement ja erreichen.

Eine Grundvoraussetzung ist sicherlich die Festlegung realistischer, sinnvoller Ziele. Zur Absicherung der Patienten-Compliance⁷⁴ ist es sinnvoll, Zwischenziele gemeinsam festzulegen und diese so genau wie möglich zu definieren. Dies könnte wie folgt aussehen:

Hauptziel

Gewichtsreduktion in den nächsten drei Monaten = 5 Kilo

Zwischenziele

- mind. 3-mal pro Woche ½ h Walking
- 5 Portionen Obst oder Gemüse am Tag
- Senkung des Cholesterinspiegels auf 180 mg/dl
- Senkung des Blutdrucks

Eine Mischung aus „messbaren“ (z. B. Cholesterin) und „eigenverantwortlichen“ (z. B. regelmäßig Sport treiben) Zielen erhöht die Motivation und Eigenverantwortung der Ratsuchenden und sichert somit nachhaltig den Erfolg der Beratung.

Die Effektivität einer Beratung ermittelt sich aus dem Verhältnis der real erzielten Ergebnisse und den dazu in monetäre Einheiten umgerechneten Mitteln.

Doch wie in den vorausgegangenen Kapiteln immer wieder erwähnt wurde, ist dies nicht das Hauptziel von Beratung, speziell Ernährungsberatung, vor allem nicht unter Berücksichtigung von TQM.

In der einschlägigen Literatur wird die Kunden-Zufriedenheit fast immer an oberster Stelle genannt. Die Begründung liegt darin, dass die Kundenzufriedenheit alle Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität voraussetzt.

Ein Ratsuchender ist nur dann mit einer Ernährungsberatung zufrieden, wenn diese in adäquaten Räumlichkeiten, mit den notwendigen Mitteln, von kompetenten Beratern unter Einsatz der geeignetsten Beratungsmethodik erfolgreich zu einem gemeinsam vereinbarten Ziel führt.

Doch wie lässt sich „Zufriedenheit“ messen? Dazu seien im Folgenden drei Möglichkeiten aufgezeigt:

⁷⁴ Bereitschaft zur Mitarbeit.

1. durch Beobachtung des Verhaltens der Ratsuchenden
2. durch eine Analyse der Beschwerden (Beschwerdemanagement)
3. durch eine Kundenbefragung

zu 1: Eine Beobachtung des Verhaltens von Ratsuchenden während und vor der Beratung ermöglicht zwar einen Blick auf die momentane seelische Verfassung des Klienten, setzt aber weitreichende psychologische Kenntnisse voraus (EVERSHEIM, 2000), die bei ausgebildeten Ernährungsberatungsfachkräften in der Regel nicht gegeben sind.

zu 2: Eine Analyse der eingegangenen Beschwerden gibt zwar eine relativ genaue Auskunft über gravierende Mängel oder bestehende Abneigungen. Sie setzt aber voraus, dass auch jeder Klient, der eine Beschwerde hat, diese auch vorbringt.

zu 3: Eine Befragung der Patienten/Klienten/Ratsuchenden ist sicherlich die am besten geeignete Methode zur Erfassung der individuellen Kundenzufriedenheit (GÜNTHER, 1996; MENNE, 1998; LAIREITER/VOGEL, 1998; EVERSHEIM, 2000 und andere), auch im Hinblick auf die Evaluation. Eine Befragung kann zum einen merkmalsorientiert sein. Dann steht die Einstellung des Patienten zu bestimmten Merkmalen, z. B. den Qualitätsaussagen bzw. die Zufriedenheit bez. der Differenz zwischen Erwartung und Wahrnehmung im Vordergrund.

Zum anderen existiert aber auch ein Ereignis-orientierter Ansatz, bei dem die Meinung der Klienten zu bestimmten Beratungsabschnitten oder besonders kritischen (positiven wie negativen) Ereignissen erfasst wird.

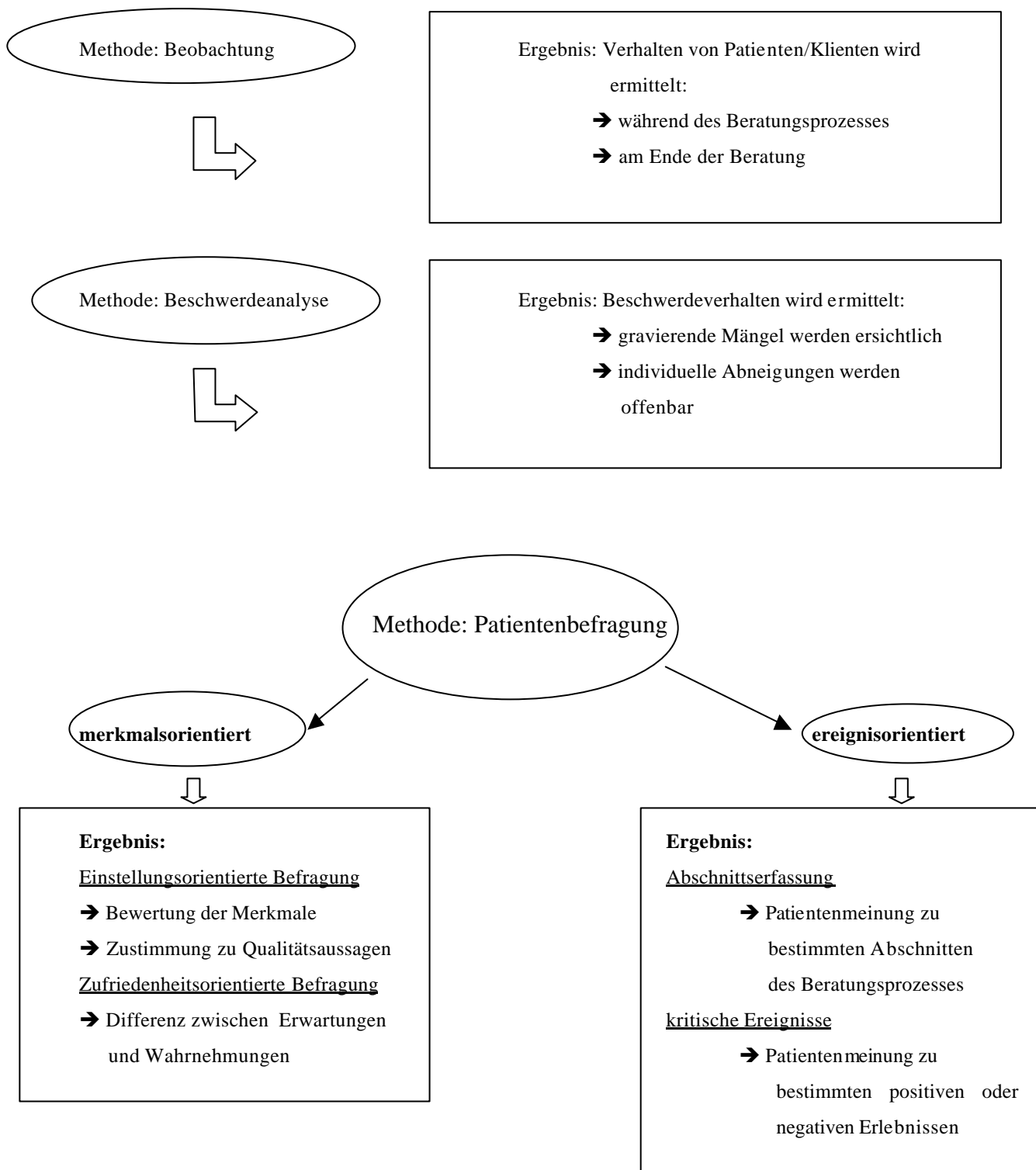


Abb. 14: Methoden zur Messung der Patientenzufriedenheit in der Ernährungsberatung (modifiziert nach EVERSHEIM, 2000, S. 152)

Als die am besten geeignete Methode zur Erfassung der Kundenzufriedenheit hat sich die Erfassung mittels eines Patienten-Fragebogens herausgestellt (BECKE/BENECKE, 1999;

GÜNTHER, 1996 und andere). Dieser Fragebogen sollte dem Ratsuchenden frühzeitig mitgegeben werden, spätestens jedoch beim Abschlussgespräch. In jedem Fall sollte er darauf hingewiesen werden, dass die Daten u. a. auch aus statistischen Gründen zur Verbesserung der Qualität erfasst werden und dass es ihm freigestellt ist, ob er das Absender-Feld ausfüllt oder nicht.

Zu bedenken ist ebenfalls, dass die Fragebogen für Einzel- und Gruppenberatungen u. U. unterschiedlich aufgebaut werden müssen.

Beschwerdemanagement

Beschwerden sind, bedeutend oder unbedeutend, immer ernst zu nehmen (HEINRICH, 1996). Grundsätzlich sind Beanstandungen konsequent, bis zur vollständigen Erledigung, vom Qualitätsmanagement zu verfolgen.

Ein Großteil der Beanstandungen ist lt. Heinrich erfahrungsgemäß unbedeutend. Beschwerden mit bedeutender Auswirkung kommen vor, wenn

- die Sicherheit von Personen betroffen ist (z. B. bei falscher Ernährungsempfehlung einer vorliegenden Erkrankung);
- eine betriebswichtige Funktion des Systems beeinträchtigt ist (z. B. Computer-Fehler);
- enormer finanzieller Schaden zu erwarten ist, weil
 - o Produkteigenschaften, die dem „Kunden“ zugesichert wurden, nicht erreicht werden (z. B. keine Gewichtsabnahme, Verschlechterung der biochemischen Messgrößen)
 - o zugesicherte Termine nicht eingehalten wurden (z. B. mangelnde oder fehlende Vorarbeit bzw. Auswertung des Beraters);
- Problemlösungen nach einem Schaden ausschließlich nur zusammen mit dem Ratsuchenden in einem Kompromiss gefunden werden können;
- aus verschiedenen Gründen eine bedeutende Änderung der vom Ratsuchenden akzeptierten Vorgehensweise erforderlich wird.

(eigene Erarbeitung, modifiziert nach HEINRICH, 1996, S. 9)

In all diesen Fällen muss die Beschwerde als bedeutend eingestuft und vordringlich bearbeitet werden. Dazu ist die Einbeziehung aller an diesen Prozessen beteiligten Personen erforderlich, eine Dokumentation der Vorgänge ist empfehlenswert.

Unerlässlich ist ebenfalls die Untersuchung möglicher Ursachen und deren Beseitigung, d. h., die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung sollte aufgeklärt werden.

Im Anschluss an diese Analyse ist die Beseitigung der Ursachen erforderlich, was zu einer Veränderung der Prozesse oder eingesetzten Strukturen führen kann.

Die aufgeführten Korrekturmaßnahmen sind ebenfalls in der ISO-Norm EN 9004-1 verankert und sind somit Bestandteil des Qualitätsmanagements.

Ein weiterer Aspekt des Beschwerdemanagements ist die Feststellung der Verantwortlichkeiten, dies sollte nach Möglichkeit im Vorfeld festgelegt werden.

Der für den betroffenen Bereich Verantwortliche achtet darauf, dass der beanstandete Prozess bzw. das „Produkt“ (Erährungsplan, Empfehlungen) gekennzeichnet wird, entscheidet, wer zur Entscheidungsfindung erforderlich ist, bemüht sich um einen (akzeptierten) Besprechungstermin mit dem Geschädigten, leitet die Besprechung mit dem Ziel, eine gemeinsame, tragfähige Lösung zu finden, sorgt dafür, dass die gemeinsam festgelegte Verfügung durchgeführt wird und verfolgt die Maßnahmen bis zur vollständigen Erledigung.

Im Fall der Ernährungsberatung wird wohl in den meisten Fällen der Verursacher (= Ernährungsberater) gleichzeitig auch der Verantwortliche sein.

(eigene Erarbeitung, in Anlehnung an HEINRICH, 1996)

8. Vorschläge einer Standardisierung der Institution Ernährungsberatung, Versuch der Entwicklung einer QM-Konzeption, auch unter Gesichtspunkten von TQM

Ziel dieser Arbeit ist es, aus den bestehenden Vorgaben und bereits (Disziplinen-übergreifend) erarbeiteten Grundlagen Vorschläge einer Qualitätsmanagement-Konzeption für die Ernährungsberatung zu erarbeiten.

8.1. Grundstruktur des Konzeptes

Die Aufteilung der Grundstruktur erfolgt aus den in den vorausgegangenen Kapiteln herausgearbeiteten Grundsätzen zum Verständnis von Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung und artverwandten Disziplinen. Es gibt drei Teil-Bereiche: **Teil A** beschreibt die Anforderungen unter Berücksichtigung der betriebsbezogenen Kriterien und Maßnahmen, **Teil B** setzt sich mit den mitarbeiterbezogenen Maßnahmen auseinander und **Teil C** beschreibt die kundenbezogenen Kriterien. Alle drei Teilbereiche sind darüber hinaus in die Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität untergliedert.

Die Vorschläge eignen sich sowohl für größere als auch für kleinere „Ein-Personen“-Betriebe.

	Qualitätsdimensionen		
	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen	A1	A2	A3
Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen	B1	B2	B3
Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen	C1	C2	C3

Abb. 15: Konzept eines Grundgerüsts zur Erstellung eines QM-Handbuches für die Ernährungsberatung (eigene Darstellung)

Erster Schritt der QM-Konzeption: Entwicklung einer Präambel

Zunächst sollte jede Einrichtung, die Ernährungsberatung anbietet, eine Konzeption, eine Philosophie sowie die Grundlagen der Geschäftspolitik festlegen und beschreiben.

Mögliche Inhalte können sein:

- Was bietet die Einrichtung an?
- Wie lautet die Qualitätsphilosophie?
- Welche Ziele sollen erreicht werden?
- Welche Philosophie steht dahinter?
- Welche Mittel sollen eingesetzt werden?
- etc.

Eine genaue Definition und Ausformulierung der einzelnen Kriterien sollte durch die Einrichtung selbst erfolgen. Im Sinne einer möglichen Standardisierung verschiedener Teil-Bereiche der Ernährungsberatung wird im Folgenden der Versuch unternommen, diese Teilbereiche durch den Einsatz der aus den Ausarbeitungen resultierenden Normen zu konkretisieren. Zunächst erfolgt die Auflistung der für die jeweilige Qualitätsdimension zuzuordnenden Kriterien. Im Anschluss daran werden diese Kriterien konkretisiert und in Form von Standards ausformuliert.

8.2. Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen (Teil A)

A 1: Strukturqualität

- | | |
|-------|---|
| A 1.1 | Konzeption, Leitbild |
| A 1.2 | Gebäude |
| A 1.3 | Räumlichkeiten |
| A 1.4 | sanitäre Anlagen |
| A 1.5 | Finanz-, Personal- und Patientenmarketing |
| A 1.6 | technische Ausstattung |
| A 1.7 | fachliche Ausstattung |
| A 1.8 | Organisationsmittel |

A 2: *Prozessqualität*

- A 2.1 Umsetzung der Konzeption, Entwicklung des Leitbildes
- A 2.2 kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- A 2.3 Dokumentationen
- A 2.4 Kommunikations- und Informationskultur
- A 2.5 Vorschlags- und Beschwerdemanagement
- A 2.6 Professionalität
- A 2.7 Kooperationen
- A 2.8 Fachaufsicht
- A 2.9 Führungsstil

A 3: *Ergebnisqualität*

- A 3.1 Wirtschaftlichkeit
- A 3.2 Mitarbeiterzufriedenheit
- A 3.3 Zielerreichungsgrad (= Effektivität)
- A 3.4 Auslastung
- A 3.5 Geschäftsergebnisse (= Effizienz)
- A 3.6 Marktposition
- A 3.7 Image
- A 3.8 Konkurrenzfähigkeit

8.2.1. Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Strukturqualität (A1)

A 1.1 Die Institution Ernährungsberatung sollte eine Konzeption ihres Leistungsprofils erstellen. Innerhalb dieser Konzeption ist auch das jeweilige Leitbild zu verankern. Die Konzeption bzw. das Profil der Einrichtung ist schriftlich darzulegen und für jedermann zugänglich (RÜCKERT/LINSTER, 1996) zu machen.

A 1.2 Das Gebäude, in dem die Institution Ernährungsberatung untergebracht ist, sollte den baulichen Mindestanforderungen genügen und sich in einem guten

Zustand befinden. Lärmbelastigungen durch (Um-)Baumaßnahmen sind ebenso auszuschließen wie Schadstoffbelastungen durch z. B. Schimmel etc. (MENNE, 1998).

A 1.3 Die Räumlichkeiten sollten in der Größe angepasst (für Einzel-, ggf. auch Gruppenberatungen), gut beleuchtet (auch Tageslicht) und belüftet sein sowie ausschließlich für die Zwecke der Ernährungsberatung genutzt werden (keine Beratung „am Küchentisch“).

Zusätzlich zu einem Beratungszimmer und ggf. einem Platz für Mitarbeiter kann ein Seminarraum bzw. eine Versuchsküche integriert werden (vgl. Kapitel 7.1.2.7., BECKE/BENECKE, 1999; GÜNTHER, 1996).

Das Mobiliar sollte funktionell und angepasst sein, mindestens aber aus einem Schreibtisch, ausreichend Bestuhlung und einem abschließbaren Büroschrank zur Aufbewahrung der Patientendaten (BECKE/BENECKE, 1999) bestehen.

A 1.4 Ein WC für Klienten incl. Waschbecken, Seifenspender und Papierhandtuchhalter muss vorhanden sein (vgl. auch BECKE/BENECKE, 1999; GÜNTHER, 1996).

A 1.5 Das Finanz-, Personal und Patientenmarketing muss professionell organisiert sein und kompetent durchgeführt werden. Ggf. ist Unterstützung von Fachleuten einzuholen (Deutsche Sektion der EFQM, 2000).

A 1.6 Die technische Ausstattung sollte den allgemeinen Richtlinien der modernen Büroorganisation entsprechen (vgl. auch Kapitel 7.1.2.8.).

Die Mindestausstattung beinhaltet Telefon, PC und Fax.

Für Seminare und Gruppenberatungen ist zusätzlich ein Overhead-Projektor sowie ein Flip-Chart incl. Zubehör empfehlenswert.

A 1.7 Die fachliche Ausstattung besteht aus Gegenständen, die üblicherweise im Rahmen einer Ernährungsberatung eingesetzt werden. In Kapitel 5.7. wurden die für die Ernährungsberatung typischen Verhaltensmuster und Vorgehensweisen definiert. In Kapitel 7.1.2.8. wurden ihnen konkrete Hilfsmittel zur Ausübung der Beratungstätigkeit zugewiesen. Zieht man ein Fazit aus beiden

Kapiteln, so empfehlen sich folgende Gegenstände zur fachlichen Ergänzung der allgemeinen Büroorganisation: Personenwaage, Messmethode zur Körperfettanalyse (Waage, Bio-Impedanz-Meßgerät⁷⁴), Maßband (zur Messung des Körperumfangs), Software (vgl. auch Kapitel 7.1.2.8., bzw. AMBROSIUS, 1993). Falls ein Seminarraum bzw. eine Lehrküche vorhanden ist, empfehlen sich Lebensmittel(-Attrappen), eine adäquate küchentechnische Ausstattung sowie eine Lebensmittelwaage.

- A 1.8** Organisationsmittel sind Hilfsmittel, welche die Arbeit in einer niedergelassenen Ernährungsberatungspraxis besser strukturieren. Die Ausstattung kann angelehnt werden an die allgemeinen Richtlinien zur Büroorganisation mit besonderer Berücksichtigung der Patientenverwaltung und -organisation. Ähnlich den Gegebenheiten in einer Arztpraxis empfehlen sich folgende Hilfsmittel:
- Karteikartensystem bzw. adäquates PC-Programm
 - Terminplaner bzw. entsprechendes PC-Programm
 - Aktenordner-Ablage für Buchführung, Rechnungswesen, Schriftverkehr und Befundablagen
 - Anrufbeantworter

8.2.2. Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Prozessqualität (A2)

- A 2.1** Zu Beginn der Einführung eines QM-Systems sollte von allen Beteiligten eine gemeinsame Konzeption der Beratungspraxis und ihrer Aktivitäten verfasst werden. Diese Konzeption, die gleichzeitig auch das Profil der Einrichtung darstellt, enthält ebenfalls ein Leitbild, bzw. Ziele und übergeordnete Maßnahmen. Dieser Punkt entspricht im Übrigen den Vorschlägen einer Umsetzung nach TQM-Richtlinien und wird als geeignet angesehen, das eigene Handeln zu bestätigen. Darüber hinaus kann diese Konzeption neuen Mitarbeitern dienlich sein.
- A 2.2.** Es sollte allen am Prozess Beteiligten bewusst sein, dass als oberstes Ziel eine stetige Verbesserung der Prozesse angestrebt wird. Dementsprechend sind Mit-

⁷⁴ Bei der bioelektrischen Impedanzanalyse handelt es sich um eine Methode zur Messung der Körperzusammensetzung durch eine Messung des elektrischen Widerstandes. Entsprechend kann der Ratsuchende über seinen Wasser-, Muskel-, und Körperfettanteil aufgeklärt werden.

arbeiter zur instruieren und in regelmäßigen Abständen Verbesserungsvorschläge entweder selber zu erbringen oder einzufordern.

- A 2.3** In Anlehnung an TQM sollte bei allen in der Praxis ablaufenden Prozessen eine stetige Verbesserung angestrebt werden (vgl. auch Kapitel 7.2.2.).
- A 2.4** Die gesamte Kommunikation und Information sollte nach bestimmten Kriterien erfolgen. In Anlehnung an TQM müssen alle am Beratungsprozess Beteiligten ausreichend informiert werden. Die Kommunikation sollte immer wechselseitig verlaufen und durch die Philosophie der Praxis getragen werden.
- A 2.5** Neue Vorschläge sollten entsprechend gewürdigt und bearbeitet werden, ebenso soll mit Beschwerden umgegangen werden. Dies gilt sowohl für die ratsuchenden Patienten bzw. Klienten als auch für alle Mitarbeiter und die Personen im Netzwerk. (Auch dieser Punkt entstammt aus den Ideen von TQM).
- A 2.6** Alle Arbeitsgänge sollen professionell, nach den entsprechenden Vorgaben durchgeführt werden.
- A 2.7** Betriebsbezogene Kooperationen können verschiedene Prozesse wie Materialbeschaffung, Kundenakquise, Veranstaltungen vor Ort (z. B. Bauernhof, Supermarkt etc.) vereinfachen bzw. ermöglichen⁷⁵.
- A 2.8** Eine entsprechende Kontrolle durch einen oder mehrere Fachbeauftragte sichert die Qualität der Arbeit. Dies könnten z. B. Kollegen oder Qualitätsbeauftragte sein.
- A 2.9** Wenn Mitarbeiter vorhanden sind, sollte der Führungsstil nach den Kriterien von TQM, d. h. Einbindung aller Mitarbeiter in die qualitätssichernden Maßnahmen und das aktive Vorleben durch den Vorgesetzten, erfolgen (vgl. auch Kapitel 3)

⁷⁵ Beispiele könnten Kooperationen mit Arztpraxen, Fitnesscentern, Schulen etc. sein. Dies sichert nicht nur den Geschäftserfolg, sondern festigt auch das Image der Praxis bzw. die Verbindung mit dem sozialen Umfeld. Durch die Einbeziehung entsprechender Fachleute wird nicht nur die Qualität der Praxis gesteigert, sondern auch der wirtschaftliche Erfolg.

8.2.3. Betriebsbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Ergebnisqualität (A3)

- A 3.1** Die unter Kapitel 7.1.4. aufgeführten Kriterien im Sinne eines monetär-messbaren Ergebnisses sollten insofern erfüllt sein, als dass alle in der Praxis durchgeführten Maßnahmen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit erfolgen.
- A 3.2** Die Struktur der Beratungspraxis wirkt sich unmittelbar auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter aus. Dementsprechend ist dieser Aspekt (vgl. auch Kapitel 7.2.3.) im Sinne von TQM zu integrieren.
- A 3.3** Ein wichtiges Kriterium im Sinne der Ergebnisqualität ist der Vergleich der erreichten Ziele mit den Vorgaben. Hierbei wird die Ernährungsberatungspraxis unter dem Gesichtspunkt des Gesamtergebnisses betrachtet. Dabei werden auch ideelle Ziele berücksichtigt.
- A 3.4** Eine zu 100 % ausgelastete Praxis wird, unter Berücksichtigung des Punktes A 3.1, vermutlich das beste Gesamtergebnis A 3.3 erzielen. Insofern sollte eine möglichst hohe Auslastung angestrebt werden.
- A 3.5** Hierbei wird das Ergebnis aller geschäftlichen Transaktionen betrachtet. Ideale Ziele spielen eine untergeordnete Rolle.
- A 3.6** Eine möglichst gute Marktposition sollte insofern angestrebt werden, als dass ein Fortbestehen der Praxis dadurch gewährleistet werden kann. Die Marktposition ergibt sich aus der Summe der erzielten Ergebnisse, dem Image, dem Verhältnis zu Konkurrenten und der regionalen Flächendeckung von Ernährungsberatung (vgl. auch Kapitel 7.1., 7.1.2.1., 7.1.2.4.).
- A 3.7** Alle Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie einem positiven Image der Beratungspraxis förderlich sind.

A 3.8 Die Konkurrenzfähigkeit wird durch die Einhaltung der Maßgaben der Strukturqualität (vgl. Kapitel 7.1.1., 7.1.2.ff., 7.2.1., 7.3.1.), der Prozessqualität (vgl. Kapitel 7.3.2.) und der Ergebnisqualität (vgl. Kapitel 7.3.3.) gewährleistet und ist dementsprechend anzustreben.

8.3. Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen (Teil B)

B 1 Strukturqualität

- B 1.1 Arbeitsplatzausstattung
- B 1.2 Ausbildung
- B 1.3 Weiterbildung
- B 1.4 Vergütungsstruktur
- B 1.5 Kooperationspartner
- B 1.6 Stellenbeschreibung

B 2 Prozessqualität

- B 2.1 Weiterbildungsmaßnahmen
- B 2.2 Kommunikationswesen
- B 2.3 Interaktions-Netzwerk
- B 2.4 Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- B 2.5 Coaching
- B 2.6 Teamoptimierung

B 3 Ergebnisqualität

B 3.1	Mitarbeiterzufriedenheit
B 3.2	Betriebstreue
B 3.3	Kompetenz
B 3.4	Ausfallquote
B 3.5	Engagement
B 3.6	Arbeitsklima
B 3.7	Verbesserungsvorschläge

8.3.1. Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Strukturqualität (B1)

B 1.1 Wie in Kapitel 7.1.2.8. beschrieben, ist die Ausstattung des Arbeitsplatzes so zu gestalten, dass alle anfallenden Tätigkeiten optimal erledigt werden können. Besonders zu berücksichtigen sind dabei die Bedürfnisse der Mitarbeiter. Der Arbeitsplatz sollte die Gesundheit nicht gefährden⁷⁶ sowie die Mitarbeiter nicht überfordern, sowohl was die körperlichen als auch psychischen Belastungen betrifft (KÖCHLING, 1991).

B 1.2 In Kapitel 7.1.2.2. werden die Ausbildungsanforderungen an Ernährungsberatungsfachkräfte ausführlich beschrieben. Unter Berücksichtigung aller Faktoren können folgende Ausbildungen akzeptiert werden: Diplom-Oecotrophologen⁷⁷ (auch FH), Diätassistenten (staatlich anerkannt) und Ärzte.

B 1.3 In Anlehnung an Kapitel 7.1.2.2. sind folgende Weiterbildungsmaßnahmen für die unter B 1.2 genannten Berufsgruppen zu absolvieren:

- Ernährungsberatung gemäß des Curriculums der DGE bzw. der Landesorganisationen (Ernährungsberater DGE, Ernährungsberater VDOe, Ernäh-

⁷⁶ Z. B. durch strahlungsintensive PC-Bildschirme, nicht rückengerechte Bestuhlung, falsche Beleuchtung..

⁷⁷ Es gibt auch andere Schreibweisen, diese soll stellvertretend für alle gelten.

rungsmedizinischer Berater DGE, Ernährungsmediziner DAEM/DGEM) und/oder dem Nachweis der Registrierung bei QUETHEB.

- Eine mind. zwei- bis dreijährige Berufserfahrung im Bereich Ernährungsberatung, Gesundheitsförderung, Erwachsenenbildung, Verbraucheraufklärung sowie im ernährungsmedizinischen Bereich von Kliniken, bei Krankenkassen oder in einer niedergelassenen Praxis für Ernährungstherapie.

B 1.4 Die Vergütungsstruktur für Mitarbeiter bzw. das eigene Honorar sollte an die von Ambrosius (1993) erstellten Gebührenordnungen für freiberuflich tätige Oecotrophologen angelehnt sein. Selbstverständlich sind diese Zahlen in die heutige Zeit zu übertragen, evtl. müssen regionale Unterschiede berücksichtigt werden. Aspekte der Wirtschaftlichkeit müssen ebenso berücksichtigt werden wie gesetzliche Veränderungen und die Mitarbeiterzufriedenheit (vgl. dazu auch Kapitel 7.1.4.).

B 1.5 Die Betreuung eines Patienten mit ernährungsbedingten Erkrankungen sollte immer mit Unterstützung entsprechender Kooperationspartner erfolgen. In den meisten Fällen bietet sich der Hausarzt an, aber auch Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten oder qualifizierte Trainer im Bereich des Gesundheitssports⁷⁸ sollten in einem Netzwerk zusammenarbeiten (vgl. Kapitel 7.1.2.3.). Für besonders schwerwiegende, ernährungsabhängige Erkrankungen (z. B. Diabestes, Krebs etc.) sollte eine Kooperation im Sinne von QM bindend vorgeschrieben werden.

B 1.6 Jede in der Ernährungsberatungspraxis besetzte Position sollte in einer Stellenbeschreibung schriftlich verankert werden (wird auch im Sinne von TQM bzw. von der EFQM empfohlen).

⁷⁸ z.B. ausgebildet vom Deutschen Turnerbund (DTB) und mit dem Qualitätssiegel „Pluspunkt Gesundheit“ versehen. Ausbildung beim Deutschen Behinderten-Sportbund (DBS). Auch die Ausbildungen der IFAA (Internationale Aerobic Akademie) im Bereich Rückenfitness und Wirbelsäulengymnastik sowie anderer anerkannter Institute können akzeptiert werden.

8.3.2. Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Prozessqualität (B2)

- B 2.1** Weiterbildungsmaßnahmen, die zur Prozessoptimierung dienen (z. B. im methodisch-didaktischen, psychologischen oder rhetorischen Bereich), sollten in Anlehnung an ein Punktesystem organisiert und vorgegeben werden. Mit einzubeziehen sind die bereits bestehenden Anforderungen zur Erneuerung der Zusatzqualifizierungen (Ernährungsberater DGE etc.) der jeweiligen Landesorganisationen. Ein vereinheitlichtes Punktesystem⁷⁹, sofern objektiv möglich, könnte hier Vorteile bringen.
- B 2.2.** Alle entscheidenden Kommunikationsprozesse können schriftlich oder visuell dargestellt werden (vgl. Kapitel 7.3.2. und Abb. 7.3.2.a.). Im Sinne von TQM müssen diese Prozesse jedoch stetig überarbeitet und ggf. verbessert werden.
- B 2.3** In einem Interaktionsnetzwerk soll der Kommunikations- und Informationsfluss stetig verbessert und intensiviert werden.
- B 2.4** Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einer vorgegebenen Checkliste, die im Vorfeld unter Einbeziehung der Konzeption (s. auch unter A 2.1) zusammengestellt wird. Besonders zu berücksichtigen ist die Information über alle qualitätsfördernden Maßnahmen im Sinne von TQM (vgl. Kapitel 7.2., 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3.)
- B 2.5** Durch intensives Coaching aller Mitarbeiter wird das Niveau der Beratungseinrichtung stetig verbessert.
- B 2.6** Vor allem in größeren Beratungs-Einrichtungen ist eine Orientierung auf das gesamte Team für den Erfolg von entscheidender Bedeutung. Aber auch im Hinblick auf mögliche Kooperationspartner gewinnt dieser Aspekt, vor allem unter TQM-Gesichtspunkten, an Bedeutung.

⁷⁹ Der Vorschlag wäre, jeder Fortbildungsmaßnahme anerkannter Institutionen einen bestimmten Punktwert zuzuordnen. Um z.B. die Bezeichnung „Ernährungsberater DGE“ zu verlängern, müsste dann ein bestimmter Punktwert, auch Institutions-übergreifend, erworben werden.

8.3.3. Mitarbeiterbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Ergebnisqualität (B3)

- B 3.1** Unter Berücksichtigung aller qualitätsfördernden Maßnahmen ist die Mitarbeiterzufriedenheit ein besonders wichtiges Kriterium, welches u. a. die Zielerreichung TQM dokumentiert (vgl. auch Kapitel 7.3.3.). Neben dem wirtschaftlichen Erfolg und der Kundenzufriedenheit ist die Mitarbeiterzufriedenheit die dritte tragende Säule von TQM.
- B 3.2** Inwiefern das Ziel Mitarbeiterzufriedenheit erfüllt wird, lässt sich vor allem an dem Parameter Betriebstreue ablesen. Eine Beratungseinrichtung sollte, auch im Hinblick auf das besondere Vertrauensverhältnis zu den Patienten, möglichst selten sein Personal wechseln.
- B 3.3** Die Erlangung von Kompetenz in allen geforderten Bereichen (vgl. auch Anmerkungen zur überfachlichen Kompetenz in Kapitel 7.1.2.2.) ist ein Grundkriterium eines professionellen Qualitätsmanagements und sollte in allen Maßnahmen verankert sein.
- B 3.4** Eine möglichst geringe Ausfallquote der Mitarbeiter (gilt auch im Ein-Personen-Betrieb) kann ebenfalls als Kriterium eines gut funktionierenden Qualitätsmanagements erachtet werden. Daher sollte es Ziel sein, eine möglichst geringe Ausfallquote anzustreben.
- B 3.5** Das eigene Engagement und das der Mitarbeiter ist ebenfalls ein Indiz für eine gut funktionierende Beratungs-Einrichtung und findet somit Berechtigung in den Qualitätsanforderungen an die Institution Ernährungsberatung.
- B 3.6.** Das Arbeitsklima als Ergebnis aller Prozesse und strukturellen Gegebenheiten sowie als Grundvoraussetzung für die Mitarbeiterzufriedenheit sollte den Umständen angepasst und arbeitsförderlich sein.

- B 3.7** Verbesserungsvorschläge seitens der Mitarbeiter sind im Sinne von TQM immer zu berücksichtigen, ggf. sogar einzufordern. Im Idealfall erhalten die Mitarbeiter eine feste Plattform (z. B. einen festen Termin), wo sie ihre Vorschläge einbringen können.

8.4. Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen (Teil C)

C 1 Strukturqualität

- C 1.1 Verkehrsanbindung
- C 1.2 Parkplatzsituation
- C 1.3 Zugänglichkeit/regionale Flächendeckung
- C 1.4 Infos über die Beratungseinrichtung
- C 1.5 allgemeine Informationsmaterialien
- C 1.6 Service
- C 1.7 Vertragsgestaltung
- C 1.8 Dokumentationsverfahren
- C 1.9 Werbung und PR

C 2 Prozessqualität

- C 2.1 Kontaktaufnahme
- C 2.2 Anmeldungsmodalitäten
- C 2.3 Erstgespräch
- C 2.4 Beratungsgespräche
- C 2.5 Betreuungsgespräche
- C 2.6 Abschlussgespräch
- C 2.7 Berichterstattungen
- C 2.8 Rechnungserstellung

C 3 Ergebnisqualität

- C 3.1 Beendigungsform der Ernährungsberatung bzw. -therapie
- C 3.2 Erfassung und Beurteilung der Ergebnisse
- C 3.3 Kundenzufriedenheit
- C 3.4 Verarbeitung der Ergebnisse
- C 3.5 Evaluation
- C 3.6 Effizienz-Messung
- C 3.7 Verbesserungsvorschläge

8.4.1. Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Strukturqualität (C1)

- C 1.1** Die Beratungseinrichtung sollte eine gute Verkehrsanbindung besitzen (vgl. auch Kapitel 7.1.2.7., 7.3.1., sowie : AMBROSIUS, 1993; GÜNTHER, 1996; BECKE/BENECKE, 1999; MENNE, 1998; LAIREITER/VOGEL, 1998; SELCK, 2000; WEHLAND/VAN DEN BAN, 1982) und sowohl mit dem Auto als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sein.
- C 1.2** Ebenfalls müssen ausreichend, der Praxisgröße angepasste Parkmöglichkeiten vorhanden sein (vgl. auch Kapitel 7.1.2.7., 7.3.1., sowie AMBROSIUS, 1993; GÜNTHER, 1996; BECKE/BENECKE, 1999; MENNE, 1998; LAIREITER/VOGEL, 1998; SELCK, 2000; WEHLAND/VAN DEN BAN, 1982).
- C 1.3** Der Standort einer Ernährungsberatungspraxis ist unter Berücksichtigung weiterer Mitbewerber und unter dem Aspekt einer möglichst hohen, im Idealfall flächendeckenden Dichte an Möglichkeiten zur professionellen Ernährungsberatung zu wählen (vgl. auch Kapitel 7.1.2.1. und 7.3.1.).

- C 1.4** Dem Patienten/Klienten sind Informationen über die Beratungseinrichtung zugänglich zu machen. Dies kann in Form von Infos an einem „schwarzen Brett“ oder durch z. B. Broschüren bzw. Info-Zettel erfolgen.
- C 1.5** Des Weiteren bietet es sich an, allgemeine Informationsmaterialien in ausreichender Menge vorrätig zu haben. Sollten von der Industrie vorgefertigte Materialien Verwendung finden, ist darauf zu achten, dass diese den Ansprüchen an die Qualität genügen und aus wissenschaftlich fundierten Quellen stammen. Im Sinne der Unabhängigkeit und der Glaubwürdigkeit sollte auf den Einsatz von Werbematerialien verzichtet werden.
- C 1.6** Wie in jedem profitorientierten Dienstleistungsunternehmen sollte dem Ratsuchenden ein personell und wirtschaftlich vertretbarer Service zugute kommen. Dies gilt sowohl für die gesamte Praxis-Organisation (= kurze Wartezeiten, schnelle Terminvergabe) als auch für Hilfestellungen bei der Bewältigung evtl. auftretender Schwierigkeiten (z. B. Vordrucke für Verzehrpläne, Rezept-Service, Kummer-Hotline, Meckerkasten etc.). Vor allem im Hinblick auf die Punkte A 2.6 = Professionalität, A 3.5. = Geschäftsergebnisse, A 3.6 = Marktposition und A 3.7. = Image, sollte der Servicegedanke fest im Qualitätsmanagement verankert werden. Die jeweilige Ausprägung hängt dann von den verschiedenen Gegebenheiten wie Flexibilität, Kreativität, personelle Ausstattung sowie zeitlicher Horizont ab (vgl. auch Kapitel 7.3.1.):
- C 1.7** In der freiberuflichen Ernährungsberatung ist es durchaus sinnvoll und notwendig, Verträge mit öffentlich-rechtlichen oder privaten Auftraggebern abzuschließen (vgl. auch AMBROSIUS, 1993; BECKE/BENECKE, 1999).
Mögliche Vertragspartner können sein:
- Patienten/Klienten
 - Reinigungskräfte
 - Angestellte (z. B. für die Buchhaltung)
 - Honorarkräfte
 - Beteiligungen an der Praxis
 - Krankenkassen

- Kooperationspartner (z. B. Köche, Kindergärten etc.)

Im Sinne eines ganzheitlichen Qualitätsmanagements muss die Vertragsgestaltung eindeutig geregelt und für jeden nachvollziehbar gestaltet sein. Grundsätzlich sind alle möglichen Vertragsformen (z. B. Gesellschafter-Vertrag, Zeitvertrag, Mitarbeiter-Vertrag, Betreuungsverträge mit Patienten) rechtlich abzusichern und wirtschaftlich zu überprüfen. Aufgrund der in der Regel fehlenden Kenntnisse in diesem Bereich wird empfohlen, hierbei Fachleute zu Rate zu ziehen.

C 1.8 Die Dokumentationsverfahren sollen einheitlich gewählt und gut überschaubar sein. Datenschutzrechtliche Vorgaben müssen beachtet werden. Einheitliche Dokumentationen besitzen den Vorteil der Vergleichbarkeit und sollten, auch im Hinblick auf die Evaluation, bevorzugt werden. Dies gilt sowohl praxisintern als auch praxisübergreifend.

C 1.9 Werbung und PR sind ganz entscheidende Faktoren bei der Stabilisierung der Marktsituation („Tue Gutes und rede darüber“). PR-Maßnahmen können außerdem das Image einer Praxis positiv beeinflussen. Gesetzliche Vorgaben sind dabei zu beachten. PR-Maßnahmen sollten mit den entsprechenden Fachleuten aus dem Bereich der Kommunikationswissenschaft abgestimmt werden (vgl. auch GÜNTHER, 1996, S. 221). Es ist sinnvoll, ein festgelegtes Budget für PR- und Werbemaßnahmen einzuplanen. Wenn möglich, kann auch ein Maßnahmenkatalog erarbeitet werden. Auch ist es wichtig, einen Leitfaden für den Umgang mit der Presse zu erstellen bzw. den für seine Region zuständigen Redakteur zu kennen. Gut kommunizieren lassen sich die eingesetzten qualitätssichernden Maßnahmen.

8.4.2. Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Prozessqualität (C2)

C 2.1 Der Gesamtprozess Ernährungsberatung lässt sich in mehrere Einzelprozesse unterteilen (vgl. auch Kapitel 7.1.3. Abb. 7.1.3.a., 7.1.3.1., 7.2.2., 7.3.2). Ein Schritt dieser „Prozesskette“ ist die erste Kontaktaufnahme zwischen Patient und Beratungseinrichtung (vgl. auch Kapitel 7.3.2.). Dieser Prozess lässt sich, wie in Abb. 7.3.2.a. verdeutlicht wird, in einzelne Arbeitsschritte unterteilen. Diese einzelnen Schritte können demnach vereinheitlicht festgelegt bzw. standardisiert werden.

Ablauf Einzel-Prozess „Erst-Kontakt“:

- *Anmeldung persönlich* ➔ Terminvereinbarung ➔ Aufnahmebogen ausfüllen
- *Anmeldung telefonisch 1.* ➔ Alle Mitarbeiter melden sich mit „Praxis für Ernährungsberatung, Vorname, Name ➔ Terminvereinbarung ➔ Aufnahmebogen ausfüllen
- *Anmeldung telefonisch 2.* Anrufbeantworter (AB), Patient/Klient spricht auf den AB ➔ Rückruf ➔ Terminvereinbarung ➔ Aufnahmebogen ausfüllen

Eine Standardisierung kann jeweils praxisindividuell erfolgen und den örtlichen, technischen und personellen Gegebenheiten angepasst werden. Im Sinne von TQM muss der Prozess jedoch ggf. verbessert werden.

C 2.2 Die Anmeldemodalitäten werden ebenfalls einheitlich definiert und festgelegt. Dies kann in Form eines standardisierten Anmeldeformulars erfolgen, welches der allgemeinen Datenerhebung über den Patienten dient.

C 2.3 Das Erstgespräch dient der ersten intensiveren Kontaktaufnahme zwischen Berater und Patient/Klient (vgl. auch Kapitel 5. ff., 7.3.2.). Im Vordergrund stehen vor allem die Schaffung von Vertrauen, das Sammeln von Daten und die Information des Patienten über mögliche Kosten, Beratungsinhalte, voraussichtliche Beratungsdauer etc. Auch die gemeinsame Erarbeitung des eigentlichen Beratungszieles ist dem Erstgespräch zuzuordnen (HACKNEY/CORMIER, 1993).

Die folgende Vorgehensweise könnte standardisiert werden:

Ablauf Einzel-Prozess „Erstgespräch“:

- Begrüßung („Guten Tag, meine Name ist ..., nehmen Sie doch bitte Platz!“)
- dem Patienten/Klienten Raum für eigene Anmerkungen geben
- alle wichtigen Daten erfassen (Gesprächsprotokoll, persönliche Daten, Labor-Daten, Ernährungsdaten (falls Ernährungserhebung schon erfolgt ist))
- gemeinsames Erarbeiten eines Beratungszieles
- Materialien ausgeben (z. B. Ernährungsprotokolle, Infobroschüren)
- Allgemeine Informationen übermitteln (z. B. Kosten und Dauer der Beratung, Hilfe im Umgang mit den ausgeteilten Materialien etc.)

Dabei ist unter methodisch-didaktischen Gesichtspunkten darauf zu achten, dass der Patient/Klient

- von Anfangsängsten und Verunsicherungen befreit wird
- sorgfältige Aufmerksamkeit erhält, um sich ein Bild von der Lebens- und Erlebniswelt des Klienten machen zu können
- durch die Wahl seiner Gesprächsthemen auf die Prioritäten seiner Probleme aufmerksam gemacht wird
- nicht durch übertriebenes Reden seitens des Beraters in seiner Redezeit eingeschränkt wird

Auch ist es empfehlenswert, im Vorfeld der eigentlichen Beratung einen Kostenvoranschlag zu erstellen. Somit kann langwierigen Diskussionen und späteren Missverständnissen vorgebeugt werden (vgl. auch BECKE/BENECKE, 1999).

C 2.4

Während im ersten Gespräch ausschließlich Informationen eingeholt werden, kommt es in den folgenden Sitzungen darauf an, eine helfende Beziehung aufzubauen.

Die eigentlichen Beratungsgespräche können immer nach einem bestimmten Schema ablaufen. Da die Methodenauswahl sowie die didaktischen Fähigkeiten in den Curricula bzw. Fort- und Weiterbildungen der Landesorganisationen mitgelehrt werden, wird im Folgenden nur auf die wesentlichen Inhalte und Zielsetzungen der Beratungsgespräche eingegangen.

Ziele und Maßnahmen der Beratungsgespräche (auf Grundlage der ausgewerteten Erhebungen und medizinischen Parameter):

- Kompetenz des Ratsuchenden steigern (Essverhalten, Nahrungsmittelauswahl und -zubereitung, physiologische Grundlagen, Eigenverantwortung, Selbstmanagement)
- Vermittlung ernährungswissenschaftlicher Grundlagen (DGE-Empfehlungen, diättherapeutische Empfehlungen)
- Stärkung der Motivation
- Beantwortung aller vom Patienten gestellten (Ernährungs-)Fragen

C 2.5 Im Gegensatz zu den Beratungsgesprächen haben die Betreuungsgespräche das Ziel, den bisherigen Verlauf der eigentlichen Beratung zu kontrollieren, neu aufgekommene Fragen zu beantworten und evtl. die Motivation zu stärken. Außerdem können neuere Labordaten zur Beurteilung von Zwischenergebnissen herangezogen werden. Im Sinne von TQM sollten die bisherigen Prozesse evaluiert und ggf. Veränderungen am Prozess selber oder an der Zielsetzung vorgenommen werden (gilt auch für die Patientenzufriedenheit).

C 2.6 Gründe für den Abschluss einer Ernährungsberatung können sein:

- Erreichen des festgelegten Zieles
- Erreichen der festgelegten (bezuschussten) Anzahl von Terminen
- Patient/Klient möchte die Beratung beenden (wegen Unstimmigkeiten, aus persönlichen oder finanziellen Gründen)
- Berater möchte die Tätigkeit beenden (z. B. wegen Unstimmigkeiten, aus persönlichen Gründen, wegen unbezahlter Rechnungen trotz Mahnverfahren)
- nicht beeinflussbare Gründe wie Umzüge, Erkrankungen etc.

In den meisten Fällen wird das Ende der Beratung bewusst geplant, somit kann auch das Abschlussgespräch entsprechend vorbereitet werden.

Es dient dazu, den gesamten Beratungsverlauf zu reflektieren, über Erfolge bzw. Misserfolge zu diskutieren, neu gewonnene Erkenntnisse einzuordnen und den Patienten/Klienten zu motivieren, weiterhin auf eine gesunde Ernährung zu achten. Auch kann ggf. ein sog. „Fern-Ziel“ formuliert werden, welches vom Ratsuchenden eigenverantwortlich angestrebt wird.

Der Einzelprozess „Abschlussgespräch“ erfüllt eine wichtige Aufgabe im Gesamtkontext der Beratung, vor allem weil die aus ihm gewonnenen Erkenntnisse zur Prozessoptimierung herangezogen werden können. Ein bewusst gestaltetes Abschlussgespräch fördert ebenfalls die Professionalität und damit das Image und die Marktposition der Ernährungsberatungspraxis.

C 2.7 Im Anschluss an die Beratung sollten Ärzte, Krankenkassen bzw. weitere Beteiligte aus dem Netzwerk in Form von kurzen Berichten informiert werden. Es empfiehlt sich auch hier auf eine einheitliche Gestaltung zu achten.

C 2.8 Die Rechnungserstellung kann im Anschluss an die gesamte Beratung, monatlich oder pro Quartal, aber auch nach jedem Beratungstermin, erfolgen. Möglich ist die Bezahlung in bar gegen Quittung, auf Rechnung oder per Überweisung. Im Sinne eines professionellen Qualitätsmanagements ist eine bundesweit vereinheitlichte Rechnungsstellung zur besseren Transparenz der Leistungen zu bevorzugen.

Jede Rechnung muss enthalten:

- eine Rechnungsnummer
- ein Rechnungsdatum
- ein Zahlungsziel
- bei Umsatzsteuerpflicht muss eine 16%ige MwSt. gesondert ausgewiesen werden

(Quelle: LBH Steuerberatungsgesellschaft, Marburg)

Zusätzlich ist zu unterscheiden zwischen Rechnungen an sog. Kostenträger wie gesetzliche Krankenkassen bzw. Privatkassen und Privatzahler.

Kostenträger benötigen eine genaue Auflistung der Beratungstermine (in Zeiteinheiten) und eine genaue Aufzeichnung des Beratungszeitraumes (von ... bis ... 2002). Außerdem kann in bestimmten Fällen eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich sein (Quelle: Techniker Krankenkasse Marburg). Privatzahler benötigen eine Auflistung der Einzelleistungen mit Datum und entsprechender Gebühr.

Leider kommt es immer wieder vor, dass Nutzer von Ernährungsberatung ihren

Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen. In diesem Fall ist das gesetzlich vorgeschriebene Mahnverfahren einzuleiten.

8.4.3. Kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen zur Ergebnisqualität (C3)

C 3.1 Die Beendigungsform der Beratung oder Therapie sollte nach einem einheitlich gewählten Muster unter Berücksichtigung der unter C 2.6 gewählten Kriterien erfolgen.

C 3.2 Sämtliche im Laufe des Therapieprozesses gewonnenen Ergebnisse müssen erfasst und im Rahmen einer Evaluation beurteilt werden (vgl. auch Kapitel 7.3.3., 6.3.). Die Ergebnisse müssen so aufbereitet werden, dass sie ggf. der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden können und somit auch statistischen Zwecken dienen.

C 3.3 Die Kundenzufriedenheit als eines der Hauptkriterien von TQM (vgl. Kapitel 7.3.3., 7.2.3., 7.1.4. ff.) muss als Hauptzielsetzung der Ernährungsberatungspraxis fest im Qualitätsmanagement verankert werden. Alle Maßnahmen sind im Hinblick darauf zu gestalten.

C 3.4 Allein durch das Sammeln von Ergebnissen ist den Forderungen von TQM noch nicht Rechnung getragen. Dementsprechend ist die Art und Weise der Verarbeitung der verschiedensten Ergebnisse im Vorfeld unter QM-/TQM-Gesichtspunkten zu definieren (vgl. auch Kapitel 7.2.3. und 7.3.3.) und in den QM-Statuten festzuhalten.

C 3.5 Da in der Ernährungsberatung und -therapie bis heute nur sehr wenig Daten erfasst wurden, ist die Forderung nach einer Effizienz- bzw. Effektivitätsmessung groß. Die Evaluation als Teilelement der Qualitätssicherung liefert dazu einen wesentlichen Beitrag (vgl. auch Kapitel 6.3., 7.1.4.1., 7.1.4.2.).

Damit die erhobenen Daten einheitlich bewertet werden können, empfiehlt sich die Benutzung standardisierter Fragebogen (BECKE/BENECKE, 1999; GÜNTHER, 1996 und andere).

C 3.6 In Kapitel 7.1.4.2. wurde die Effizienzmessung genau beschrieben. Auch Kapitel 7.1.4.3. beschäftigt sich mit der wirtschaftlich erforderlichen Effizienz von Beratungsleistungen. Im Sinne von QM bzw. TQM sind diese Aspekte in einem QM zu verankern.

C 3.7 Verbesserungsvorschläge seitens der Patienten/Klienten sind in jedem Fall zu berücksichtigen, da sie entscheidend die Kundenzufriedenheit beeinflussen können.

Verbesserungsvorschläge können in jeder Phase der Beratung erfolgen und sich sowohl auf Aspekte der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität beziehen.

9. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Fertigstellung dieser Arbeit fällt in einen Zeitraum, der von Kostendämpfungen, vor allem im Gesundheitswesen und von der Forderung nach effizienten, qualitätsorientierten Strategien zur Verbesserung der Volksgesundheit geprägt ist. Aber auch in einen Zeitraum, der Begriffe wie Gesundheit, Fitness, Wellness, Anti-Aging zu maßgeblichen Faktoren unserer modernen Leistungsgesellschaft erklärt. Der Wunsch nach gesunder Lebensführung ist bei einem Großteil der Bevölkerung so stark implementiert, dass hierfür, trotz der momentanen schlechten wirtschaftlichen Lage, durchaus Geldmittel freigesetzt werden.

Die Zeichen für niedergelassene Ernährungsberater müssten also relativ gut stehen, zumal momentan durch den § 20 SGB V Ernährungsberatung durch die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst wird.

Einzigste Bedingung: Die Beratung muss als personenbezogene Dienstleistung Qualität nachweisen.

Durch welche Maßnahmen dies vorangetrieben und gefestigt werden könnte, wurde in der vorliegenden Arbeit versucht zu entwickeln und zu systematisieren.

Der nächste Schritt muss nun in der genauen Ausformulierung der einzelnen Vorschläge und deren Umsetzung in einheitlich durchführbare Normen und Standards erfolgen, und zwar anhand einer realen Beratungseinrichtung.

Doch die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen, wie in der Arbeit vorgeschlagen, garantiert noch keinen Erfolg im Sinne einer wirklichen Qualitätsverbesserung. Beim Aufbau und bei der Einführung eines entsprechenden Systems müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, um mögliche negative Entwicklungen, wie z. B. ein überdimensioniertes Kontrollsystem oder ein nicht angepasster zeitlicher Rahmen, zu vermeiden.

Ein zentrales Element ist sicherlich das Dokumentationssystem, vor allem für Mitarbeiter von Qualitätszirkeln, welches entscheidend Auskunft über Erfolg und Misserfolg geplanter bzw. durchgeführter Qualitätssicherungsmaßnahmen geben könnte (GEISLER, in: LAIREITER/VOGEL, 1998).

Es zählt jedoch für alle geplanten und einzuführenden Maßnahmen, dass sie nur dann ausreichend umgesetzt werden, wenn Wille und Motivation aller Beteiligten vorhanden sind. Daher ist in einer ersten Stufe die Bedeutung und Notwendigkeit einer Umsetzung qualitätsfördernder Maßnahmen von allen Beteiligten fassbar zu machen, dies muss in einer bundesweit angelegten Kampagne erfolgen, damit sich der Qualitätsgedanke flächendeckend durchsetzt. Die Kernaussagen dieser Kampagne sollten sein:

- Qualität ist machbar.
- Qualität ist existenzsichernd.
- Qualität bringt wirtschaftliche Vorteile.
- Qualität ist von jedem erlernbar.
- Qualität muss kommuniziert werden.
- Qualität strukturiert, verbessert und vereinfacht die eigene Arbeit.

Empfehlenswert ist ebenfalls der Einsatz geschulter Unternehmensberater, da jede Institution ein individuell zugeschnittenes Qualitätshandbuch erstellen sollte. Dabei kommt es darauf an, neben realisierbaren Inhalten auch Methoden zur Umsetzung zu beschreiben und ggf. Hilfeleistung zu leisten.

Übergeordnete Organisationen, wie z. B. die DGE, der VDD, QUETHEB, der VDOe oder die DAEM/DGEM, müssen regelmäßig untersuchen, inwieweit politische, strukturelle und organisatorische Veränderungen im Gesundheitswesen eine umfassende Qualitätsdiskussion behindern oder fördern.

Die Kommunikation, inter- und intradisziplinär sowie zum „Endverbraucher“, muss deutlich verbessert werden. Dies sollte im Rahmen einer professionalisierten Öffentlichkeitsarbeit der entsprechenden Standesorganisationen erfolgen, die jedoch nur dann nachhaltig wirken kann, wenn sie kontinuierlich eingesetzt wird – immer unter Berücksichtigung der momentanen Finanzlage.

Aber nicht nur die übergeordnete Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle, auch der fachliche Austausch mit Kollegen, Ärzten, Psychologen etc. ist von immenser Bedeutung. Zusammenarbeit lebt von Offenheit und persönlicher Einsatzbereitschaft der Beteiligten, nicht von Vorschriften oder Qualitäts-Maßgaben. Dabei obliegt es u. a. auch der Forschung und den Verbandsaktivitäten, sich der Frage anzunehmen, wie Offenheit und Engagement gefördert werden können und wie auf lokaler bzw. regionaler Ebene entsprechende Hindernisse abgebaut und Anreize gesetzt werden können.

Ein letzter entscheidender Aspekt, der maßgeblich für das Gelingen eines Qualitätsmanagementsystems verantwortlich ist, besteht aus der Fähigkeit zur Selbstkontrolle. Dazu existiert ein Verfahren der EFQM: „Selbstbewertung anhand des europäischen Modells für umfassendes Qualitätsmanagement (TQM)“ (1996), welches sich für diesen Zweck gut eignen würde.

Dieses Modell entspricht, ernsthaft organisiert und sinnvoll genutzt, der kollegialen (auch fachübergreifenden) Supervision unter Fachleuten.

Diese Art der Selbstkontrolle ist praktikabel und auf systematischer Basis durchführbar sowie aufgrund der leichten Initiierbarkeit und unmittelbaren Rückmeldung ebenso effektiv wie attraktiv.

Standardisierungen und der Abgleich von Methoden erfolgen zunächst auf lokaler bzw. regionaler Ebene, was zum Ausbau des gegenseitigen Verständnisses führen kann.

Zudem sollte noch ein weiterer Aspekt diskutiert werden. Aufgrund der fachwissenschaftlichen Literatur zählt die Ernährungsberatung zu den sozialen, personenbezogenen Dienstleistungen. Im Zuge einer Imageverbesserung mit dem daraus resultierenden Verständnis für die Honorargestaltung von freiberuflichen Ernährungsberatern ist es fraglich, ob eine „soziale Dienstleistung“ jemals den Stellenwert einnehmen kann, den z.B. eine Dienstleistung Unternehmens- oder Rechtsberatung erlangt. Vielmehr erscheint es sinnvoll, diese Begrifflichkeiten nicht öffentlich zu verwenden und eher auf Begriffe wie „gesundheitsfördernde Dienstleistung“ auszuweichen. Die Verfasserin ist der Ansicht, dass die Wahl der Begrifflichkeiten einen entscheidenden Anteil am Erfolg einer Imageverbesserung in Zusammenhang mit der Einführung eines Qualitätsmanagement für die Institution Ernährungsberatung als professionelle Dienstleistung hat.

Nur wenn deutlich wird, dass es sich bei der Ernährungsberatung um eine von gut ausgebildeten Fachkräften zur Erlangung von mehr Gesundheit und Lebensqualität durchgeführte professionelle Dienstleistung handelt, lässt sich der Wert dieser erbrachten Leistung sowohl materiell als auch immateriell aufrechnen.

10. Zusammenfassung

Die Thematik Qualitätsmanagement gewinnt vor allem im Bereich von Dienstleistungen zunehmend an Bedeutung. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Zum einen existiert ein gesteigertes Bedürfnis aus Kundensicht, die vom Dienstleister erbrachten Leistungen erfassen und bewerten zu können, zum anderen führt der immer stärker werdende Verdrängungswettbewerb auf den Märkten dazu, dass die Anbieter nach neuen, effektiven Möglichkeiten suchen müssen, ihre eigene Leistung der Öffentlichkeit darzulegen. Als dritter Aspekt ist sicherlich auch der gestiegene Kostendruck zu nennen, der vor allem Effizienz und Effektivität fordert. Auch die Ernährungsberatung kann sich diesen Entwicklungen nicht entziehen und ist als Institution aufgefordert, professionelle Vorschläge und Lösungen für ein umfassendes Qualitätsmanagement zu unterbreiten. Dazu existieren verschiedene Ausarbeitungen, zum Teil aus der Praxis entstanden, zum Teil mit wissenschaftlichem Hintergrund.

In der vorliegenden Arbeit werden jedoch nicht nur die bisherigen Veröffentlichungen zum Thema Qualitätsmanagement der Ernährungsberatung untersucht, vielmehr werden artverwandte Disziplinen auf ihre Eignung für eine mögliche Übertragung des Qualitätsmanagement auf die Ernährungsberatung hin überprüft und dort, wo es realisierbar ist, entsprechend transformiert.

Um dies mit der notwendigen wissenschaftlichen Sorgfalt ausführen zu können, ist es unerlässlich die Thematik von der Basis her aufzurollen, d.h. zunächst müssen die wissenschaftlichen Grundlagen zum Thema Qualität, Qualitätsmanagement, Dienstleistung und Beratung untersucht und systematisiert werden. Diese wissenschaftliche Literaturanalyse hat folgendes Bild ergeben: Die Thematik Qualität ist stark betriebswirtschaftlichen Aspekten zuzuordnen, was auch für die Institution Ernährungsberatung von Bedeutung ist. Auch wird ersichtlich, dass es fast unmöglich erscheint, **die** Qualität im Zusammenhang mit Kundenanforderungen und -wünschen zu formulieren. Eine genauere Betrachtung macht deutlich, dass es sich hierbei um Qualitätsmerkmale handelt, die individuell unterschiedliche Gewichtung erfahren. Alle Maßnahmen, die zur Gewährleistung einer definierten Qualität herangezogen werden fallen unter den Begriff Qualitätsmanagement. Die Bearbeitung der entsprechenden Literatur macht deutlich, dass die Entwicklung sowohl des nationalen als auch internationalen Qualitätsmanagements auf das Wirken einiger bedeutender Persönlichkeiten des QM zurückgeht, was in einer stark persönlichen Prägung der einzelnen Konzepte zum Ausdruck kommt. Demgegenüber steht die Normenreihe der DIN ISO 9000-9004, die Anbieter, Hersteller und Entwickler unterstützt, wie man managt, wie man sich organisiert, damit bestimmte Unter-

nehmensanforderungen erfüllt werden. Einen erweiterten Ansatz bieten das sogenannte Total Quality Management (TQM), welches mit seiner ganzheitlichen, den Menschen mit einbeziehenden Sichtweise eine Weiterentwicklung der klassischen Managementsysteme darstellt. Diese Konzepte wurden weltweit diskutiert, überarbeitet und modernisiert und sowohl im Produktions- als auch im Dienstleistungsbereich eingesetzt. Dies gelingt jedoch nur dann, wenn alle Geschäftsprozesse in ein QM einbezogen werden und wenn diese Prozesse effektiv, effizient, kontrollierbar und steuerbar sowie anpassungsfähig sind. Inwieweit diese Management-Systeme auf die Ernährungsberatung übertragen werden können, lässt sich erst nach einer genauen Überprüfung sowohl der für Dienstleistungen als auch Beratungsleistungen allgemein gültigen Anforderungen aussagen. Zuletzt müssen die Besonderheiten von Ernährungsberatung im Speziellen mit in die Betrachtung einbezogen werden. Aufgrund dieser Analyse ergibt sich folgendes Bild: Die Ernährungsberatung definiert sich als personenbezogene, soziale Dienstleistung und ist in diesem Zusammenhang ausreichend definiert und systematisiert. Hingegen existieren bis dato keine einheitlichen Beratungsrichtlinien, was vor allem bei der interdisziplinären Literaturanalyse ersichtlich wird. Es gibt jedoch Teilbereiche aus der Pädagogik, der Psychologie, der Betriebswirtschaftslehre und der Medizin, die sich durchaus übertragen lassen. Dies gilt vor allem für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Notwendigkeit eines Qualitätsmanagementsystems für die Ernährungsberatung wird vor allem unter Berücksichtigung der momentanen wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Situation deutlich. In dieser Arbeit geht es in erster Linie um die Sicherstellung der Existenz freiberuflich tätiger Ernährungsberater, was die Einbeziehung wirtschaftlicher Überlegungen unumgänglich macht. Unter Berücksichtigung aller für die Ernährungsberatung in Frage kommenden Faktoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, auch unter Einbeziehung von TQM-Elementen, ergibt sich folgender Vorschlag einer QM-Konzeption:

Die Komponenten von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen, soweit sinnvoll und möglich, standardisiert werden. Dies erfolgt im Rahmen eine Einteilung in betriebsbezogene, mitarbeiterbezogene und kundenbezogene Kriterien und Maßnahmen. Konkrete Vorschläge zur Standardisierung der einzelnen Komponenten werden im Rahmen dieser Arbeit vorgeschlagen. Ein maßgeblicher Faktor für die erfolgreiche Umsetzung einer QM-Konzeption ist eine professionelle Evaluation sowie die Bereitschaft aller am Prozesse Beteiligten, die Vorgaben und Normen auch in der Praxis umzusetzen. Hierbei kommt vor allem der Bildung von kollegialen Netzwerken eine bedeutende Rolle zu.

11. Summary

The subject quality management is gaining more and more importance primarily in the field of services. There are various reasons for that: On the one hand, from the customer's view, there is an increased demand to be able to register and assess the services provided by the service provider, on the other hand the crowding-out competition on the markets, which is getting stronger and stronger, leads to the fact that the providers have to search for new, effective ways to present their own services to the public. As a third aspect certainly the increased cost pressure has to be mentioned, which above all asks for efficiency and effectiveness. Also the nutrition education cannot free itself from these developments and, as an institution, is encouraged to put forward professional proposals and solutions for a comprehensive quality management. There are several workouts on this subject, partly developed from practice, partly with a scientific background.

However in the present paper not only the existing publications on the subject quality management of the nutrition education are analyzed - but related disciplines are checked with regard to their suitability for a potential transfer of the quality management to the nutrition education and, where it is practicable, transformed accordingly.

To be able to carry out this plan with the necessary scientific care, it is indispensable to go into the subject from the basis, i.e. first of all the scientific basics of the subject quality, quality management, service and consultation have to be analyzed and systematized. This scientific literature analysis has shown the following scene: The subject quality has to be assigned to strongly economic aspects, which is also important for the nutrition education as an institution. It also becomes evident that it seems to be almost impossible to couch in terms **the** quality in the connection of customer requirements and customer wishes. A closer examination makes clear that these are quality characteristics, which get individually different weighting. All measures, which are utilized to guarantee a defined quality, come under the term quality management. The treatment of the respective literature makes clear that the development both of the national and the international quality management goes back to the activities of some important persons of the QM, which is expressed in a strongly personal imprint of the particular concepts. On the other hand there is the series of standards of DIN ISO 9000-9004, which supports the provider, manufacturer and developer how to manage and how to organize with the purpose to meet certain company requirements. The so-called Total Quality Management (TQM) offers an advanced approach; TQM, by its comprehensive view, which includes the human being, represents a further development of the classical management systems. These

concepts were discussed, revised and modernized world-wide and employed both in the branch of production and in the service sector. However this is only successful, if all business processes are included in a QM and if these processes are effective, efficient, controllable, steerable and adaptable. To what extent these management systems can be transferred to nutrition education, can be told only after an exact examination of the general demands both of the services and the consulting services. Finally the specific characteristics of nutrition education have to be taken into consideration. Due to this analysis the following picture results: The nutrition education defines itself as a personal, social service and is adequately defined and systematized in this connection. However up to now there are no standardized consultation guidelines, which becomes evident primarily by carrying out an interdisciplinary literature analysis. Still there are parts from pedagogic, psychology, economics and medicine, which can absolutely be transferred. This applies primarily to the quality of structures, processes and results.

The necessity of a quality management system for the nutrition education becomes particularly clear considering the present economic and health political situation. This paper is in the first place about ensuring the living of freelance nutrition consultants, which makes the inclusion of economic considerations indispensable. Considering all factors of the quality of structures, processes and results, which are relevant for nutrition education - also including TQM elements - the following proposal of a QM concept results:

The components of structure, process and result quality have to be standardized as far as it is reasonable and practicable. This is done by a classification of criteria and measures related to the company, to the staff and to the customer. Concrete proposals for the standardization of the single components are put forward in this paper. A decisive factor for the successful implementation of a QM concept is a professional evaluation and the willingness of all persons involved in the process to put the instructions and standards into practice. In this context primarily the creation of loyal networks is of great significance.

12. Literaturverzeichnis

Abel, Thomas (1992): „Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile“; In: Prävention 15

Adam, H. (1990): „Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Gesundheitswesen“; In: Arbeit und Sozialpolitik 6, Seite 192-196

Adams, H. W., Rademacher, H. (Hrsg.) (1994): “Qualitätsmanagement: Strategie, Struktur, Systeme”; Frankfurt/Main: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Verl.-Bereich Wirtschaftsbücher

Albrecht, K. (1993): „Total Quality Service. Das einzige was zählt“, Düsseldorf, u.a.

Alterhoff (1983): „Grundlagen klientenzentrierter Beratung“; Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz

Ambrosius, P. (1992): „Strukturanalyse, Messung und Bewertung von Beratungsleistungen durch Diplom-Oecotrophologen am Beispiel freiberuflicher Ernährungsberatungstätigkeit“; Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades beim Fachbereich Ernährungs- und Haushaltswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen

Andersen Consulting (1993): „Die Zukunft des europäischen Gesundheitswesens.- Perspektiven für Deutschland“. Studie von Andersen Consulting in Kooperation mit Burson-Marsteller; Ergebnisbericht. Sulzbach, Bonn

Anger, E. (1992): „Der Brockhaus“, Brockhaus GmbH, Mannheim;

AOK-Bundesverband Bonn, BKK Bundesverband Essen, IKK-Bundesverband Bergisch-Gladbach, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel, Bundesknappschaft Bochum, See-Krankenkasse Hamburg, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg: „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001“

Asanger, R.; Wenninger, G. (Hrsg.) (1992): „Handwörterbuch Psychologie“, 4. Auflage, Weinheim

Atkinson, P. E. (1990):: “Creating Culture Change: The Key to successful TQM”

Avinash K. Dixit, Berry J. Nalebuff (1995): „Spieltheorie für Einsteiger , strategisches Know-how für Gewinner“, Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (1992): „Die Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen in der Krankenhausbehandlung“, Kornwestheim: Druck + Verlag Wagner GmbH

Bader, R. (1987): „Neue Technik - neue Fragen“; In: 40 Jahre VLBS, Verband der Lehrer an berufsbildenden Schulen und Kollegschaften in NRW, Düsseldorf, Seite 49-66

Ban, van den, A; Wehland, W. H. (1984): „Einführung in die Beratung – für Agraringenieure, Entwicklungshelfer und Ökotrophologen“; Berlin, Parey

Baumgärtel, F. (Hrsg.) (1996): „Qualitätsmanagement“ (Themenheft), Report Psychologie 21, Heft 11/12

Becke, B.; Benecke, M. (1999), QUETHEB (Hrsg.): „Prozessqualität in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung“, Band 1, MED+ORG, Villingen-Schwenningen

Becker (1993): „Ernährungsberatung und wirksame Beeinflussung des Verbraucherverhaltens“, AID-Verbraucherdienst, 38

Benes, G.; Feyerabend, F. K.; Vossbein, U. (Hrsg.) (1997): „Qualitätsmanagement als interdisziplinäres Problem“; Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.

Benkenstein, M. (1993): „Dienstleistungsqualität: Ansätze zur Messung und Implikation für die Steuerung“, in: ZfB, 63. Jg., Nr. 11, S. 1095-1116

Benz, E.; Caroli, W. (1977): „Beratung im Kontext der Schule“; Ravensburg: Otto Maier Verlag

Bertelmann, M., Jansen, J. & Fehling, A. (1996): „Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis“, Report Psychologie, 21, S. 892 – 901

Bihl, G.; Thanner, E.; Wächter, J. (1997): „Anforderungen neuer Arbeitsstrukturen an Führungskräfte und Mitarbeiter“ in: Zfo, 66. Jg., Nr. 10, S. 662-667

Bleicher, K. (1992): „Leitbilder: Orientierungsrahmen für eine integrative Management-Philosophie“

Bohl, A. (1995): „Qualitäts-Schindluder“, in: GV-Praxis, Nr. 10, S. 4

Böhls-Emkow, M. (1994): „Berufsbild des Diätassistenten - Anspruch und Wirklichkeit“ in: Ernährungsumschau, 41. Jg., Sonderheft, S. 10 – 13

Boland, H. (1993): „Grundlagen der Kommunikation in der Beratung“; Gießen

Bommert, H.; Plessen, U. (1978): „Psychologische Erziehungsberatung“, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz

Brem-Gräser, L. (1993): „Handbuch der Beratung für helfende Berufe“; Band 1; München; Basel: E. Reinhardt

Brem-Gräser, L. (1993): „Handbuch der Beratung für helfende Berufe“; Band 2; München; Basel: E. Reinhardt

Brem-Gräser, L. (1993): „Handbuch der Beratung für helfende Berufe“; Band 3; München; Basel: E. Reinhardt

Bretzke, W.-R. (1995): „Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen in Dienstleistungsunternehmen“; in: Bruhn, M.; Stauss, B. (Hrsg.): „Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen“; 2. Auflage, Wiesbaden, S. 401-427

Brock (2001): IKK-Bundesverband, in VDOe Positionen 03/01, S. 14

Bruhn, M. (1997): „Qualitätsmanagement für Dienstleistungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden“; 2. überarbeitete und erweiterte Auflage; Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer

Bundesärztekammer (Hrsg.) (1997): „Leitfaden: Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus“, München; Wien; Bern; New York

Büse, F. (1997): „Das ISO-Zertifikat ist der erste Meilenstein“, in: Heim und Pflege, Nr. 3/97, S. 88-93

Camp, R. C. (1996): "Benchmarking" (The Search for Industry Best Practices), Hanser Wissenschaft; München

Cichowski, R. R. (1992): "Anwenderorientierte Qualitätssicherung"; Berlin; Offenbach: vde-verlag

Corsten, H. (1986): „Mitarbeiter-orientierte Qualitätsförderungskonzepte – Charakterisierung und vergleichende Gegenüberstellung“, in: Dienstleistungsökonomie 7/86, Braunschweig

Crosby, Ph. B. (1979): "Quality is free"; New York/NY/USA: McGraw-Hill Book Company

Crosby, Ph. B. (1994): "Qualität 2000 – Completeness"; München: Hanser

Crosby, Ph. B. (1986): "Quality is free", Mentor Books 1980, "Qualität bringt Gewinn", Hamburg 1986 und "Qualität ist machbar", Hamburg 1986

Cullen, J., Hollingum, J.(1987): "Implementing Total Quality", Bedford, S.56

Cunningham, J. M.; Peters, H. J. (1973): "Counseling Theories"; Columbus

Deming, W. E. (1986): „Out of the Crisis“; Massachusetts, USA (englisch) Basiswerk für die moderne TQM- und Business Excellence

Deming, W. E. (1994): "The New Economics; For Industry, Government, Education"; Massachusetts Institute of Technology, USA (englisch)

Derow (1987/88): „Beratung, Beratungspsychologie“, in: **Dorsch, F. u.a.**, Psychologisches Wörterbuch; Bern: Huber Verlag

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) (1996): „Qualitätsmanagement bei Dienstleistungen“; 1. Auflage; Berlin; Wien; Zürich; Beuth

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ) (Hrsg.) (1995): Qualitätsmanagement

DGQ (1993): „Begriffe zum Qualitätsmanagement“; Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.; 6. Auflage; Berlin; Wien; Zürich: Beuth

DGQ, Deutsche Gesellschaft für Qualität (1995) (Hrsg): „Begriffe zum Qualitätsmanagement“, 6. Auflage; Berlin

Diedrichsen, I. (1993): „Ernährungsberatung“, Göttingen; Verlag für angewandte Psychologie“

Dietrich (1983): „Allgemeine Beratungspsychologie“, Göttingen; Toronto; Zürich

Dietrich, G. (1987): „Spezielle Beratungspsychologie“; Göttingen: Verlag Hogrefe

DIN EN ISO 9000-1 (1994): Normen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung, Teil 1: Leitfaden zur Auswahl und zur Anwendung, Berlin

DIN EN ISO 9004-1 (1994): Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätsmanagementsystems, Teil 1: Leitfaden, Berlin

DIN EN ISO 9004-2 (1994): Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätsmanagementsystems, Teil 2: Leitfaden, Berlin

DIN-Taschenbuch Software-Entwicklung, Programmierung und Dokumentation, Berlin; Köln: Beuth Verlag (1989)

Dittrich, A. (1998): „Gesundheitsförderung von Übergewichtigen: Überlegungen zu einem kooperativen Ernährungsberatungsmodell“; Lage: Jacobs

Donabedian, A. (1966): „Evaluating in the quality of medical care“, Milbank Memorial Funds Quarterly, 44, S. 166-203

Donabedian, A. (1980): “The Definition of Quality and Approaches to Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring”, Vol. I, Michigan

Dorenberg, Moeser-Jantke, Schall (1996/97): „Beratungsführer“, Herausgeber: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB), 5. Auflage, München

Döttlinger, K.; Klaiber, E. (1994): „Realisierung eines wirksamen Qualitätsmanagementsystems im Sinne des Total Quality Managements“, in: Stauss, B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und Zertifizierung, von DIN ISO 9000 zum Total Quality Management

Drosdowski, G.; Grebe, D. (1963): „Duden Etymologie“, Mannheim: Bibliographisches Institut

EFQM (Hrsg.) (1999): Der Europäische Qualitäts Award; Informationsbroschüre und Richtlinien für die Selbstbewertung, (jährlich neue Ausgaben)

Elter, V.-C. (1997): „Total Quality Management (TQM)“, in: WISU, 26. Jg., Nr. 3, S. 207-210

Engelhardt, W. H.; Schütz, P. (1991): „Total Quality Management“, in: WiSt, 20. Jg., Nr. 8, S. 394-399

Ernährungs-Umschau 37 (1990) 6, S. 250-252

Eversheim, W. (Hrsg.) (2000): „Qualitätsmanagement für Dienstleister – Grundlagen-Selbstanalyse-Umsetzungshilfen“, 2. Auflage; Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer

Feigenbaum, A. V. (1983): „Total Quality Control“; 3. Auflage; New York/NY/USA: McGraw-Hill Book Company

Feigenbaum, A. V. (1987): „Total Quality Developments into the 1990th – an international Perspective“, in: EOQC (Hrsg): Qualität – Herausforderung und Chance; München

Feigenbaum, A. V. (1956): „Total Quality Control“, HBR, Nov-Dez,

Fine, D. J. & Meyer, E. R. (1983): „Quality assurance in historical perspective“, Hospital and Health Services Administration, 28, S. 94 – 121

Fink, M.; Strube, C. M.; Rupieper, B.; Stenzel, B.; Hay, I. (1996): „Qualitätsmanagement Handbuch für hauswirtschaftliche Dienstleistungen“, Kassel

Flügge, I. (1991): „Erziehungsberatung“; Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie

Frank (1981): „Die Heiler“, Stuttgart

Frehr, H.-U. (1992): „Die Qualität des Unternehmens - eine neue Dimension der Qualität“, in: Zink, K.J. (Hrsg): Qualität als Management-Aufgabe, Total Quality Management, 2. überarb. Auflage

Frehr, H.-U. (1994): „Total Quality Management: unternehmensweite Qualitätsverbesserung: Ein Praxis-Leitfaden für Führungskräfte“, München; Wien: Hanser

Frehr, H.-U. (1994): „Total Quality Management“, in: Walter, M. (Hg.): Handbuch Qualitätsmanagement

Fries, H P. (1987): „Betriebswirtschaftslehre des Industriebetriebes“, 2. Auflage., München

Frosch, M.; Zimmerschied, I. (1995): „Qualitätsmanagemnt nach DIN ISO 9000 - Umsetzung in die Praxis“, in: Das Altenheim, 34. Jg., Nr. 1, S. 18 – 27

Fydrich, T.; Laireiter, A.-R.; Saile, H. & Engberding, M. (1996): „Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung“, Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, S. 161 – 168

Garvin, D. A. (1988): „Die acht Dimensionen der Produktqualität.“, in: Harvard Manager, 10. Jg., Nr. 3, S. 66-74.

Garvin, D. A., (1984): “What does Product Quality really mean?”, in: Sloan Management Review, Herbst 1984, S. 25 – 43

Geiger, W. (1994): Qualitätslehre – Einführung – Systematik – Terminologie“, Braunschweig; Wiesbaden: Friedr. Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH

Geisler, E. (1997): „Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance?“, In: Laireiter/Vogel: „Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung“, Tübingen: dgvt Verlag

Gerbis (1977): in Hoffmann „Therapeutische Methoden in der Sozial-Arbeit“, Salzburg

Gerstenmaier, J.; Nestmann, F. (1984): „Alltagstheorien von Beratung“, Opladen: Westdeutscher Verlag

Gerull, P. (1999): „Qualitätsmanagement in sozialen Handlungsfeldern – Überblick und aktueller Diskussionsstand“; Erschienen in: *Gemeinsam leben – Zeitschrift für integrative Erziehung* Nr. 1 – 99, Luchterhand

Glaap, W. (1993): „Iso 9000 leichtgemacht: praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QS-Systemen“; München; Wien: Hanser

Goldratt, Eliyahu M./Jeff Cox (1990): „Das Ziel; Höchstleistung in der Fertigung“; McGraw-Hill Book Company GmbH, Hamburg

Gözl, C. (1997): „Gesundheitspsychologische Aspekte des Ernährungsverhaltens: neue Ansätze für die Ernährungsberatung“; Lage: Jacobs

Gomez, P.; Zimmermann, T. (1993): „Unternehmensorganisation: Profile, Dynamik, Methodik“, 2. Revidierte und erweiterte Aufl., Frankfurt a.M.; New York

Grawe, K. (1997): Geleitwort in: Laireiter, A.-R.; Vogel, H. (1998): „Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung“; Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen: Dgvt-Verlag

Grochla, E. (1972): „Unternehmensorganisation“, Hamburg

Grönross, C. (1990): „Service Management and Marketing“, New York/NY/USA: Lexington Books

Günther, U. (1996): „Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung – Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie“, Frankfurt (Main), VAS

Hackney, H; Cormier, L. S. (1993): „Beratungsstrategien, Beratungsziele“, 3. Auflage; München; Basel: E. Reinhardt

Haist, F., Fromm, H. (1989): „Qualität im Unternehmen“; München: Hanser

Haller, S. (1995): „Beurteilung von Dienstleistungsqualitäten“, Wiesbaden

Hamel, G.; Prahalad, C. K. (1995): „Wettlauf um die Zukunft“, Wien

Hammer, M.; Champy, J. (1994): Business Reengineering, Frankfurt/Main

Hansen, W.; Kamiske, G. F. (2002): „Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich“, Symposium Publishing GmbH, Düsseldorf

Häußermann, Hartmut; Siebel, Walter (1995): „Dienstleistungsgesellschaften“, edition suhrkamp SV, Frankfurt /Main (1. Ausgabe)

Heger, H.-D. (1994): „Effiziente Vorbereitung auf die Zertifizierung sowie deren Durchführung in einem Industrieunternehmen: Erfahrungsbericht der Carl Edelmann GmbH“, in: Stauss, B. (Hrsg.): „Qualitätsmanagement und Zertifizierung, von DIN ISO 9000 zum Total Quality Management“, Wiesbaden

Heinen, E. (1971): „Grundlagen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen: Das Zielsystem der Unternehmung“, 2. Aufl., Wiesbaden

Heinrich, W. M.: „Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement“, Adelschlag: Bröner und Daentler Verlag (1996)

Heskett, J. L. (1986): „Managing in the Service Economy“, Boston

Hilke, W. (1989): „Dienstleistungsmarketing“, Wiesbaden: Gabler Verlag

Hirsch; Schmidtchen (1981): „Beratung“, in: Hautzinger, M.: Psychotherapie Manual, Berlin: Springer

Hinterhuber, H. H.; Handlbauer, G.; Matzler, K. (1997): „Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen“, München: Carl Hanser Verlag

Hoffmann, H. J. (1993): „Werteanalyse“, München: Wirtschaftsverlag Langen-Müller/Herbig

Hoffmann, V. (Hrsg) (1992): „Beratung als Lebenshilfe – Humane Konzepte für eine ländliche Entwicklung“, Weikersheim; Margraf

Hoffmann, W. (1988): „Konzeption und Wirklichkeit des schulrelevanten Beratungswesens in Bayern“, Roderer Verlag

Hollai, S. G., (1961): „Betriebswirtschaftliche Probleme der Unternehmensberatung“, Winterthur

Homburg, C.; Becker, J. (1996): „Zertifizierung von Qualitätssicherungssystemen nach den Qualitätsnormen DIN ISO 9000ff.“, in: WiSt, 25. Jg., Nr. 9, S. 444-450

IFT – Institut für Therapieforchung – Suchtforschung (2000): Aktuelles;
www.ift.de/IFT_deut/ift.htm

Imai, M.: Kaizen (1992): „Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb“, München

Ishikawa, K. (1985): „What is Total Quality Control - The Japanese Way“, New York (englisch)

Ishikawa, K. (1987): “The Quality Control Audit”, in: Quality Progress (QP) 01/87, S. 39-41

Ishikawa, K. (1989): “How to apply Company-Wide Quality Control in foreign Countries”, in: Quality Progress (QP), 09/89, S. 70 – 74

Ishikawa, K. (1985): “What is total Quality Control”, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.

Jahnen, A. (1997): „Theoretische und konzeptionelle Ansätze der Ernährungsberatung im Kontext von Gesundheit und Gesellschaft“, Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades beim Fachbereich Ernährungs- und Haushaltswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen

Jahnen, A. (2001): „Recherchen im Internet“, erschienen in: Ernährungs-Umschau, Ausgabe August 2001, Seite B 29 – B 31, Umschau Zeitschriften Verlag, Frankfurt/M.

Johnson (1967): „An Introduction to the Problems of Service Marketing Management, University of Delaware,, S. 18

Juran, J. M. (1988): “Quality Control Handbook”, 4. Auflage; New York/NY/USA: McGraw-Hill Books Company

Juran, J. M. (1988): “Juran on planning for Quality”, The free press, pp. 5-16

Juran, J. M. (1982): “Upper Management and Quality”, New York, B-2

Juran, J.M. (1989): „Handbuch der Qualitätsplanung“, Landsberg/Lech

Kamiske, G. F. (Hrsg.) (1992): „Die hohe Schule des Total Quality Management“, Berlin; Heidelberg; New York; London; Paris, Tokyo: Springer

Kamiske, G. F.; Brauer, J.-P. (1999): „Qualitätsmanagement von A – Z“; 3. vollst. überarbeitete und erw. Auflage; München; Wien: Hanser

Kamiske, G. F. (1991): „Das große Missverständnis“; In: Qualität und Zuverlässigkeit (QZ);

Kamiske, G. F.(Hrsg.) (1994): „Die Hohe Schule des Qualitätsmanagement“, Springer Verlag, Berlin

Kamiske, G. F.(Hrsg.) (1998): „Der Weg zur Spitze - Mit Total Quality Management zu Business Excellence - der Leitfaden zur Umsetzung“, Carl Hanser Verlag, München

Kanfer, F. H.; Reinecker, H. & Schmelzer D., (1996): „Selbstmanagement-Therapie“, Berlin: Springer

Kettschau, I. (2000): „Qualität und Qualitätsmanagement bei haushaltsbezogenen Dienstleistungen – konzeptionelle Überlegungen“, erschienen in Heft 1/2000 der Zeitschrift „Haushalt und Bildung“, Baltmannsweiler, Schneider Verlag

King Helm, K. (1991): “The entrepreneurial Nutritionist”; 2nd Edition, Dallas, Texas

Kirstein, H. (1991): „Audit als Managementinstrument zur Prozessverbesserung“; in: Qualität und Zuverlässigkeit (QZ), 36. Jg., Nr. 4, S. 207-212

Kirstein, H. (1994): „Qualitätsmanagement im Unternehmen: Philosophie – Strategie – Methode“; in: Kamiske, G. F. (Hrsg.): „Die hohe Schule des TQM“, Berlin: Springer Verlag

Kleber (1983): „Pädagogische Beratung“, Weinheim: Beltz Verlag

Kleber (1989): „Beratung in der Schule“, in: Goetze/Neukäter: „Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Handbuch der Sonderpädagogik“, Berlin, Edition Marhold, Spiess

Köchling, A. (1991): „Gestaltungswerkzeug Organisationsleitfaden Büroorganisation und EDV-Einsatz“; Wiesbaden: Forkel Verlag

Kosiol, (1961), in Nippa, M. (1988): „Gestaltungssätze für die Büroorganisation“; Berlin: Erich Schmidt

Kraemer-Fieger, S.; Roerkohl, A.; Kölsch, R. (Hrsg.) (1996): „Qualitätsmanagement in Non-Profit-Organisationen“, Wiesbaden: Gabler

Kroeber-Riel, W. (1996) :„Konsumentenverhalten“; Überarbeitete Auflage, München: Verlag Franz Wahlen,

Küster u. Ühlein (1999): „Soziale Dienstleistungen - Arbeitsfeld mit Zukunft“ in: VDOe Positionen 2/99, S. 4-5

Laireiter, A.-R.; Vogel, H. (Hrsg.) (1998): „Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung“; Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie; Tübingen; Dgvt-Verlag

Langmack, H.; Christelsohn, M. (1994): „Die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen“, in: Ernährungs-Umschau 41, Heft 7, Seite 265 – 271, Umschau Zeitschriften Verlag, Frankfurt/M.

Leonhäuser, I.-U. (1991): „Durch Prävention gesünder Leben: Anforderungen an eine professionalisierte Ernährungsberatung“, In: Schriftreihe „Durch Prävention gesünder leben“, Heft 2, Herausgeber: Justus Liebig Universität Gießen, Fachbereich Ernährungs- und Haushaltswissenschaft

Leonhäuser, I.-U. (1988): „Beratungsmethoden unter Berücksichtigung veränderter Lebensbedingungen und Beratungsanforderungen“, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, Ausgabe 3/36. Jahrgang, Seite 159 – 162

Leonhäuser, I.-U. (1993): „Wirtschaftslehre des Haushaltes und Ernährungsberatung“, in: Bottler, Wirtschaftslehre des Haushaltes; Baltmannsweiler: Schneider Verlag

Leonhäuser, I.-U. (1995): „Verbraucherinformationen und Verbraucherberatung als Drehscheibe zwischen Produzenten und Konsumenten“, in: Förderungsdienst Nr. 1, Sonderbeilage, Seite 2-4

Leönhäuser, I.-U. (1997) : „Ernährungsberatung im Wandel – wie stellt sich die Situation heute dar? Is the job done?“, in: Verbraucherdienst 42-11/97

Leönhäuser, I.-U. (1997) : „Ernährungskompetenz im Kontext einer Risiko- und Erlebnisgesellschaft“, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 1/1997

Liebel, H. (1992) : „Einführung in die Verhaltensmodifikation: Eine Anleitung zum Verhaltenstraining“, Weinheim: Psychologie-Verl.-Union,

Linhard, H. (1970): „Das Dienstleistungsunternehmen“; Stuttgart

Linster, H. W. & Rückert, D. (1996): „Qualitätssicherung im Rahmen der Gesprächspsychotherapie und der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“, in: Henning, H., Kikenzcher, E., Bahrke, U. & Rosendahl, W. (Hrsg.): „Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis“, Lengrich: Papst

Lisson, A. (1987): „Qualität – Die Herausforderung: Erfahrungen – Perspektiven“ ; Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer

Lisson, A. (1998): „Qualität - die Herausforderung“; Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer

Maas, P.; Schüller, A.; Strassmann, J. (1992): „Beratung von Organisationen - Zukunftsperspektiven praktischer u. theoretischer Konzepte“, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Maelicke, B. (Hrsg.) (1996): „Qualitätsmanagement in sozialen Betrieben und Unternehmen“, 1. Aufl.; Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

Maid-Kohnert, U. (2002): „Lexikon der Ernährung“; Spektrum Akademischer Verlag GmbH, Heidelberg; Berlin

Maleri, R. (1994): „Grundlagen der Dienstleistungsproduktion“, Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer

Malorny, Chr.; Kassebohm, K. (1994): „Brennpunkt TQM“; Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Management I (1972): „Für alle Führungskräfte in Wirtschaft und Verwaltung“; Deutsche Verlags-Anstalt GmbH, Stuttgart

Manz, R. (2000): „Konzeptionelle Überlegungen zur Prävention“, Public Health Forum 28, Seite 7 – 8

Masing, W. (Hrsg.)(1999): „Handbuch Qualitätsmanagement“; 4. Auflage; München: Hanser

Masing, W. (Hrsg.) (1994): „Handbuch Qualitätsmanagement“; 3. Aufl., München Hanser Verlag, Pocket Power Taschenbuchreihe

Masing, W. (Hrsg.)(1988): „Handbuch der Qualitätssicherung“; München; Wien: Hanser

McKinsey & Company, Inc. Günter Rommel (1995): „Qualität gewinnt – mit Hochleistungskultur und Kundennutzen an die Weltspitze“, Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Meadows, D. (1992): „Die neuen Grenzen des Wachstums“, DVA, Stuttgart 1992

Mees, U.; Selg, H. (Hrsg.) (1977): „Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation“, Stuttgart: Klett

Meffert, H.; Bruhn, M. (1996): „Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden“, 2. Auflage, Wiesbaden

Menne, K. (Hrsg.) (1998): „Qualität in Beratung und Therapie“, Juventa Verlag, Weinheim; München

Merbecks, M. (1997): „Darstellung und Bewertung von Effizienzanalysen zur Prävention ernährungsabhängiger Krankheiten“; Herausgeber: Institut für Landwirtschaftliche Betriebslehre, Prof. Dr. Rainer W. Köhl, Lehrstuhl für Betriebslehre in der Ernährungswirtschaft, Forschungsbericht Nr. 1/97

Meyer (1988): „Dienstleistungsmarketing. Erkenntnisse und praktische Beispiele“, 3. Aufl., Augsburg

Meyer, A.; Mattmüller, R. (1987): „Qualität von Dienstleistungen – Entwicklung eines praxisorientierten Qualitätsmodells“, in: Marketing ZFP, 9. Jahrgang, Nr. 3; S. 187-195

Mudie, P.; Cottam, A. (1993):“ The management and marketing of Services”, Oxford

Müller, B. K. (1996): „Qualitätskriterien für das Produkt Beratung in der Jugendhilfe“, in: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung: Produkt Beratung; Fürth, Bayern

Mutzek, W. (1993): „Kooperative Beratung – Eine Zusatzqualifikation für Lehrkräfte an integrativ arbeitenden sonderpädagogischen Förderzentren und Beratungsinstituten“; In: Mohr, H. (Hrsg.): Integration verändert Schule, Konzepte der Arbeit sonderpädagogischer Förderzentren; Hamburg: Feldhaus Verlag

Mutzek, W. (1997): „Kooperative Beratung“; Weinheim: Deutscher Studienverlag

Neofiodow, Leo A. (1997): “Der 6. Kondradieff“; Rhein-Sieg Verlag

Niemann, H.; Illgen, R.; Hansen, M. (1997): „Qualitätsmanagement in Handelsunternehmen“; Heidelberg: Physica-Verlag

Nippa, M. (1988): „Gestaltungssätze für die Büroorganisation“; Berlin: Erich Schmidt

Oess, A. (1989): „Total quality management: Die Praxis des Qualitätsmanagements“; Wiesbaden: Gabler

Parsuraman, A.; Zeithaml, V. A.; Berry, L. L. (1985): „A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research“; in: Journal of Marketing, Vol. 49, No. 1, S. 41 - 50

Pfeifer, Th. (1996) : „Qualitätsmanagement: Strategien, Methoden, Techniken“, München; Wien: Hanser,

Prognos (1995): „Prognos-Report“; Basel/Schweiz

Pudel, V. (1991): „Praxis der Ernährungsberatung“, 2. überarbeitete Auflage; Berlin; Heidelberg; New York, Hong-Kong; Barcelona: Springer

Radtke, Ph. (1997): „Ganzheitliches Modell zur Umsetzung von Total Quality Management“; Dissertation; Berlin: Technische Universität

Raehlmann, I. (1996): „Entwicklung von Arbeitsorganisationen“; Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH

Rahm, D. (1988): „Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit“; Paderborn: Junfermann-Verlag

Rechtien, W. (1988): „Beratung im Alltag“; Paderborn: Junfermann Verlag

Reimer, M.; Schüler, P. & Ströhm, W. (1998): „Qualitätssicherung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung“; In: Laireiter, A.-R.; Vogel, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung; Tübingen: dgvt-Verlag

Reinhart; Lindemann; Heinzl (1996): „Qualitätsmanagement – ein Kurs für Studium und Praxis“; Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer

Reiss, Hans-Christoph (1993): „Controlling und Soziale Arbeit“, Hermann Luchterhand Verlag GmbH & Co. KG, Neuwied, Kriftel, Berlin

Remele: „Unternehmensberater und Unternehmer“; In: Handbuch der Rationalisierung, a.a.O.; S. 2

Renner-Weber (2001): „Dumpingpreise zerstören den Markt“ in VDOe-Positionen, 02/01, S. 16

Rinne, H. (1989): „Statistische Methoden der Qualitätssicherung“; Seite 10, München; Wien: Hanser

Risse, W. (1980): „Handbuch Wirtschaftberatung“, 5.1., Seite 5;

Risse, W. (1989): „Marketing für die Beratung – Beruf und Rolle des Wirtschafts- und Unternehmensberaters in Klein- und Mittelbetrieben“; Wiesbaden: Forkel

Rogers, C. R. (1970): “Toward a modern approach to values: The valuing process in the mature person”, in: Hart, J. T.; Tomlinson, T. M. (Hrsg.): New directions in client centered therapy; Boston

Rogers, C. R. (1972): “Die nicht direkte Beratung”, München

Rommelspacher, B. (1989): „Das typisch Weibliche in der Beratung – das organisierte Helfen“, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 1/1989

Rothery, B. (1994): „Der Leitfaden zur ISO 9000“; München; Wien: Hanser

Rumpf, Chr. (1996): „Qualitätsmanagement speditioneller Dienstleistungen“; Giessener Studien zur Transportwirtschaft und Kommunikation; Band 13; Hamburg: Deutscher Verlag

Schade, Ch. (1997): „Marketing für die Unternehmensberatung – Ein institutionenökonomischer Ansatz“, Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag

Schildknecht, R. (1992): „Total quality management: Konzeption und State of Art“; Frankfurt/Main; New York: Campus

Schlobig (1988): „Unternehmensberatung“, in: HdB, 4. Bd. a.a.O.

Schmidt, S. (1996): „Entwicklung eines Kostenrechnungsmodells für die Qualitätssicherung“, Aachen: Shaker Verlag

Schneider, R. (1997): „Vom Umgang mit Zahlen und Daten – Eine praxisnahe Einführung in die Statistik und Ernährungsepidemiologie“, Frankfurt am Main: Umschau Zeitschriften Verlag

Schönig, Wolfgang; Brunner, Ewald Johannes (1993): „Organisationen beraten - Impulse für Theorie und Praxis“, Freiburg im Breisgau, Lambertus

Schröder, H.: „Management-Enzyklopedie“, 5. Band, S. 952

Schubert, H. J.; Zink, K. J. (Hrsg.) (1997): „Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen“, Neuwied; Kriftel/T.; Berlin: Luchterhand

Schüller, A. (1976): „Dienstleistungsmärkte in der Bundesrepublik Deutschland“, Köln; Opladen

Schulte, D. (1993): „Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?“, in: Zeitschrift für klinische Psychologie, 22, Seite 374 – 393

Schwarzer, R. (Hrsg.) (1977): „Beraterlexikon“; München: Kösel

Seibert, U. (1978): „Soziale Arbeit als Beratung – Ansätze und Methoden für eine nicht stigmatisierende Praxis“; Weinheim

Seischab (1963):“ Betriebswirtschaftliche Grundbegriffe“, Stuttgart

Selbmann, H. K. (1995): „Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung“, in: Gabel, W. (Hrsg.): „Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus“, Wien: Springer

Selck, A. (2000): „Die interne Qualitätsorientierung als Ausgangspunkt zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems bei Dienstleistern im Gesundheitswesen“, genehmigte Dissertation, Technische Universität Carola-Wilhelmina zu Braunschweig

Sendler, H. (1990): „Prävention als Auftrag der Krankenkassen“ in Ernährungsumschau , 37. Jhrg. 1990 , Sonderheft

Senge, P. (1996): „Die fünfte Disziplin; Kunst und Praxis der lernenden Organisation“, Klett Cotta Verlag Stuttgart

Shewhart, W. A.; Deming, W. E. (1939): “Statistical Methods from the Viewpoint of Quality Control”; New York/NY/USA: Lancaster Press

Sondermann, J. P. ; Leist, R. (1989): „Methodenbausteine für eine qualitätsorientierte Prozessplanung“ In: Qualität und Zuverlässigkeit (QZ), 34 Jg. (1989), Nr. 12, S. 656-662

Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik (2000): Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Dienstleistungen und der Beitrag des Mannheimer Innovationspanels und der ZWE/Creditreform Konjunkturumfrage zu ihrer Darstellung, 7/2000

Staudt, E.; Hinterwäller, E. (1982): „Quality Circle in Deutschland“, Perspektiven und Probleme. Berichte aus der angewandten Innovationsforschung, Erster Deutscher Quality Circle Kongress 1982, Hrsg.: RKW, SS. 13-37

Steinbuch, Pitter A. (1984): „Basiswissen Betriebswirtschaft“, Friedrich Kiehl Verlag GmbH, Ludwigshafen (Rhein)

Strotmann, W. (1998): „Qualitäts- und Prozessmanagement im Beratungsgeschäft“; In Menne, K. (Hrsg.): „Qualität in Beratung und Therapie“; Weinheim; München: Juventa Verlag

Taguchi, G., Clausing, D. (1990): “Radikale Ideen zur Qualitätssicherung”, in: Harvard Manager; 12. Jahrgang (1990), Nr. 4, S. 35-48)

Teutenberg, H. J. (Hrsg.) (1983): „Ernährungserziehung und Ernährungsberatung, Grundlagen, Methoden, Perspektiven“, Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e.V., Band 3. Beiheft der Ernährungsumschau, Jg. 30

Troschke (1993):“ Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung“, in: Prävention 16/1

Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. : VDO_E Position Ausgabe 1 / 02, Seite 13.

Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. : VDO_E Position Ausgabe 2 / 01, Seite 16.

Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. : VDO_E Position Ausgabe 2 / 99, Seite 4-9.

Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V. : VDO_E Position Ausgabe 3 / 01, Seite 4-9.

Viethen, G. (1994): „Qualitätssicherung in der Medizin. Teil 1“, QualiMed, 2, S. 9 - 16

Viethen, G.; Maier, I. (Hrsg.) (1996): „Qualität rechnet sich. Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus“, Stuttgart: Thieme

Watzka, K. (1990):“ Etablierung einer Qualitätsstruktur im Unternehmen“, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Heft 2, 1990

Weisbach, Ch.-R. (1989): „Beratung als postmoderne Dienstleistung“, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 1/1989

Wittig, K.-J. (1989): “Kundenkritische Qualitätsmerkmale”.QZ 34, Heft 12, Seite 637 ff

Wittig, K.-J. (1994): “Qualitätsmanagement in der Praxis: DIN ISO 9000, Lean Production, Total Quality Management: Einführung eines QM-Systems im Unternehmen”; Stuttgart:

Wottawa, H.; Thierau, H. (1990): „Lehrbuch Evaluation“; Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber

Wulf, Chr. (1977): „, Evaluation“; In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Beraterlexikon; München: Kösel

Wunder, D. (1994): „Qualitätssicherung als prozessbegleitendes Konzept.“; Grundlagen der Weiterbildung 5 (1994), S. 34

WZB -Mitteilungen 88: Dynamik von Dienstleistungen, S. 18-22, Juni 2000

Zander, Ernst u. Ziehm (1983): „Zusammenarbeit mit Beratern in Klein- und Mittelbetrieben“; Freiburg i. Br. S. 22 ff

Zeithaml, V. A. (1981): „How Consumer Evaluation Processes differ between Goods and Services“, in: Donnelly, J. H.;George, W. R. (Hrsg.): Marketing of Services; Chicago/USA: American Marketing Association

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., Berry, L. L. (1985): „Problems and Strategies in Services Marketing“, in: Journal of Marketing, Vol. 49, Spring 1985

Zink, K. J. (Hrsg.) (1989): „Qualität als Managementaufgabe = Total Quality Management“; Landsberg/Lech: Verlag moderne Industrie

Zink, K. J. (1995): „TQM als integratives Managementkonzept“; München: Hanser

Zink, K. J. (Hrsg.) (1992): “Total Quality Management”, 2. Auflage

Zink, K.J. (Hrsg.) (1994): „Business Excellence durch TQM - Erfahrungen Europäischer Unternehmen“, München