

**Michael T. Wright
Martina Block**

**Bestandsaufnahme der Aktivitäten der
AIDS-Hilfen zu Evaluation und
Qualitätssicherung in der Primärprävention**

Ein gemeinsames Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung
und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. unter der Leitung von Rolf Rosenbrock

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

Schlussbericht

Mai 2005

Bestell-Nr. SP I 2005-304

ISSN-Nr. 1860-8884

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

Abstract

Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, die Formen und den Umfang der in den deutschen AIDS-Hilfe-Organisationen gängigen Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten in der Primärprävention systematisch zu beschreiben und den Bedarf nach fachlicher Unterstützung für den weiteren Ausbau dieser Aktivitäten zu ermitteln. Zwei Datenquellen dienten als Grundlage für die Auswertung: eine Totalerhebung aller Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe mittels eines selbst entwickelten Fragebogens und Projektbesuche bei zwölf AIDS-Hilfe-Organisationen, die die Vielfalt der primärpräventiven Arbeit abbilden. Die Ergebnisse zeigen, dass bereits zahlreiche Erfahrungen mit diversen Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung und Evaluation vorliegen. Vor allem mangelnde Arbeitskapazität, aber auch Unsicherheiten bei der Erhebung, Auswertung und Interpretation von Daten über den Bedarf der Zielgruppen sowie über die Abläufe und Ergebnisse der geleisteten primärpräventiven Arbeit verhindern eine konsequente Umsetzung der Methoden der Qualitätssicherung und der Evaluation im Praxisalltag. Die Vielfalt der AIDS-Hilfe-Organisationen bedarf eines flexiblen, dezentralisierten Modells für Unterstützungsangebote zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation, das Partizipation – sowohl seitens der Projektmitarbeiter als auch seitens der Projektnutzer – in den Mittelpunkt setzt. Gleichzeitig müssen Angebote systematisch aufgebaut und inhaltlich übersichtlich sein. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden wird ein Baukastensystem empfohlen, das aus den folgenden fünf Elementen besteht: Workshops zu Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation, ein internetbasiertes „interaktives“ Handbuch von Ressourcen für die Qualitätssicherung und Evaluation, individuelle Beratung für Einrichtungen zur Entwicklung und Durchführung eigener Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen, Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten und ein Peer-review-Verfahren.

Abstract

The focus of this study was twofold: (1) To document the methods of quality assurance and evaluation currently being used in the primary prevention work of the AIDS service organizations (ASOs) in Germany (2) To determine which supportive measures are required by the ASOs to further develop appropriate quality assurance and evaluation measures. Data were obtained through a questionnaire mailed to all the member organizations of the Deutsche AIDS-Hilfe, the national German AIDS organization, as well as through site visits conducted at twelve ASOs representing the full spectrum of prevention practice. Results show that the ASOs have already employed a variety of quality assurance and evaluation measures in their work. Lack of capacity as well as ongoing questions concerning data collection, analysis, and interpretation present barriers to the consistent application of such measures. The great diversity among the ASOs requires a flexible, decentralized model for supporting ongoing quality assurance and evaluation activities. A participatory action research approach consisting of the following five integrated components is recommended: skill-building workshops on methods of quality assurance and evaluation; an internet based, interactive handbook providing resources for developing appropriate quality assurance and evaluation strategies; individualized consultation with each project to develop a tailored approach to quality assurance and evaluation meeting the project's specific needs; consultation on the use of official epidemiological data in local planning and evaluation; and a peer review process at the national level.

Inhalt

Zusammenfassung	6
Der Hintergrund: Die internationale Debatte zur Evaluation der Primärprävention der AIDS-Hilfe-Organisationen	10
Der Ansatz: Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation	13
Das Projekt: Eine Kooperation zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe und dem Wissenschaftszentrum Berlin im Zeichen der Partizipation	16
Projektziele	17
Datenerhebungsmethoden und Teilnehmerrekrutierung	17
Ergebnisse aus dem Fragebogen	19
Fragebogen: Konzeption und Rücklauf	19
Auswertung des Fragebogens	20
Zielgruppen und Modalitäten der Primärprävention	20
Strukturelle Merkmale der Einrichtungen	22
Die Einstellungen der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung	25
Konzepte und Aktivitäten für die Evaluation und Qualitätssicherung	30
Partizipative Evaluation und Qualitätssicherung	41
Ergebnisse aus den Projektbesuchen	43
Was ist Qualität in der Primärprävention?	44
Welche Erfahrungen in der Qualitätssicherung und Evaluation liegen bereits vor?	49
Welche Probleme werden in der Qualitätssicherung und Evaluation erlebt?	53
Was brauchen die Projekte für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation?	59
Gruppengespräche	61
Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	69
Definition von Qualität in der Primärprävention	69
Einstellungen zu Qualitätssicherung und Evaluation	70
Erfahrungen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation	70
Hemmnisse in der Entwicklung und Durchführung von Qualitätsmaßnahmen	72
Der Bedarf nach Unterstützung beim Aufbau der Qualitätssicherung	73
Rückmeldungen der besuchten Projekte zur ersten Fassung des Forschungsberichts	74
Empfehlungen	77
Literatur	83
Anhang	85

Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei Robert Kordts, der im Rahmen seines Praktikums in der Forschungsgruppe Public Health einen wichtigen Beitrag zur Durchführung und Auswertung der Umfrage der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe geleistet hat.

Zusammenfassung

Ziel

Die vorliegende Studie, eine Bestandsaufnahme der bestehenden Praxis der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe in der Qualitätssicherung und Evaluation ihrer primärpräventiven Arbeit, verfolgte folgende Ziele:

1. Das Interesse der AIDS-Hilfe-Organisationen in Deutschland an der Anwendung von Evaluations- und Qualitätssicherungsmethoden in der Primärprävention zu wecken bzw. zu verstärken und dadurch auch einzelne Einrichtungen für die Teilnahme an einer längerfristigen Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe und der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung zu gewinnen.
2. Die Formen und den Umfang der in den AIDS-Hilfe-Organisationen gängigen Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten systematisch zu beschreiben.
3. Den Bedarf nach fachlicher Unterstützung für die Durchführung von Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten in den AIDS-Hilfe-Organisationen zu ermitteln.
4. Die Verbindung zwischen der Planung und Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen und den Ergebnissen laufender Evaluationsverfahren im Sinne der Qualitätsentwicklung zu überprüfen.

Datenerhebung

Zwei Datenquellen dienten als Grundlage für die Auswertung: eine Totalerhebung aller Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe mittels eines selbst entwickelten Fragebogens und Projektbesuche bei 12 AIDS-Hilfe-Organisationen, die ausgewählt wurden, dass sie die Vielfalt der primärpräventiven Arbeit abbilden.

Die Totalerhebung sollte einen Überblick über grundsätzliche Einstellungen zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation schaffen sowie Basisinformation über bisherige Erfahrungen aus diesem Bereich im gesamten Verband zusammentragen. Der Rücklauf betrug 89 % (106 von 119 Projekten) der Mitgliedsorganisationen. 77 % (92 von 119 Projekten) konnten in der Berechnung statistischer Zusammenhänge berücksichtigt werden. Die überwiegende Mehrheit der befragten AIDS-Hilfe-Organisationen (93 %) führt Primärprävention durch.

Die Projektbesuche sollten einen differenzierteren Einblick in die heutige Praxis der Qualitätssicherung und Evaluation durch die Sichtung von Dokumentationen und Interviews mit Mitarbeitern ermöglichen. Der Projektbesuch dauerte jeweils ein bis zwei Tage. Insgesamt fanden 54 Einzelgespräche und 12 Gruppengespräche statt.

Ergebnisse

Die große Mehrheit der AIDS-Hilfe-Organisationen hält klare Kriterien für die Leistung ihrer Arbeit in Form von Leitlinien und Zielen für wichtig – auch unter Berücksichtigung der Neuinfektionsrate. Weit verbreitet ist jedoch die Meinung, dass sich die Präventionsarbeit nur schwer messen lässt. Dadurch wird in Frage gestellt, ob eine aussagekräftige Überprüfung der Ergebnisqualität ihrer Arbeit überhaupt möglich ist. Aus der Sicht der Projekte scheitert die Messbarkeit daran, dass sich die weder der Rückgang noch die Zunahme der Infektionszahlen direkt auf spezifische Interventionen zurückführen lassen. Dazu kommt das Problem, dass im

Rahmen von Leistungsvereinbarungen ausschließlich quantitative Indikatoren bisher festgelegt wurden, obwohl wesentliche Aspekte der geleisteten Angebote sich eher qualitativ erfassen lassen. Ein dritter Aspekt des Problems der Messbarkeit ist mit der Dynamik der aufsuchenden Arbeit und mit den Szenen, in denen diese Arbeit geleistet wird, verbunden. Die Fluktuation in den Szenen, die Unangemessenheit von formalen Befragungen an vielerlei Orten der Szene sowie erschwerte Kommunikationsbedingungen beschränken die Möglichkeit, Informationen über die Zielgruppe und über die Wirkung der Präventionsarbeit systematisch zu erheben, stark.

Dennoch erkennen die Akteure in den Projekten die Notwendigkeit und den Nutzen von Evaluation und Qualitätssicherung: Von den im Fragebogen vorgegebenen 18 Qualitätssicherungsmaßnahmen in fünf Kategorien (Bedarfsklärung, Leitlinien, praxisbegleitende Maßnahmen, Dokumentation und Ergebnismessung) liegt der Anteil der Projekte, die die jeweilige Maßnahme verwendet, weit über 80 % – mit folgenden Ausnahmen: Supervision (77 %), die Dokumentation von Arbeitsabläufen (75 %), Leitlinien von anderen Einrichtungen (60 %) und wissenschaftliche Fachbegleitung (29 %). Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie die Nutzung der epidemiologischen Daten des RKI finden in der Arbeit aller Einrichtungen Platz.

Das größte Hemmnis in der Entwicklung und Durchführung von angemessenen Qualitätsmaßnahmen ist der Mangel an Ressourcen. Vor allem bei kleinen Einrichtungen mangelt es an personeller Kapazität, um überhaupt die Präventionsarbeit zu leisten, geschweige denn qualitätsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Aber auch bei größeren Projekten scheitern die meisten Versuche der Qualitätssicherung und Evaluation daran, dass die Mitarbeiter keine Zeit für deren konsequente Anwendung aufbringen können. Unsicherheit bei der Handhabung von Qualitätssicherungsmethoden stellt ein weiteres Hemmnis dar.

Die in der Einrichtung zur Verfügung stehende Arbeitskapazität beeinflusst die Entscheidung darüber, ob bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden. Die Verwendung von eigenen Leitlinien, die Inanspruchnahme von Supervision, die Teilnahme an Facharbeitskreisen, die Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, die Dokumentation von Konzepten sowie Strategieplanung im Team sind Maßnahmen, die eher in größeren Einrichtungen realisiert werden. Die Ergebnisse aus den Projektbesuchen legen die Interpretation nahe, dass dieser Unterschied auf drei Merkmale größerer Einrichtungen zurückzuführen ist: eine differenziertere und dadurch komplexere Organisationsstruktur, mehr Zeit für Aktivitäten über die unmittelbare Arbeit mit der Zielgruppe hinaus und mehr Personalmittel. Je größer die Einrichtung, umso mehr Mitarbeiter sind in der Einrichtung tätig und umso ausdifferenzierter sind die Arbeitsbereiche und Arbeitstätigkeiten. Dies schafft nicht nur mehr Zeit für den unmittelbaren Kontakt zur Zielgruppe, sondern auch für zusätzliche praxisbegleitende Maßnahmen (u. a. Qualitätssicherungsmaßnahmen), die durch die Größe der Einrichtung erforderlich geworden sind, um steigende Anforderungen an Koordination und Steuerung zu bewältigen.

Es existiert ein ausgeprägter Bedarf nach Unterstützung für den (weiteren) Aufbau der Qualitätssicherung und Evaluation in den AIDS-Hilfe-Organisationen. Die besuchten Projekte haben folgende Anforderungen an Unterstützungsangebote, die ihnen bei Fragen der Qualitätssicherung und Evaluation helfen sollen. Diese Unterstützung soll den Projekten ermöglichen, Formen der Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln, die:

- zeitlich im Verhältnis zum Angebot stehen, d. h. nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen, die in die Präventionsarbeit investiert werden könnte,
- an die konkreten Angebote und Praxisstrukturen der Einrichtung angepasst sind,

- praktikabel (d. h. unter anderem – nicht zu umfangreich) sind,
- routinemäßig in die alltägliche Arbeit eingebaut werden können,
- wissenschaftlich abgesichert sind,
- qualitative Aspekte der Arbeit (subjektive Betrachtungen sowohl der Mitarbeiter als auch der Nutzer) berücksichtigen,
- ein übersichtliches, leicht zu bedienendes Dokumentationssystem verwenden,
- die Meinungen der Nutzer einbeziehen (hinsichtlich Bedarf und Reaktion auf Angebote),
- einen kritischen Blick von außen auf die Präventionsarbeit ermöglichen.

Die fachliche Unterstützung von außen soll vor allem der Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums dienen, das Informationen über den Ablauf und die Ergebnisse der Arbeit liefert. Wichtig dabei ist, dass die erarbeiteten Instrumente und deren Anwendung:

- die Erfahrungen und Meinungen der verschiedenen Szenen abbilden können,
- arbeitsbereichsspezifische Aspekte berücksichtigen (d. h. beispielsweise nicht die gleichen Fragebögen und Vorgehensweisen für Veranstaltungen in der JVA wie für Veranstaltungen in Schulen verwenden, auch wenn beide Aufklärungsveranstaltungen sind),
- Vergleiche zwischen Einrichtungen, die ähnliche Präventionsarbeit leisten, ermöglichen.

Empfehlungen

Empfehlung 1:

Ein stärkeres politisches Engagement seitens der Deutschen AIDS-Hilfe hinsichtlich der mangelnden Ressourcen für die Primärprävention

Obwohl die Finanzierung und politische Steuerung der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen in den Kompetenzen der Bundesländer und vor allem der Kommunen liegen, sollte auf Bundesebene der Mangel an adäquaten Ressourcen (Finanzen, Ausstattung, fachlicher Unterstützung) für die Primärprävention stärker thematisiert werden. Der Ressourcenmangel ist das größte Hemmnis für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Primärprävention, nicht nur weil notwendige Interventionen nicht realisiert, sondern auch weil qualitätssichernde Maßnahmen nicht konsequent umgesetzt werden können und keine Planungssicherheit für die auf diesem Gebiet tätigen Projekte besteht. Als Grundlage für politische Forderungen nach verstärkten Investitionen in die Primärprävention wäre die Festlegung fachlich begründeter Mindeststandards für eine ausreichende Finanzierung nützlich, auch mit Bezug auf den Anteil, der für Qualitätssicherung und Evaluation zur Verfügung gestellt werden sollte.

Empfehlung 2:

Der Aufbau eines Baukastensystems für die Unterstützung der AIDS-Hilfe-Organisationen in der Weiterentwicklung von Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren

Die Vielfalt der AIDS-Hilfe-Organisationen bedarf eines flexiblen Modells für Unterstützungsangebote zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation. Gleichzeitig müssen Angebote systematisch aufgebaut und inhaltlich übersichtlich sein. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden wird ein Baukastensystem empfohlen, das aus den folgenden fünf Elementen besteht:

- Workshops zu Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation
- ein „interaktives“ Handbuch zu Ressourcen für die Qualitätssicherung und Evaluation
- individuelle Beratung für Einrichtungen zur Entwicklung und Durchführung eigener Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen

- Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten und ein Peer-review-Verfahren.

Die Teilnahme an allen Angeboten wird freiwillig und kostenlos sein. Die individuellen Baukästen können einzeln oder in Kombination in Anspruch genommen werden.

Ein Vorschlag zur Umsetzung der Unterstützungsmaßnahmen

Das Baukastensystem wird von der Deutschen AIDS-Hilfe in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung aufgebaut. Über zwei Jahre hinweg wird die Grundstruktur für die Angebote in folgenden Arbeitsschritten festgelegt:

Arbeitsschritt 1: Durchführung von Workshops und Entwicklung des Handbuchs

Arbeitsschritt 2: Aufbau eines Wissenschaftler-Netzwerkes

Arbeitsschritt 3: Individuelle Beratung für AIDS-Hilfe-Organisationen

Arbeitsschritt 4: Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten

Arbeitsschritt 5: Ein Peer-review-Verfahren entwickeln und erproben

Der Hintergrund: Die internationale Debatte zur Evaluation der Primärprävention der AIDS-Hilfe-Organisationen

In den letzten zwanzig Jahren hat sich in Deutschland wie auch international ein zunehmendes wissenschaftliches und politisches Interesse an der Gestaltung präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich entwickelt. Über die traditionellen Methoden der Seuchenkontrolle und Hygiene hinaus wird inzwischen ein Ansatz bevorzugt, bei dem gesundheitliche Probleme nicht nur als biologisch verursachte Erkrankungen, sondern auch als politisch, kulturell und psychosozial bestimmte Phänomene behandelt werden. Verschiedene internationale Studien belegen, dass Ausgrenzung, Diskriminierung und die Zugehörigkeit zu einer niedrigen Sozialschicht einen wichtigen Einfluss auf die Verteilung und Häufigkeit von Risiken, Risikoverhalten und Krankheiten in der Bevölkerung haben. Deshalb werden verstärkt Maßnahmen befürwortet, die sozial benachteiligte Mitglieder der Gesellschaft erreichen sollen (in Deutschland z. B. § 20 SGB V zur Förderung der Primärprävention durch Krankenkassen; § 19 Infektionsschutzgesetz zur aufsuchenden Arbeit). Dies bedeutet in erster Linie die Förderung aufsuchender, niedrigschwelliger und zielgruppenspezifischer Präventionsangebote für Bevölkerungsgruppen, deren Zugang zu den üblichen Vorsorgestrukturen erschwert ist.

In diesem Rahmen entstanden in vielen Ländern AIDS-Hilfe-Organisationen als die erste weltweite Bewegung, die das Ziel hat, eine Krankheit durch gesundheitsfördernde Aktivitäten von Nichtregierungsorganisationen (NRO) zu bekämpfen. Die Erfahrungen der AIDS-Hilfe-Organisationen können deshalb wichtige Lehren für die Nutzung des Nichtregierungssektors in der Bekämpfung anderer Krankheiten enthalten. Aber wie kann man die Ergebnisse und Auswirkungen der Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen prüfen? Umfassende Evaluationen dieser Art waren bislang in vielen Ländern wegen politischen und finanziellen Einschränkungen erheblich beeinträchtigt. Das größte Hindernis dabei ist jedoch der Mangel an klar definierten Theorien und Methoden für die Auswertung solcher Aktivitäten. Angemessene Evaluationsverfahren, die nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern gleichermaßen für Praktiker¹ und Zuwendungsgeber von Relevanz sind, müssen entwickelt werden. Das heißt in erster Linie, eine Verknüpfung von qualitätssichernden Aktivitäten mit einer laufenden Evaluation der Arbeitsprozesse und -ergebnisse herzustellen, um die Zielfindung, Durchführung, Effektivität und Effizienz gruppenspezifischer Primärprävention transparent und messbar zu machen.

Auf nationaler und internationaler Ebene findet man nach wie vor viel Lob für die Aktivitäten der Nichtregierungsorganisationen im Aidsbereich. Es gibt aber noch wenige Informationen darüber, welche dieser Aktivitäten erfolgreich und weshalb sie wirksam sind. Diese Wissenslücke hat eine theoretische und eine praktische Seite. Die theoretische Seite ist durch den Mangel an umfassenden praxisbezogenen Theorien gekennzeichnet. Die gängigen Erklärungsmuster betonen individualpsychologische Aspekte des Risikoverhaltens, während die NRO sich auch mit gesellschaftlichen Faktoren – vor allem Armut und Diskriminierung – beschäftigen. Die praktische Seite des Problems umfasst die eingeschränkten Kapazitäten und fehlenden Konzepte hinsichtlich der Auswertung der Arbeit des Nichtregierungssektors. C. McClure und Kollegen (2000) bringen es auf den Punkt:

Community-based research (CBR) is a growing trend in AIDS research, encouraged by funding bodies and demanded by community-based organizations wanting to play a greater role in identifying research questions and producing knowledge that will

¹ Im Interesse der Lesbarkeit wird im Text ausschließlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind männliche und weibliche Personen.

inform policy and practice. However, the interest in CBR presently outstrips capacity and know-how: Community organizations often lack the necessary time and research skills, while university researchers often lack skills in working collaboratively outside the usual frameworks of scholarly research. There is a pressing need for models and discussion about issues and strategies of CBR, from a variety of perspectives.

Übersetzung der Autoren:

Immer mehr Forschungsprojekte werden in Zusammenarbeit mit AIDS-Hilfe-Organisationen durchgeführt. Diese Projekte, die zunehmend von Geldgebern gefördert werden, kommen zustande, weil die AIDS-Hilfe-Organisationen eine größere Rolle bei der Formulierung von Forschungsfragen sowie bei der Erhebung von Daten für Praxis und Politik einfordern. Dieses wachsende Interesse an einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis steht nicht im Verhältnis zu dem noch bestehenden Mangel an Kapazität und Know-how für dessen konkrete Umsetzung. AIDS-Hilfe-Organisationen fehlen die notwendige Zeit und die methodischen Kenntnisse und den Wissenschaftlern an den Universitäten die notwendigen Fähigkeiten, um mit Kooperationspartnern außerhalb der üblichen Forschungsstrukturen erfolgreich zusammenarbeiten zu können. Es besteht ein dringender Diskussionsbedarf hinsichtlich der Modelle und Strategien für Forschung im Kontext der AIDS-Hilfe-Organisationen und zwar aus verschiedenen Perspektiven

Das Problem der Kapazität ergibt sich sowohl aus strukturellen als auch aus finanziellen Faktoren. Der strukturelle Faktor besteht darin, dass die Auswertung der Arbeit selten in den Strukturen der NRO eingebettet ist. Wenn überhaupt, werden Evaluationen von außen durchgeführt und nach Kriterien, die von den NRO nicht mitbestimmt wurden. Dies führt häufig dazu, dass die Ergebnisse der aktuellen Problemlage der evaluierten Projekte nicht entsprechen, sodass die Projekte die gelieferten Daten nicht nutzen können. Das finanzielle Problem besteht darin, dass zu wenig in Evaluationstätigkeiten investiert wird und die evaluative Komponente zuerst Kürzungen zum Opfer fällt.

Das Problem der Konzepte liegt in den verschiedenen erkenntnistheoretischen Ansätzen der Evaluation von Maßnahmen im Aidsbereich, die wiederum durch die Anwendung einer breiten Palette von Methoden gekennzeichnet sind. Gegenwärtig wird von zahlreichen Wissenschaftlern eine experimentelle Vorgehensweise (randomised clinical trials – RCT) bevorzugt. Diese Methode entstand aus der Diskussion zur evidenzbasierten Medizin und vertritt den Ansatz, die Wirksamkeit einer Maßnahme durch kontrollierte experimentelle Studien zu überprüfen. Die Teilnehmer solcher Studien sind üblicherweise Einzelpersonen, obwohl auch ganze Kommunen oder Stadtteile als Forschungsgegenstand einbezogen werden können. Die unmittelbaren Wirkungen von Interventionen sind vor allem quantitativ zu testen; diejenigen, die sich auf diese Weise bewähren, sollen Priorität bei der Finanzierung und Durchführung der Aidsbekämpfung bekommen. Des Weiteren erhalten experimentelle Verfahren dieser Art die Priorität im Forschungsbudget, weil davon ausgegangen wird, dass ausschließlich auf diese Weise die wissenschaftliche Bestätigung der Wirksamkeit einer Maßnahme erbracht werden kann. In diesem Sinne arbeitet eine internationale Forschungsgruppe innerhalb der Cochrane Collaboration (eine Organisation zur Verbreitung und Unterstützung der evidenzbasierten Medizin) an der Zusammenfügung aller Studien über primärpräventive Maßnahmen, wobei experimentelle Untersuchungen Vorrang haben.

Die Gegenposition wurde von Gary Dowsett (2000) auf der 13. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban/Südafrika so formuliert:

The commitment to community-based HIV social research is much stronger in principle than in practice. HIV social research is dominated by quantitative behavioural monitoring studies and experimental intervention trials. Rarely do the research needs of the HIV community sector gain the resources needed or attract sufficient academic interest to produce really useful knowledge to assist practitioners in the community sector to undertake their work more effectively with a more secure knowledge base.

Übersetzung der Autoren:

Der Wille zur Unterstützung der Forschungen in Zusammenarbeit mit AIDS-Hilfe-Organisationen ist prinzipiell sehr groß, wird aber in der Praxis selten umgesetzt. Die sozialwissenschaftliche Forschung im Aidsbereich ist stark von verhaltensorientierten Querschnittsstudien sowie von experimentellen Interventionsversuchen dominiert. Die für Praktiker wichtigen Fragestellungen werden von Wissenschaftlern und Zuwendungsgebern selten berücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass die durchgeführten Studien den Praxisalltag selten durch neue Kenntnisse unterstützen.

Nach diesem Ansatz sollen NRO von Anfang an in die Konzipierung und Durchführung der evaluativen Forschung einbezogen werden, damit sowohl die Forschungsfragen als auch die daraus resultierenden Methoden und Ergebnisse den Projekten einen direkten Gewinn erbringen. Experimentelle Studien sind nur eine Möglichkeit unter vielen, um brauchbare Daten über die Arbeit der Projekte zu erwerben. Am wirkungsvollsten ist es, wenn Auswertungsprozesse in die tägliche Arbeit der Projekte einbezogen werden. Dadurch kann eine regelmäßige Selbstreflexion auf Grund systematisch erhobener Informationen stattfinden, die nicht nur zur ständigen Verbesserung der Angebote sondern auch zur Entwicklung der eigenen Theorien und Erklärungsmuster führen soll. Damit könnte die Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis geschlossen werden, und die Qualität der Angebote nach dem Ansatz der Selbsthilfe würde erheblich verbessert. In diesem Sinne wurde eine Kooperation zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe und der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung im Rahmen des im vorliegenden Bericht vorgestellten Projekts realisiert.

Wichtig zu bemerken ist, dass es in Deutschland bisher relativ wenig Evaluationsforschung zu den Angeboten der AIDS-Hilfe-Organisationen gab. Mit Ausnahme zeitlich begrenzter Begleitforschung im Rahmen von Modellprojekten, die eher auf die Machbarkeit und nicht auf das Ergebnis von Interventionen gerichtet ist, werden kaum Forschungsprojekte von Universitäten und anderen wissenschaftlichen Einrichtungen in diesem Bereich durchgeführt. Existierende Studien wurden in erster Linie von der Deutschen AIDS-Hilfe und deren Mitgliedsorganisationen finanziert und in Eigenregie realisiert, in den wenigsten Fällen in Kooperation mit einer wissenschaftlichen Einrichtung.

Der Ansatz: Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation

Qualitätssicherung, ein Begriff, der in den letzten Jahren aus der Betriebswirtschaft auf den sozialen und gesundheitlichen Sektor übertragen wurde, bezeichnet ursprünglich alle systematischen Versuche, die Leistung einer Firma dadurch zu steigern, dass sämtliche Abläufe nach bestimmten Kriterien regelmäßig überprüft und verbessert werden. Je nach Qualitätstheorie oder -modell liegt der Schwerpunkt der Qualitätssicherung auf unterschiedlichen Aspekten dieser Abläufe. In der Industrie bemisst sich der Erfolg eines Unternehmens im Verhältnis zur Konkurrenz. Das Ziel der Qualitätssicherung ist dementsprechend eine gesteigerte Wettbewerbsfähigkeit, die den Gewinn eines größeren Marktanteils ermöglicht.

Evaluation kennzeichnet eine sozialwissenschaftliche Methode, mit der Ergebnisse konkreter politischer und sozialer Maßnahmen überprüft werden. Die Evaluation beschäftigt sich vorrangig mit zwei Fragen: erstens – ob eine bestimmte Maßnahme die erwünschte Wirkung erbracht hat und zweitens – wie die Wirkung der Maßnahme zu erklären ist. Die Antworten auf diese Fragen werden von den durchführenden Einrichtungen genutzt, um vorhandene Maßnahmen zu optimieren bzw. neue Maßnahmen so zu entwickeln, dass damit ein stärkerer Einfluss auf gesellschaftliche Veränderungsprozesse ausgeübt werden kann.

Wie schon aus diesen Kurzdefinitionen abgeleitet werden kann, sind weder Qualitätssicherung noch Evaluation allein eine ausreichende Basis für die Steuerung der Primärprävention. Die Qualitätssicherung mit ihrem Blick auf Arbeitsprozesse lässt organisatorische Aspekte auch von Einrichtungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich betrachten, berücksichtigt aber nicht die besonderen Bedingungen dieser Einrichtungen, deren Finanzierung nicht vom freien Markt, sondern von der Erfüllung eines öffentlichen Auftrags abhängig ist. Die Evaluation stellt den öffentlichen Auftrag in den Mittelpunkt, betont aber wissenschaftliche Erklärungsmuster und vernachlässigt dadurch die organisatorischen Besonderheiten der Einrichtungen. Aus diesen Gründen wird immer häufiger argumentiert, dass beide, Qualitätssicherung und Evaluation, berücksichtigt werden müssen, um das Potential der primärpräventiven Arbeit zu optimieren (vgl. Christiansen 1999). Die Zusammenführung dieser zwei Aspekte zu diesem Zweck ist jedoch ein schwieriges Unterfangen: Die unterschiedlichen Entstehungsgeschichten haben dazu geführt, dass Fachleute in der Regel nur über eine Kompetenz in der Qualitätssicherung *oder* in der Evaluationsforschung verfügen. Dazu kommt die Vielzahl an Theorien und Modellen aus beiden Bereichen, die sich nicht ohne weiteres kombinieren lassen.

Der partizipative Ansatz in der Qualitätssicherung und Evaluation versteht sich zunächst als Querschnittsaufgabe, die unabhängig von Theorie oder Modell erfüllt werden kann. Die Aufgabe besteht darin, *eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter und vor allem der Zielgruppen an allen Aspekten der Planung (einschließlich der Problemdefinition), Durchführung, Steuerung und Auswertung einer primärpräventiven Maßnahme zu gewährleisten* (vgl. Stark 2003). Dieser Ansatz sieht eine enge, langfristige Zusammenarbeit zwischen Zuwendungsgeber, Projektmitarbeitern und Zielgruppen in allen Projektphasen vor. Der Anspruch steht im Kontrast zu der „von außen“ bestimmten, einseitigen Leistungskontrolle, die im sozialen und gesundheitlichen Bereich eher üblich ist. Diese Kontrolle nimmt in der Regel zwei Formen an: eine Aufsicht seitens des Kostenträgers (unter Einbeziehung von Projektberichten und zunehmend auch quantitativer Daten über Projektnutzer und erbrachte Leistungen) und/oder eine wissenschaftliche Begleitung der Projektarbeit, die die Angemessenheit der Angebote prüft. Diese Formen der Leistungskontrolle werden in den seltensten Fällen partizipativ gestaltet, das heißt, die berücksichtigten Kriterien und Verfahren werden nicht von den betroffenen Projekten und deren Klientel mitbestimmt.

Der partizipative Ansatz als Querschnittsaufgabe kann durch die Anwendung der so genannten *Handlungsforschung* (auch Aktionsforschung genannt) gefördert werden. Die Handlungsforschung repräsentiert in der Evaluation eine Richtung, die für die Erhebung und Auswertung von Daten einen Rahmen schafft, in dem alle Akteure – Vertreter aus der Zielgruppe, Projektmitarbeiter, Kostenträger und Wissenschaftler – gleichberechtigt zusammenarbeiten können. Diese Form einer solchen Zusammenarbeit wird durch folgende Merkmale gekennzeichnet (in Anlehnung an INCBR 2000; vgl. Israel u. a. 1998):

Aufbau und Erhaltung von Kapazität: Mitarbeiter von Projekten werden dazu befähigt, Informationen über ihre Arbeit systematisch zu erheben und auszuwerten. Ziel ist der Aufbau einer langfristigen Kompetenz zur Selbstreflexion sowie zur selbst gesteuerten Weiterentwicklung.

Mitbestimmung: Alle wesentlichen Aspekte der Qualitäts- und Evaluationsmaßnahmen werden von allen Akteuren (Projekt, Zielgruppe, Wissenschaft, Kostenträger) mit entschieden, z. B. ethische Fragen, der Umgang mit Daten sowie die Verwendung und Veröffentlichung der Ergebnisse.

Gleichstellung: Qualitätssicherung und Evaluation nach einem partizipativen Ansatz erfordern ein besonderes Verhältnis zwischen den Beobachtern und den Beobachteten, da die „Probanden“ auch an der Analyse ihres kollektiven Zustandes teilnehmen. Alle Akteure müssen sich deshalb als gleichberechtigte Partner verstehen, damit die Zusammenarbeit so ausgehandelt werden kann, dass sich Respekt, Selbstbewusstsein und Empowerment entwickeln können.

Zugang: Da Qualitätssicherung und Evaluation nach einem partizipativen Ansatz eine Form von Weiterbildung für die beteiligten Projekte und Zielgruppen darstellen, sollten Sprache und Methode allgemein verständlich sein, um den optimalen Zugang für alle Akteure zu gewährleisten.

Empowerment: Der Prozess der Qualitätsentwicklung und der Evaluation sowie die dadurch gewonnenen Daten und Erkenntnisse sind das Eigentum der beteiligten Projekte und deren Nutzer und müssen als solche von anderen Akteuren (Kostenträgern, Wissenschaftlern) anerkannt und respektiert werden. Die Projekte und deren Nutzer sollen dabei unterstützt werden, die Ergebnisse der Qualitäts- und Evaluationsverfahren so zu nutzen, dass die Zielgruppe zum Thema Gesundheit stärker mobilisiert wird, um ihren gesundheitlichen Zustand durch individuelles und kollektives Handeln selbständig verbessern zu können.

In der Evaluationsforschung wird zwischen *internen* und *externen* Evaluationen unterschieden. Eine interne Evaluation wird von Projektmitarbeitern selbst durchgeführt, eine externe Evaluation von Außenstehenden (z. B. vom Kostenträger oder von beauftragten Wissenschaftlern). Es wird weiterhin zwischen *Selbstevaluation* und *Fremdevaluation* differenziert: Eine Selbstevaluation ist eine Auswertung der eigenen Arbeit, eine Fremdevaluation eine Auswertung der Arbeit von anderen. Die Selbstevaluation, die in Deutschland vor allem in der Sozialarbeit und Pädagogik bekannt ist, sieht vor, dass der Praktiker seine eigene Arbeit routinemäßig und systematisch überprüft und die Ergebnisse schriftlich festhält. Die Selbstevaluation erfolgt freiwillig und dient der Entwicklung der eigenen Praxiskompetenzen (z. B. König 1998, Heiner 1994). Der partizipative Ansatz basiert auf einer Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren und stellt deshalb eine Verbindung von interner und externer Evaluation dar: Auch wenn Projektmitarbeiter alle Daten erheben, werden diese Daten zusammen mit den anderen Akteuren ausgewertet. Die Selbstevaluation bildet den Kern des partizipativen Ansatzes. Da alle verwendeten Evaluationsmaßnahmen in der Zusammenarbeit zwischen

Akteuren ausgehandelt werden, ist jedoch ein gewisser öffentlicher Aspekt immer vorhanden, der eher einer Fremdevaluation ähnelt und in dieser Hinsicht vom selbst bestimmten Charakter des ursprünglichen Selbstevaluationskonzepts abweicht.

Solange die oben geschilderten Kernmerkmale berücksichtigt werden, ist der partizipative Ansatz grundsätzlich mit verschiedenen Qualitätsmodellen vereinbar. Nicht nur das Konzept des *Total Quality Management*, das in der deutschen Diskussion zur Qualität im Gesundheitswesen momentan Hochkonjunktur hat, sondern beispielsweise auch das *Innovationsmanagement*, das Konzept der *Lernenden Organisation* oder das *Change Management* könnten mit dem partizipativen Ansatz kombiniert werden, um Qualitätssicherungsprozesse zu unterstützen.

Partizipation als Bestandteil der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung wird vor allem im angloamerikanischen Raum, in Skandinavien sowie in der Entwicklungsarbeit *explizit* thematisiert. In der internationalen Literatur zu HIV/Aids und anderen Maßnahmen im Gesundheitsbereich läuft diese Diskussion unter vielerlei Begrifflichkeiten z. B.: *community-based research*, *action research*, *participatory research*, *participatory action research*, *collaborative research*, *participatory evaluation*, *empowerment evaluation* (s. Überblick in Allmann u. a. 1997). In Deutschland wird Partizipation in diesem Sinne in drei Zusammenhängen *implizit* diskutiert. Der erste beruht in Theorie und Praxis auf der oben erwähnten Selbstevaluation, welche Einzelaspekte des partizipativen Ansatzes enthält. Die beiden anderen Zusammenhänge sind in den Praxisbereichen „gesundheitsfördernde Schule“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“ zu finden.²

Die folgende Darstellung in Anlehnung an die Arbeit von Jane Springett (2003) verdeutlicht einige wichtige Unterschiede zwischen dem üblichen expertengeleiteten Ansatz und einem partizipativen Ansatz in der Evaluation (Abbildung 1):

Abbildung 1:

Die Unterschiede zwischen einer konventionellen und einer partizipativen Evaluation

	konventionelle Evaluation	partizipative Evaluation
Veranstalter	externe Experten	Vertreter aus der Zielgruppe, Projektmitarbeiter
Erfolgskriterien	im Voraus festgelegte Maßstäbe der Effizienz und des erzielten Gesundheitseffekts	durch Zusammenarbeit ausgehandelte Kriterien, die einen direkten Bezug auf selbst definierte Bedürfnisse der Zielgruppe nehmen
Methode	im Voraus festgelegte Methoden, die nur durch wissenschaftlich ausgebildete Mitarbeiter angewendet werden können; wissenschaftliche Kriterien der Datenqualität stehen im Vordergrund	durch Zusammenarbeit ausgehandelte Methoden, die auch von Praktikern bzw. Zielgruppenmitgliedern angewendet werden können; Handhabbarkeit und Praxisrelevanz der Methoden stehen im Vordergrund
Berichterstattung	Ergebnisse werden erst nach dem Abschluss der Evaluation bekannt; Analyse wird allein vom Wissenschaftler durchgeführt; eingeschränkter Zugang zu Daten	Ergebnisse werden kontinuierlich allen Kooperationspartnern mitgeteilt; Analyse wird in Kooperation mit allen Partnern durchgeführt; offener Zugang zu Daten für alle Kooperationspartner
Zeitraum	punktuell, üblicherweise nach der Durchführung der Intervention	fortdauernd im Sinne des Monitoring
Ziel	Wirksamkeit einer Intervention zu überprüfen, üblicherweise im Rahmen einer Entscheidung zur weiteren Finanzierung	Projektmitarbeiter und Zielgruppen zu ermöglichen, Gesundheitsprobleme längerfristig zu beobachten und angemessene Interventionen zu entwickeln und zu verbessern (Empowerment)

² Eines der wenigen Beispiele der expliziten Auseinandersetzung mit Handlungsforschung in Deutschland ist die Arbeit von Ulrike Schneider (1980) aus der Perspektive der Kritischen Psychologie.

Das Projekt: Eine Kooperation zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe und dem Wissenschaftszentrum Berlin im Zeichen der Partizipation

Seit Jahren erleben die AIDS-Hilfe-Organisationen in Deutschland einen Rückgang der Ressourcen für die Primärprävention und gleichzeitig einen zunehmenden Druck, konkrete Erfolge in ihrer Arbeit nachzuweisen. Dieser Zustand konfrontiert die Mitarbeiter mit zwei Fragen:

- Wie können die Auswirkungen der primärpräventiven Angebote gemessen werden?
- Wie können regelmäßig Daten über die Arbeit erhoben werden, die zugleich wissenschaftlich fundiert und praxisrelevant sind?

Diese Fragen wurden zum Gegenstand mehrerer Gespräche zwischen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) und der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Die Mitarbeiter im WZB verfügten bereits über jahrelange Erfahrung in der wissenschaftlichen Begleitung von Maßnahmen gegen Aids und waren zudem an der Weiterentwicklung des Nichtregierungssektors im Bereich der Primärprävention auch mit Bezug auf andere Gesundheitsprobleme interessiert. Beide Einrichtungen stellten ein gemeinsames Interesse am Thema Qualitätssicherung und Evaluation fest und beschlossen eine längerfristige Kooperation, um einen Rahmen für die Evaluation der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen zu schaffen, in dem die besonderen Anforderungen vorhandener Ansätze und Arbeitsweisen berücksichtigt werden. Dies soll keine „wissenschaftliche Begleitung“ im üblichen Sinne sein – wie z. B. aus bundesweiten Modellprojekten allgemein bekannt ist – sondern eine gleichberechtigte, dauerhafte Partnerschaft zwischen Wissenschaft und Praxis, um Methoden für die Steuerung der Arbeit gemeinsam zu entwickeln, die in den Praxisalltag integriert werden und dadurch die Aussagekraft über die Auswirkungen der Arbeit steigern können.

Der Schwerpunkt der Zusammenarbeit liegt vor allem darin, auf der kommunalen Ebene den einzelnen AIDS-Hilfe-Organisationen Unterstützung zu leisten. Da jede AIDS-Hilfe-Organisation unter unterschiedlichen politischen, finanziellen, epidemiologischen und personellen Bedingungen arbeitet, wird kein allgemein gültiges Evaluationsverfahren, sondern die Realisierung einer „maßgeschneiderten“ Evaluationsstrategie für jede einzelne Organisation angestrebt. Auf diese Weise wollen die AIDS-Hilfe-Organisationen „von unten nach oben“ die Evaluationsforschung in ihrem Arbeitsbereich weiter aufbauen, damit die Erfolgsmaßstäbe nicht alleine von Zuwendungsgebern oder anderen Akteuren im Gesundheitswesen festgelegt werden. Die Forschungsgruppe Public Health im WZB verspricht sich dadurch die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Methoden, die Eigeninitiative und settingbezogene Interventionen nicht nur im Aidsbereich sondern auch in anderen Settings und mit Bezug auf andere Krankheitsgeschehen fördern.

Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Zuwendungsgeber der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe, stieß das Anliegen der DAH und des WZB auf Interesse. Gespräche zwischen den drei Einrichtungen führten zu dem Plan, zunächst eine Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis der Qualitätssicherung und Evaluation der AIDS-Hilfe-Organisationen durchzuführen. Es war der DAH bereits bekannt, dass eine Vielzahl an Mitgliedsorganisationen in den letzten Jahren Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Primärprävention umgesetzt hatte, auch wenn diese nicht immer mit den Schlagworten „Qualitätssicherung“ oder „Evaluation“ bezeichnet wurden. Die Bestandsaufnahme soll nicht vorhandene Strategien beurteilen, sondern auf Grund einer systematischen Beschreibung des Ist-Zustandes feststellen, welcher Bedarf an Hilfe zur Steuerung und Auswertung der

Primärprävention vorhanden ist. Auf Grundlage der Ergebnisse dieses ersten gemeinsamen Projekts sollen die DAH, das WZB, die BZgA und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mit den beteiligten AIDS-Hilfe-Organisationen beraten, wie die weitere Kooperation gestaltet werden kann.

Um die Teilnahme der AIDS-Hilfe-Organisationen an der Bestandsaufnahme zu erleichtern, wurde zwischen der DAH und dem WZB vereinbart, dass im Rahmen der Auswertung der erhobenen Daten einzelne Organisationen nicht miteinander verglichen werden. Es soll auch auf einen Vergleich von Bundesländern oder Regionen verzichtet werden. Unterschiede mit Bezug auf den Umgang mit Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention sollten zusammenfassend nach Projektmerkmalen (z.B. Größe der AIDS-Hilfe-Organisation etc.) dargestellt werden. Dadurch wird verhindert, dass festgestellte Zusammenhänge und Tendenzen auf spezifische Einrichtungen oder Mitarbeiter zurückgeführt werden.

Projektziele

Die Bestandsaufnahme verfolgte nachstehende Ziele:

1. Das Interesse der AIDS-Hilfe-Organisationen in Deutschland an der Anwendung von Evaluations- und Qualitätssicherungsmethoden in der Primärprävention zu wecken bzw. zu verstärken und dadurch auch einzelne Einrichtungen für die Teilnahme an einer längerfristigen Zusammenarbeit mit der DAH und dem WZB zu gewinnen.
2. Die Formen und den Umfang der in den AIDS-Hilfe-Organisationen gängigen Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten systematisch zu beschreiben.
3. Den Bedarf nach fachlicher Unterstützung für die Durchführung von Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten in den AIDS-Hilfe-Organisationen zu ermitteln.
4. Die Verbindung zwischen der Planung und Durchführung der primärpräventiven Maßnahmen und den Ergebnissen laufender Evaluationsverfahren im Sinne der Qualitätsentwicklung zu überprüfen.

Datenerhebungsmethoden und Teilnehmerrekrutierung

Der Stand der Qualitätssicherung und Evaluation in der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen in Deutschland sollte auf der Grundlage zweier Datenquellen ermittelt werden:

- einer Totalerhebung aller Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe mittels eines selbst entwickelten Fragebogens und
- von Projektbesuchen bei 12 AIDS-Hilfe-Organisationen.

Die Totalerhebung sollte einen Überblick über grundsätzliche Einstellungen zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation schaffen sowie Basisinformation über bisherige Erfahrungen in diesem Bereich im gesamten Verband zusammentragen. Die Projektbesuche sollten einen differenzierteren Einblick in die heutige Praxis der Qualitätssicherung und Evaluation durch die Sichtung von Dokumentationen und Interviews mit Mitarbeitern ermöglichen.

In einer Ausschreibung der Deutschen AIDS-Hilfe wurden die Mitgliedsorganisationen zur Teilnahme am Forschungsvorhaben eingeladen. Alle erhielten den selbst entwickelten Fragebogen. Insgesamt bewarben sich 25 Projekte für eine engere Zusammenarbeit im Rahmen der

Projektbesuche. Die Auswahl von 12 der 25 Projekte wurde unter Berücksichtigung folgender Kriterien getroffen:

- Die ausgewählten Projekte mussten insgesamt die Vielfalt der DAH repräsentieren.
- Es galt, alle Regionen der BRD (Nord, Süd, Ost, West) zu berücksichtigen (mindestens zwei, maximal vier Projekte je Region).
- Es sollten Projekte aus Regionen mit hoher als auch mit niedriger HIV-Prävalenz vertreten sein.
- Es sollten sowohl zielgruppenspezifisch als auch zielgruppenübergreifend arbeitende Projekte repräsentiert sein.
- Projekte, die aufsuchende Arbeit betreiben, sollten besonders berücksichtigt werden.
- Projekte, die in landesweite Präventionskampagnen involviert sind (z. B. Herzenslust, hin und wech), sollten vertreten sein.
- AIDS-Hilfe-Organisationen aus Epizentren sollten ebenso vertreten sein wie kleine AIDS-Hilfe-Organisationen aus einem eher ländlichen Umfeld.
- Mindestens zwei Projekte sollten im Bereich Sexarbeit tätig sein.
- Projekte, die Primärprävention im Jugendbereich leisten, sollten berücksichtigt werden.

An der Auswahl der Teilnehmer waren Karl Lemmen und Rainer Schilling für die Deutsche AIDS-Hilfe und Michael Wright und Martina Block für das Wissenschaftszentrum Berlin beteiligt. Dem Auswahlverfahren zufolge wurden die unten genannten Projekte zur Teilnahme am Projekt eingeladen:

Region Nord	Hannöversche AIDS-Hilfe
	Hein und Fiete ,Hamburg
	Sperrgebiet, Hamburg
	hin und wech, AIDS-Hilfe Landesverband Niedersachsen
Region West	AIDS-Hilfe Düsseldorf
	AIDS-Hilfe Bielefeld
	Looks e.V., Köln
Region Ost	Fixpunkt e.V., Berlin
	manCheck, Berlin
	AIDS-Hilfe Leipzig
Region Süd	Münchner AIDS-Hilfe
	AIDS-Hilfe Stuttgart

Ergebnisse aus dem Fragebogen

Die Erhebung zu Maßnahmen der Evaluation und Qualitätssicherung in den deutschen AIDS-Hilfe-Organisationen wurde mit einem selbst erstellten Fragebogen durchgeführt, der im Rahmen der Masterarbeit von Martina Block (Mitautorin des vorliegenden Berichts) in Kooperation mit Fachexperten des WZB und dem Referat Qualitätssicherung der DAH entwickelt wurde. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind Bestandteil der ausführlichen theoretischen und empirischen Darstellung der Umfrage der AIDS-Hilfe-Organisationen von Block (2005).

Fragebogen: Konzeption und Rücklauf

Neben einer intensiven Recherche der Literatur zu Evaluation und Qualitätssicherung von Primärprävention sind Mitarbeiter der DAH und des WZB gebeten worden, eine Ideensammlung vorzunehmen. Auf die Erfahrungen aus dem Referat Qualitätssicherung der DAH, welches Aus- und Weiterbildung zu Evaluation und Qualitätssicherung und -management anbietet, wurde besonderer Wert gelegt. Hierdurch war eine direkte Rückmeldung von Erfahrungen und Bedürfnissen der Mitarbeiter aus den Einrichtungen möglich, die somit für die Konzeption des Bogens berücksichtigt werden konnten. Das Brainstorming wurde nach inhaltlichen Kriterien sortiert und repräsentierte anschließend Fragen zu fünf Komplexen:

1. Aktuelle und retrospektive Aktivitäten und Modalitäten der HIV/Aids-Primärprävention,
2. die Kapazität der Einrichtungen,
3. Verfahren, die zur Evaluation und Qualitätssicherung benutzt werden (inklusive Fortbildungsbedarf),
4. Kenntnisse und Anwendung von partizipativen Verfahren,
5. Einstellungen zu Evaluation und Qualitätssicherung.

Der Bogen enthält weitgehend geschlossene Fragen. Einige Fragen sind zusätzlich offen zu beantworten. Für Einstellungsfragen steht eine siebenstufige Skala zur Verfügung. Die Formulierung der Fragen sollte möglichst praxisnah sein. Es wurden mehrere Korrektur- und Feedback-Schleifen mit Mitarbeitern der DAH und ausgewählten AIDS-Hilfe-Organisationen, die möglichst unterschiedlich waren, durchgeführt, um missverständliche Texte zu eliminieren (s. Anhang 1).

Der fünfseitige Fragebogen wurde im Rundschreiben der DAH an alle 119 Mitgliedsorganisationen mit der Bitte um Ausfüllen und Rücksendung versandt. Das folgende Rundschreiben enthielt eine Erinnerung an die Bearbeitung. Eine telefonische Nachfassaktion sollte einen möglichst guten Rücklauf der Fragebögen gewährleisten.

Die Datensammlung erfolgte in mehreren Schritten. Nach der Versendung des Fragebogens an die AIDS-Hilfe-Organisationen gab es einen spontanen Rücklauf von knapp der Hälfte der versandten Fragebögen. In einem zweiten Schritt wurden die ausstehenden Einrichtungen per Rundschreiben, Email, Telefonat oder Brief je nach Erreichbarkeit an die Beantwortung erinnert. Hiermit konnte eine hohe Rücklaufquote von 89 % (106 von 119 Projekten) erzielt werden. Da nicht alle Bögen vollständig ausgefüllt waren, wurde telefonisch nachgefragt und unverständliche Antworten geklärt.

Mittels der Nachfassaktion wurde (bis auf die Ausnahme dreier AIDS-Hilfe-Organisationen, die ihre Mitarbeit verweigerten – das sind 2,5 % der Gesamtstichprobe) von allen Einrichtungen zumindest telefonisch erhoben, ob sie Primärprävention durchführen oder nicht. Die über-

wiegende Mehrheit der 116 befragten AIDS-Hilfe-Organisationen (93 %) führt Primärprävention durch.

Die zur Verfügung stehende Arbeitszeit konnte trotz Nachfassen für 14 Einrichtungen nicht vollständig geklärt werden. Da die Angabe der Kapazität für die Auswertung des Fragebogens entscheidend war, werden sich alle nachfolgenden Darstellungen auf die 92 Projekte beschränken, für die auch Angaben zur Arbeitszeit vorliegen.

Auswertung des Fragebogens

Die Fragebogendaten wurden mit statistischen Analysen im Programmpaket SPSS berechnet. Für den Überblick wurden Häufigkeiten der einzelnen Fragenkomplexe erzeugt. Die Zusammenhangsanalysen sind mit der Prozedur Kreuztabelle berechnet worden, wo jeweils zwei Aspekte auf ihre Assoziation miteinander geprüft werden. Als Assoziationsmaß ist Gamma gewählt worden. Es ist ein symmetrisches Maß, welches positive bzw. gegenläufige Zusammenhänge abbildet und darüber hinaus auch in der Lage ist, Eckkorrelationen, d. h. Zusammenhänge, die nur zwischen bestimmten Gruppen (Zellen) bestehen, darzustellen. Es ist nicht zwingend ein linearer Trend vorhanden.

Zielgruppen und Modalitäten der Primärprävention

Um die geleistete primärpräventive Arbeit der Einrichtungen zu beschreiben, sind im Fragebogen 11 Zielgruppen und acht Modalitäten der Primärprävention vorgegeben. Die Antworten der Befragten verteilen sich wie in den folgenden Tabellen und Abbildungen dargestellt.

Die am häufigsten genannten Zielgruppen sind die Allgemeinbevölkerung, homo- und bisexuelle Männer und Kinder/Jugendliche; zwei Drittel oder mehr aller Einrichtungen geben an, diese Gruppen „immer“ zu berücksichtigen. Weibliche und männliche Prostituierte werden am wenigsten angesprochen, jedoch immerhin von mindestens knapp der Hälfte der Projekte. Die anderen Zielgruppen werden im Durchschnitt von ca. 80 % der Befragten zumindest „gelegentlich“ berücksichtigt. (Tabelle 1; Abbildung 2)

Tabelle 1:

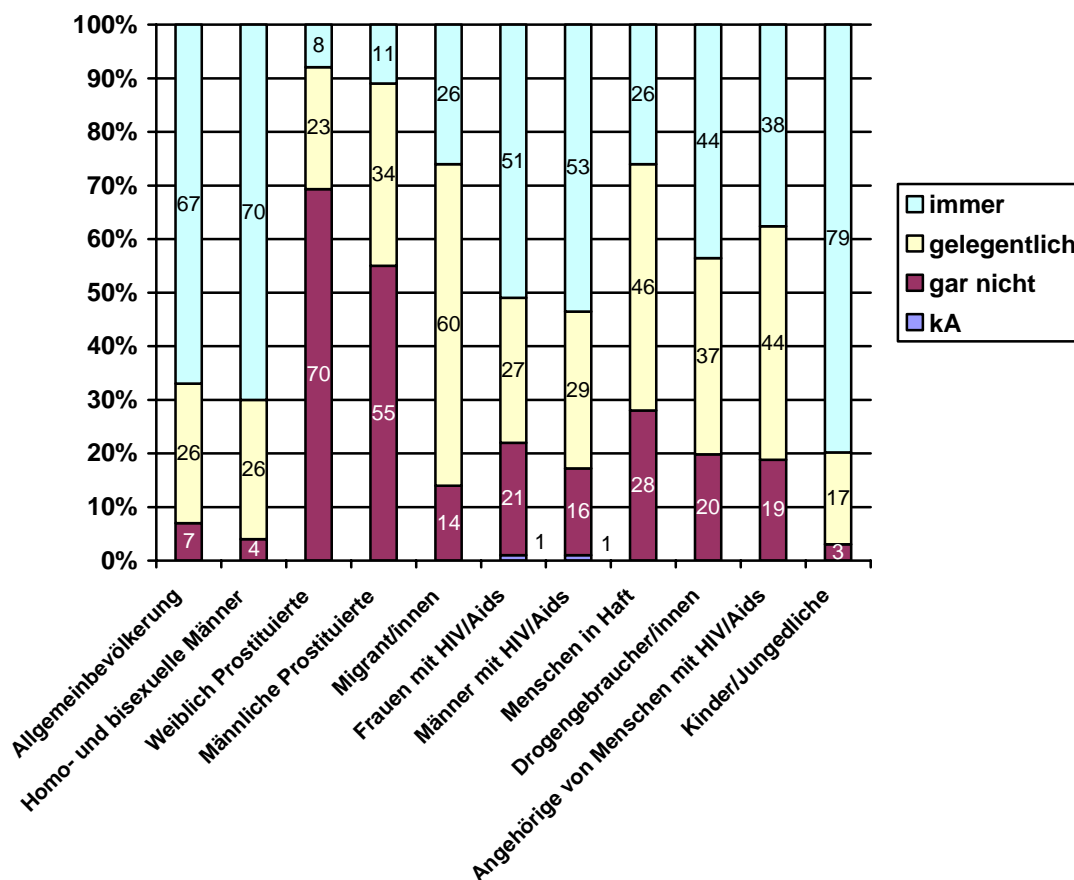
Zielgruppen der Primärprävention (Anzahl der Projekte)

	Gar nicht	Gelegentlich	Immer	Keine Angabe
Allgemeinbevölkerung	6	24	62	0
Homo- und bisexuelle Männer	4	24	64	0
Weibliche Prostituierte	64	21	7	0
Männliche Prostituierte	51	31	10	0
Migrant(inne)n	13	55	24	0
Frauen mit HIV/Aids	19	25	47	1
Männer mit HIV/Aids	15	27	49	1
Menschen in Haft	26	42	24	0
Drogengebraucher/innen	18	34	40	0
Angehörige von Menschen mit HIV/Aids	17	40	35	0
Kinder/Jugendliche	3	16	73	0

(92 Projekte berücksichtigt)

Vereinzelt wurden auch andere Zielgruppen genannt, z.B. Transsexuelle, Lehrer und Pflegepersonal.

Abbildung 2: Zielgruppen der Primärprävention



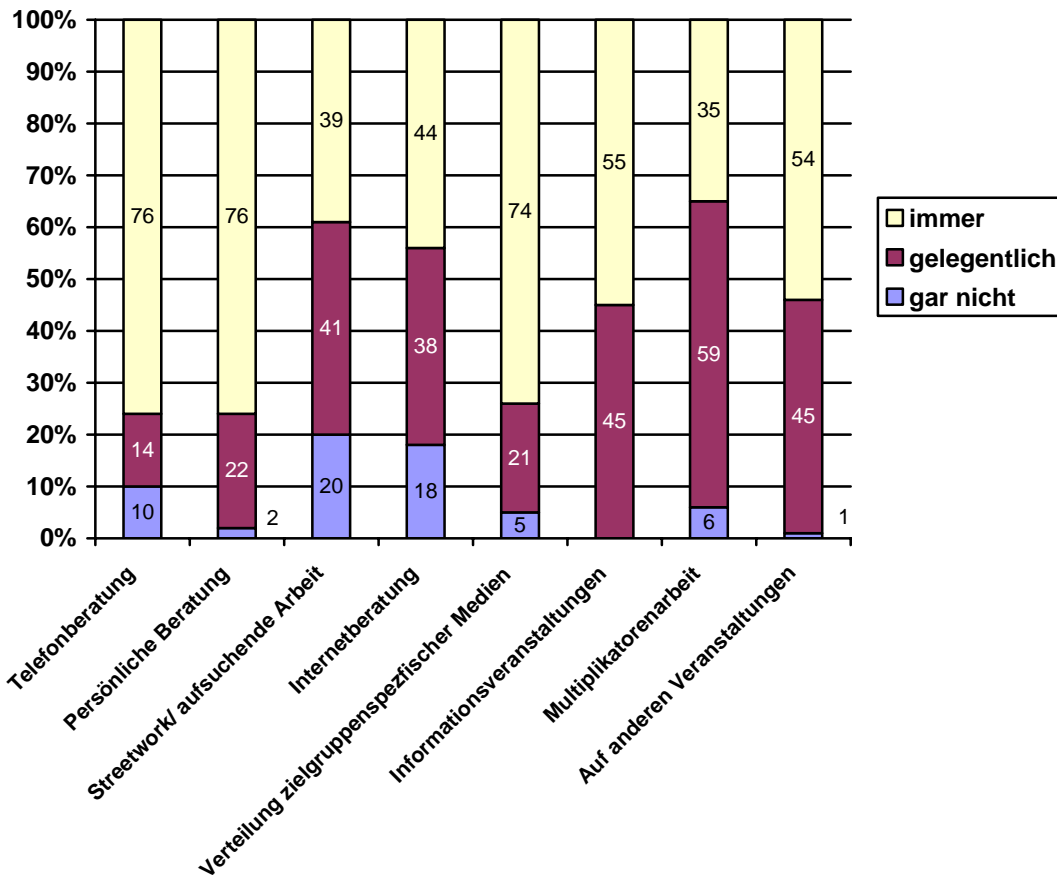
Präventionsarbeit im Rahmen von Informations- oder anderen Veranstaltungen werden von allen Projekten angeboten, wenn von knapp der Hälfte nur gelegentlich. Telefonische und persönliche Beratung sowie die Verteilung zielgruppenspezifischer Medien sind Formen der Präventionsarbeit, die von den meisten Projekten (knapp drei Viertel) „immer“ verwendet werden. Streetwork/aufsuchende Arbeit und Internetberatung kommen bei einem Fünftel der Einrichtungen gar nicht vor und sind damit die am schwächsten vertretenen Formen der Primärprävention. Multiplikatorenarbeit wird von 94 % der Einrichtungen geleistet, wenn von 59 % nur gelegentlich. (Tabelle 2, Abbildung 3)

Tabelle 2:
Modalitäten der Primärprävention (Anzahl der Projekte)

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

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 3: Modalitäten der Primärprävention



Strukturelle Merkmale der Einrichtungen

Arbeitszeiten der Einrichtungen

Verlässliche Angaben zur wöchentlichen Gesamtarbeitszeit und zur Arbeitszeit für Primärprävention liegen von 92 Einrichtungen vor (Tabelle 3).

Tabelle 3: Gesamtarbeitszeit (dunkelgrau unterlegt) und Zeit für primärpräventive Angebote (hellgrau unterlegt)

Wöchentliche Arbeitsstunden	Gesamtarbeitszeit der Einrichtung	Umgerechnet in Stellen	Arbeitszeit für Primärprävention	Umgerechnet in Stellen
Mittelwert	162	4,2	60	1,5
Minimum	4	0,1	0,5	0,01
Maximum	1.190	31	410	10,6
10er Perzentil	31	0,8	10	0,26
20er Perzentil	60	1,5	18	0,4
30er Perzentil	80	2,1	20	0,5
40er Perzentil	100	2,6	30	0,8
50er Perzentil	110	2,9	40	1,0
60er Perzentil	135	3,5	49	1,3
70er Perzentil	162	4,2	61	1,6
80er Perzentil	206	5,4	91	2,4
90er Perzentil	368	9,6	140	3,6

1 Stelle entspricht 38,5 Std.; Prozentwerte gerundet

Um die Perzentile zu erzeugen, wurden die Einrichtungen in 10 Gruppen mit je ca. 9 Einrichtungen aufgeteilt. Die Gruppe mit den wenigsten Stunden in der entsprechenden Kategorie (Gesamtarbeitszeit oder Arbeitszeit für Prävention) ist an erster Stelle (10er Perzentil), die Gruppe mit den meisten Stunden an letzter Stelle (90er Perzentil). Die Perzentile zeigen, welcher Prozentsatz der Projekte wie viel Arbeit leistet und dies in Schritten von 10 %. Zum Beispiel: Die Angaben für das 10er Perzentil bedeuten, dass 10 % aller Projekte 4-31 Stunden Gesamtarbeitszeit und 0,5-10 Stunden für Primärprävention leisten. Die Angaben für das 20er Perzentil bedeuten, dass 20 % aller Projekte 4-60 Stunden Gesamtarbeitszeit und 0,5-18 Stunden für Primärprävention leisten etc.

Die Spannweite der wöchentlich zur Verfügung stehenden Stunden reicht von vier Stunden im Minimum bis zu 1.190 Stunden. Drei Viertel der befragten Institutionen geben 195 Stunden oder weniger an, d. h. in Stellenkapazität ausgedrückt: knapp fünf Volltagsstellen. Die Hälfte der Einrichtungen verfügt nur über 2,8 oder weniger Stellen. Die Stundenzahl für die Primärprävention hat ebenfalls eine große Spannweite. Im Minimum wird eine halbe Stunde wöchentlich angegeben, im Kontrast zu maximal 410 Stunden.

Zeit für primärpräventive Angebote

Der prozentuale Anteil der für Primärprävention aufgewendeten Zeit variiert stark zwischen den einzelnen Einrichtungen. Ungefähr 9 % der Projekte bietet nur zu einem geringen Anteil Primärprävention an. Die Hälfte aller Befragten verwenden bis zu 40 % ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für primärpräventive Angebote. Knapp 10 % der Projekte führen ausschließlich Primärprävention durch (Tabelle 4).

Tabelle 4:

Prozentualer Anteil der Präventionsarbeit an der Gesamtarbeitszeit

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

Die in der Tabelle angegebenen prozentualen Anteile sind rechnerisch aus den vorhandenen Angaben zur Gesamtarbeitszeit und der Arbeitszeit für Primärprävention erzeugt worden (Referenzzeitraum war das letzte Jahr). Die ebenfalls erhobenen eigenen Angaben der Einrichtungen zum aktuellen prozentualen Anteil waren hierfür zu ungenau und wichen bei einer Überprüfung vom rechnerisch erzeugten Anteil zu stark ab. Hierfür mögen verschiedene Gründe verantwortlich sein: In einigen Bundesländern sind bewilligte Stellen nicht klar der Primär- oder Sekundärprävention zugewiesen, d. h. sie können variabel dem Bedarf angepasst eingesetzt werden. Eine weitere Schwierigkeit kann auf der definitorischen Ebene von Primärprävention liegen. Der Anteil der primärpräventiven Aktivitäten kann dementsprechend höher oder niedriger ausfallen als in den Stellenbeschreibungen der Einrichtungen vorgegeben. Außerdem kann beispielsweise fachlich bedingte Prävention geleistet werden, die in einer Stellenbeschreibung nicht ausgewiesen wird. Auch Mischfinanzierungen oder der Anteil der ehrenamtlichen Arbeit können zur Diskrepanz zwischen den Angaben beigetragen haben.

Größe des Einzugsgebietes

Das Einzugsgebiet der Einrichtungen wurde in fünf Kategorien erhoben:

1. bis 20.000 Einwohner
2. 20.000 bis 100.000 Einwohner
3. 100.000 bis 500.000 Einwohner
4. 500.000 bis 1 Mio. Einwohner
5. Metropole über 1 Mio. Einwohner

Gebiete mit bis zu 100.000 Einwohnern sind als ländlich bis kleinstädtisch zu bezeichnen. Ab einer Einwohnerzahl von 100.000 kann von einer Großstadt gesprochen werden. Metropolen mit über 1 Mio. Einwohner sind Ballungsräume.

Es gibt lediglich zwei Einrichtungen, die ein sehr kleines Gebiet (bis 20.000 Einwohner) bedienen. Nahezu die Hälfte aller Projekte liegt in einem Raum von 100.000 bis 500.000. Knapp 14 % arbeiten in einem Ballungsraum (Tabelle 5).

*Tabelle 5:
Einwohnerzahl des Ortes der Einrichtung*

	Anzahl der Projekte	Prozent aller Projekte
bis 20.000	2	2,2
20.000 bis 100.000	26	28,3
100.000 bis 500.000	40	43,5
500.000 bis 1 Mio.	11	11,9
über 1 Mio.	13	14,1
Gesamt	92	100

Beziehungen der strukturellen Bedingungen zueinander

Die insgesamt zur Verfügung stehende Arbeitszeit in den Einrichtungen korrespondiert weitgehend mit der Größe des Einzugsgebietes. Liegt eine Einrichtung in einem kleinen Einzugsgebiet, so steht in der Regel auch weniger Kapazität zur Verfügung. Projekte, die große Gebiete oder Ballungszentren bedienen, verfügen dagegen über deutlich mehr Arbeitszeit. Es bestehen allerdings einige Ausnahmen: Zwei Einrichtungen, die eine Arbeitszeit angeben, die im Bereich der 60-80er Perzentile verglichen mit der Gesamtstichprobe liegt (zwischen 135 und 206 Stunden, d. h. 3,5 bis 5,4 ganze Stellen) liegen in einer Kleinstadt. Im Gegensatz dazu liegen 14 Beratungsstellen, die eher wenig Stellenkapazität haben, d. h. unter 100 Stunden bzw. 2,5 Stellen oder weniger, in einer Großstadt. Einrichtungen, die über die größte Stellenkapazität (5,5 Stellen oder mehr), liegen ausschließlich in einer Großstadt oder Metropole.

Ob und wie viel Primärprävention von den Einrichtungen realisiert wird, scheint jedoch in keinem Zusammenhang mit der Größe des Einzugsgebietes zu stehen. Außer bei den beiden Einrichtungen, die in einem Einzugsgebiet von 20.000 oder weniger Einwohnern liegen und die weniger Primärprävention als alle anderen Einrichtungen leisten, ist der prozentuale Anteil der primärpräventiven Arbeit unabhängig vom Einzugsgebiet.

Wenn man der Frage nachgeht, in welchen Einrichtungen anteilig viel bzw. wenig Primärprävention durchgeführt wird, dann zeigt sich: Unter den Einrichtungen, die anteilig wenig Primärprävention leisten (0-20 %) sind größere Einrichtungen stärker vertreten als kleinere. Jedoch kann nicht belegt werden, dass im Allgemeinen größere Einrichtungen weniger Primärprävention als kleinere durchführen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Arbeitszeiten in den Einrichtungen (20er Perzentile)/Prozentualer Anteil an Primärprävention (Anzahl der Einrichtungen)

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

Legende: Referierte Ergebnisse grau unterlegt

Die Einstellungen der Mitarbeiter zur Qualitätssicherung

Im Fragebogen befinden sich zwölf Äußerungen, die für verschiedene Einstellungen zu Evaluation und Qualitätssicherung stehen. Folgende Statements sollen oft vorkommende Meinungen und Erfahrungen verdeutlichen (Tabelle 7):

Tabelle 7: Einstellungen zur Qualitätssicherung

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

Für alle zwölf Äußerungen war eine siebenstufige Skala von vollkommener Zustimmung bis totaler Ablehnung anzukreuzen, die zugunsten weiterer Analysen zu den Kategorien Zustimmung, Indifferenz und Ablehnung bzgl. Äußerung zusammengefasst wurden (s. Tabelle 7). Die Betrachtung der Zustimmung bzw. Ablehnung der Einstellungen ergibt folgendes Bild:

Allen Statements, die bereits eine Anwendung von Qualitätssicherung und deren Nutzen thematisieren (Statements 1, 3, 5, 12), wird größtenteils zugestimmt. Nur wenige Einrichtungen sehen keinen Nutzen. Etliche stimmen ihm weder zu noch lehnen sie ihn ab. Fazit: Qualitätssicherung und ihr Nutzen werden anerkannt und von vielen Einrichtungen befürwortet.

Einstellungen, die Mehrarbeit und Belastung durch Qualitätsmanagement zum Inhalt haben (Statements 2, 4, 7), sind uneinheitlich beantwortet. Sie finden gleichermaßen Zustimmung wie Ablehnung. Das heißt: Es gibt sowohl Einrichtungen, die durch die Anforderungen einer Qualitätssicherung belastet sind, als auch andere, die keine oder wenig Mehrbelastung spüren oder sich für keine der Pole Zustimmung/ Ablehnung aussprechen.

Ähnlich ist bei Statements festzustellen, die mangelnde Ressourcen thematisieren (Statements 6, 9, 11). *Steigende Arbeitsbelastung und Kürzungen haben trotzdem für mindestens die Hälfte aller 92 Einrichtungen nicht zur Folge, dass sie Qualitätssicherung behindern. Ungefähr ein Drittel der AIDS-Projekte erlebt Zeit- und 40 % Geldmangel bei der Verwirklichung von Qualitätssicherung. Der Rest ist unentschieden.*

Fast die Hälfte der Befragten äußert Unsicherheit bei der Anwendung von Qualitätssicherung oder bei der Auswahl von Verfahren oder Anbietern (Statements 8, 10). Ungefähr ein Drittel ist diesbezüglich unentschieden und mindestens ein Viertel der Einrichtungen bejaht eine Verunsicherung. *Das heißt: Mindestens ein Viertel bis ein Drittel aller 92 Einrichtungen spürt Unsicherheit hinsichtlich der Anwendung von Qualitätssicherung. Demgegenüber steht etwa die Hälfte der Projekte, bei denen keine oder wenig Verunsicherung besteht. Ungefähr ein Drittel ist diesbezüglich unentschieden.*

Dimensionen der Einstellungsfragen

Die siebenstufige Rangskala der Antworten ermöglicht eine sehr differenzierte Abbildung der Einstellungen in den Projekten. Zur Feststellung der den Einstellungen zugrunde liegenden Dimensionen wurden die Äußerungen Experten vorgelegt. Im Rahmen eines Ratings ist fünf Experten aus dem HIV/Aids- bzw. Präventionsbereich mit der Bitte um die Gruppierung der Items vorgelegt worden. Die Anzahl der zu bildenden Gruppen war freigestellt. Weiterhin wurde darum gebeten, die Klassifizierungen inhaltlich zu beschreiben. Alle Experten haben sich für die Gruppierung der Einstellungen in vier Gruppen entschieden:

Zur Gruppe I werden Statements zugeordnet, die Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit beschreiben. In Gruppe II finden sich ablehnende Äußerungen zu Qualitätssicherung. Gruppe III spiegelt Meinungen wider, in denen das Scheitern der Umsetzung von Qualitätssicherung an knappen personellen, finanziellen oder zeitlichen Ressourcen angesprochen wird. In Gruppe IV sind Äußerungen zusammengefasst, die die Unsicherheit bei Ein- und Durchführung von Evaluation und Qualitätssicherung zum Gegenstand haben. Nachstehend erfolgt die Auflistung der Gruppen mit ihren Bezeichnungen:

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

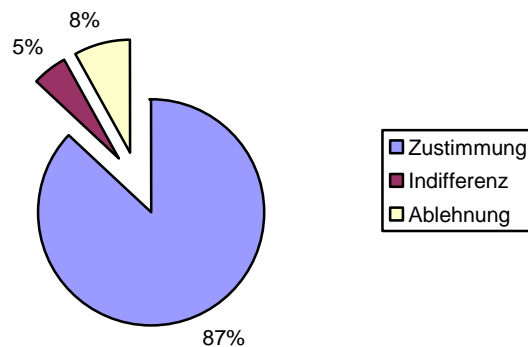
Tabelle 7 zeigt die Zuordnung der Äußerungen zu den Gruppen (s. oben).

Für weitergehende Analysen zum Zusammenhang von Einstellungen der Befragten und Aspekten der Evaluation und Qualitätssicherung in den Einrichtungen wird zur Vereinfachung für jede Gruppe der Einstellungsäußerungen stellvertretend ein charakteristisches Statement ausgewählt. Die siebenstufigen Antwortmöglichkeiten auf einem Kontinuum von vollständiger Zustimmung bis zu vollkommener Ablehnung werden ebenfalls aus rechentechnischen Gründen zusammengefasst. Es bleiben nunmehr die Abstufungen Zustimmung, Indifferenz und Ablehnung. Die ausgewählten Meinungen und die entsprechenden Aussagen der Projekte lauten für:

Gruppe I: Qualitätssicherung als *Ressource* für gute Arbeit

Äußerung: „Qualitätsmanagement findet bei uns auf allen Ebenen statt. Frei nach dem Motto ‚Kritik ist eine Ressource‘ wollen wir wissen, worin wir gut sind und was wir tun können, um als AIDS-Hilfe noch besser werden zu können.“ (Abb. 4)

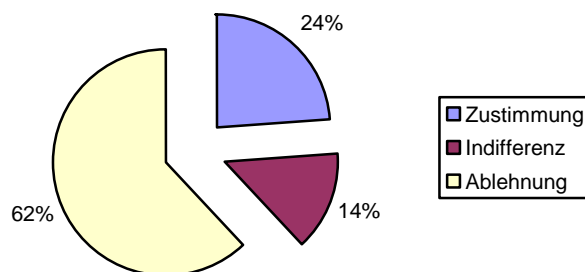
Abbildung 4: Aussagen der Projekte zur Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit



Gruppe II: Qualitätssicherung als *unnötige Mehrarbeit*

Äußerung: „Qualitätssicherung ist etwas, dass nur dazu beiträgt, den bürokratischen Wasserkopf aufzublähen.“ (Abbildung 5)

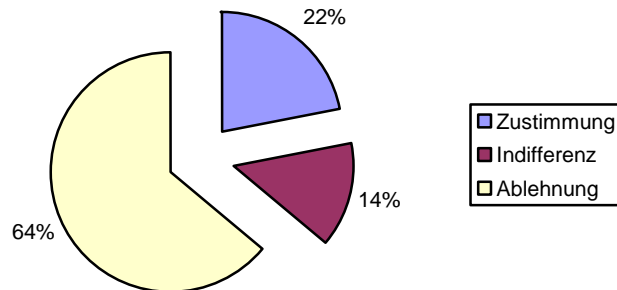
Abbildung 5: Aussagen der Projekte zur Qualitätssicherung als unnötige Mehrarbeit



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

Äußerung: „Bei all den Aufgaben, die uns von Jahr zu Jahr neu aufgedrückt werden, ist Qualitätsmanagement das letzte, wofür wir Zeit haben.“ (Abbildung 6)

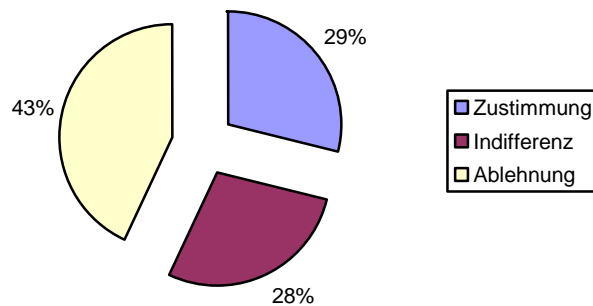
Abbildung 6: Aussagen der Projekte zum Ressourcenmangel als Grund für fehlende Qualitätssicherung



Gruppe IV: *Unsicherheit* bei der Einführung von Qualitätssicherung

Äußerung: „Wir haben schon immer mal überlegt, was in der Richtung zu machen, wissen aber nicht, wo wir anfangen sollen.“ (Abbildung 7)

Abbildung 7: Aussagen der Projekte zur Unsicherheit bei der Einführung von Qualitätssicherung



Der Einfluss struktureller Bedingungen auf die Einstellungen der Mitarbeiter

Dimension I: Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit

Dass Qualitätssicherung als Ressource für gute Arbeit eingeschätzt wird, scheint relativ unabhängig von der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zu sein. Nur einige wenige Einrichtungen lehnen eine solche Behauptung ab.

Der Anteil der geleisteten Primärprävention steht in keinem Zusammenhang mit der Antwortstruktur. Anders bei der Größe des Ortes: Die Äußerung, dass Qualitätssicherung eine Ressource gesehen ist, wird nur von Einrichtungen in kleinen, mittleren und Großstädten bis eine halbe Million Einwohner negiert. Projekte aus noch größeren Städten oder Metropolen sehen überwiegend (zwischen 82-92 % Zustimmung) in Qualitätssicherung eine positive Bereicherung ihrer Arbeit.

Dimension II: Qualitätssicherung als unnötige Mehrarbeit

Die Einschätzung von Qualitätssicherung als Mehrbelastung ist sowohl für die Gesamtarbeitszeit als auch für den entfallenden Anteil an Primärprävention unabhängig von der Kapazität der Einrichtungen. Egal wie viel Zeit zur Verfügung steht, wird Qualitätssicherung von einem großen Teil der Befragten (62 %) nicht als unnötige Mehrbelastung empfunden.

Einzig Projekte in Großstädten bis zu einer halben Million Einwohner schätzen Qualitätssicherung in einem größeren Ausmaß als andere (25 % der Befragten) als unnötige Mehrbelastung ein.

Dimension III: Qualitätssicherung *scheitert an knappen Ressourcen*

Die Antwortstruktur zur Verwirklichung von Qualitätssicherung zeigt deutliche Zusammenhänge mit der Kapazität der Einrichtungen: Je weniger Kapazität in Stunden einer Einrichtung zur Verfügung stehen, desto eher wird die Einstellung geteilt, dass die Verwirklichung von Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert. Sind es bei den größten Projekten nur etwa 10 %, die mangelnde Ressourcen als hemmende Bedingung erleben, so verdoppelt sich diese Zahl für solche mit mittlerer Kapazität und verdreifacht sich sogar für die kleinsten Einrichtungen. Für den Zusammenhang mit der Einwohnerzahl, dem Einzugsgebiet, ist die Antwortstruktur ähnlich, wenn auch nicht ganz durchgängig, für die Gruppen – je weniger Einwohner das Einzugsgebiet hat, umso eher wird der Aussage zugestimmt, dass Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert.

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

Zwischen Unsicherheiten bei der Auswahl und Durchführung von Qualitätssicherung und der Kapazität sind Zusammenhänge zu beobachten. Je weniger Kapazität einer Einrichtung zur Verfügung steht, desto eher wird Unsicherheit bei der Qualitätssicherung geäußert.

Unabhängig vom Einzugsgebiet ist etwa ein Drittel der Projekte unsicher bei der Qualitätssicherung. Liegen Projekte in einem Ballungsraum, so geben allerdings über sechzig Prozent an, *nicht* unsicher zu sein.

Fazit: Die Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen und Einstellungsdimensionen

Die vier Dimensionen erfassen sehr unterschiedliche Aspekte der Einstellungen zu Evaluation und Qualitätssicherung und sind potenziell auch von strukturellen Bedingungen unterschiedlich beeinflussbar.

In der ersten Dimension spiegelt sich eine positive Einstellung zu Qualitätssicherung wider. Sie als Ressource zu verstehen, ist für alle Einrichtungen gleichermaßen wichtig, unabhängig von Kapazität oder Größe des Einzugsgebietes. Auch die Notwendigkeit von Qualitätssicherung und der daraus entstehenden Mehrarbeit wird, zumindest auf der Einstellungsebene, von einem Großteil der Einrichtungen unabhängig von strukturellen Bedingungen anerkannt.

Ganz anders fallen dagegen die Antworten der Befragten auf Einstellungen aus, die Verwirklichung von Qualitätssicherung zum Inhalt haben. Sie weisen deutliche Zusammenhänge mit der Kapazität der Einrichtungen und der Größe des Einzugsgebietes auf. Je weniger Stundenkapazität einer Einrichtung zur Verfügung steht, desto eher wird die Einstellung geteilt, dass die Verwirklichung von Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert. Und je weniger

Bewohner ein Projekt-Einzugsgebiet aufweist, desto eher wird die Äußerung, dass Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert, geteilt.

Qualitätssicherung wird durchgeführt, dennoch bilden die Einstellungsäußerungen Unsicherheit bei der Auswahl der Instrumente und deren Durchführung ab. Einrichtungen mit viel Kapazität sind weniger unsicher. Die meisten Projekte in Ballungsräumen geben an, nicht unsicher zu sein.

Vorsichtig interpretiert heißt dies, dass die Akteure in den Projekten Notwendigkeit und Nutzen von Qualitätssicherung erkannt haben, sie deshalb positiv bewerten und dafür Mehrarbeit in Kauf nehmen. Je kleiner eine Einrichtung ist, was sich in Stellen- bzw. Stundenkapazität ausdrückt und häufig auch mit der Größe des Einzugsgebietes korrespondiert, umso mehr sind fehlende Ressourcen ein hemmender Faktor in der Qualitätssicherung. Außerdem tritt mehr Unsicherheit bei der Auswahl und Durchführung auf.

Konzepte und Aktivitäten für die Evaluation und Qualitätssicherung

Im Folgenden wird zwei Fragen nachgegangen:

1. Welche Konzepte und Aktivitäten werden bereits zur Evaluation und Qualitätssicherung primärpräventiver Angebote durch die AIDS-Hilfe-Organisationen realisiert?
2. Welchen Bedarf an zusätzlicher Unterstützung (z. B. in der Form von Aus- und Weiterbildung oder wissenschaftlicher Begleitung) zu Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung formulieren die Projektmitarbeiter?

Zu jeder Frage wird die Wirkung struktureller Bedingungen und von Einstellungen der Mitarbeiter untersucht. Die hier berücksichtigten strukturellen Bedingungen umfassen die Kapazität der Einrichtung (zur Verfügung stehende Arbeitszeit), den Anteil der Präventionsarbeit an der gesamten Projektarbeit und die Größe des Einzugsgebietes der Einrichtung (s. oben „Strukturelle Merkmale der Einrichtungen,“). Die Einstellungen der Mitarbeiter beziehen sich auf die im Fragebogen abgefragten Themen der Qualitätssicherung (s. oben „Die Einstellungen der Mitarbeiter zu Evaluation und Qualitätssicherung“). Nur die strukturellen Merkmale und Einstellungen, die mit den Konzepten und Aktivitäten zusammenhängen, werden hier berücksichtigt.

Konzepte und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung sind im Fragebogen in fünf verschiedenen Kategorien abgefragt worden:

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

Tabelle 8 bieten einen Überblick über die im Fragebogen vorgegebenen Kategorien und deren assoziierte Maßnahmen:

Tabelle 8:
Konzepte und Aktivitäten der Evaluation und Qualitätssicherung

Bedarfsklärung:	<ul style="list-style-type: none"> • epidemiologische Daten des RKI • Daten von anderen Kooperationspartnern • Befragungen der Zielgruppe
Leitlinien:	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Leitlinien • Leitlinien der DAH • Leitlinien aus anderen Einrichtungen
Praxisbegleitende Maßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision • Fallbesprechung im Team (Intravision) • Facharbeitskreise • wissenschaftliche Fachbegleitung • Fort- und Weiterbildung
Dokumentation:	<ul style="list-style-type: none"> • Statistik • Einzelfalldokumentation • Dokumentation von Konzepten • Dokumentation von Arbeitsabläufen
Ergebnismessung:	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz des Angebots • Überprüfung der Zielerreichung • Strategieplanung im Team

Neben der Feststellung der bereits vorhandenen Konzepte und Aktivitäten zu Evaluation und Qualitätssicherung wurde zusätzlich erfragt, inwieweit die Einrichtungen das Bedürfnis haben, Unterstützung zu bekommen, damit sie die angegebenen Maßnahmen effektiver anwenden können.

Vorgehen zur Bedarfsklärung

Zur Bedarfsklärung greifen alle AIDS-Hilfe-Organisationen auf RKI-Statistiken zurück. Knapp drei Viertel der Einrichtungen tun dies häufig, ein Viertel gelegentlich. Bis auf wenige Ausnahmen nutzen die AIDS-Hilfe-Organisationen Daten von Kooperationspartnern (z. B. Statistiken des Gesundheitsamtes, Zahlen aus Schwerpunktpraxen), 41 % geben eine häufige und 52 % eine gelegentliche Nutzung an. Etwa 86 % der Einrichtungen führen Befragungen ihrer Zielgruppen durch (51 % gelegentlich und 35 % häufig) (Tabelle 9, Abbildung 8).

Hinsichtlich der Größe des Einzugsgebietes zeigt sich ein Trend. Je kleiner das Einzugsgebiet der Einrichtung ist, umso eher geben Einrichtungen an, keine Zielgruppenbefragungen zur Bedarfsklärung zu nutzen. Die Einrichtungen, die wenig Primärprävention anbieten, nutzen häufiger Daten von Kooperationspartnern; Einrichtungen, in denen prozentual die meiste primärpräventive Arbeit durchgeführt wird, verwenden Informationen von Kooperationspartnern nur gelegentlich.

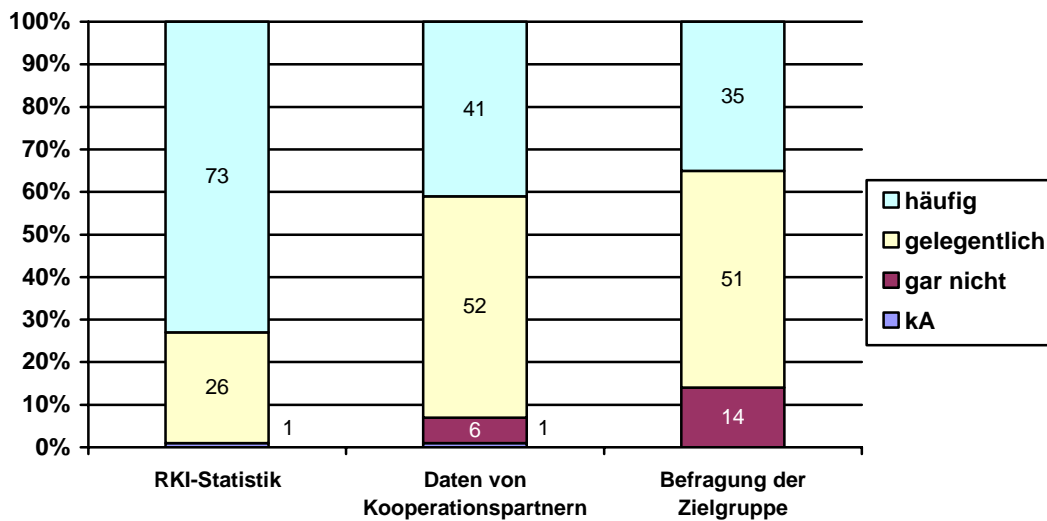
Nur 8 % der Beratungsstellen nutzen zusätzliche Maßnahmen. Sie geben z. B. Presse, wissenschaftliche Studien, Veröffentlichungen oder Workshops an.

Tabelle 9:
Häufigkeit der Nutzung der verschiedenen Formen der Bedarfsklärung (Anzahl der Projekte)

Bedarfsklärung				
	Gar nicht	Gelegentlich	Häufig	Keine Angabe
RKI-Statistik	0	24	67	1
Daten von Kooperationspartnern	5	48	38	1
Befragung der Zielgruppe	13	47	32	0

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 8: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Bedarfsklärung



Der Bedarf nach Unterstützung in der Verwendung der oben genannten Formen der Bedarfs-erhebung ist groß: lediglich knapp 10 % der Einrichtungen geben an, dass diese Art von Un-terstützung „gar nicht wichtig“ ist. Ungefähr die Hälfte der Einrichtungen findet solche Un-terstützung sehr wichtig, vor allem in der Entwicklung und Durchführung von Befragungen der Zielgruppe (Tabelle 10; Abbildung 9).

Der Wunsch nach Unterstützung in der Durchführung von Zielgruppenbefragungen ist bei den größten Einrichtungen besonders ausgeprägt.

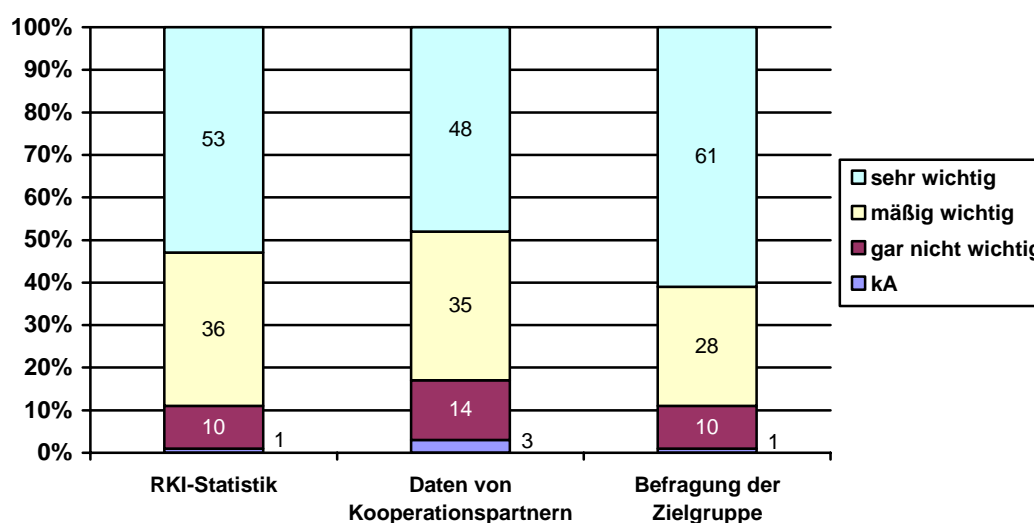
Einrichtungen, die Qualitätssicherung als eine unnötige Mehrbelastung betrachten, äußern auch weniger Bedarf nach Befragungen für die Zielgruppe. Bei den Einrichtungen, die die größte Unsicherheit in der Qualitätssicherung äußern, ist der Wunsch nach Unterstützung in der Anwendung von RKI-Daten nicht so ausgeprägt.

Tabelle 10:
Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung verschiedener Formen der Bedarfsklärung
(Anzahl der Projekte)

Bedarfsklärung				
	Gar nicht wichtig	Mäßig wichtig	Sehr wichtig	Keine Angabe
RKI-Statistik	9	33	49	1
Daten von Kooperationspartnern	13	32	44	3
Befragung der Zielgruppe	9	26	56	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 9: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung verschiedener Formen der Bedarfsklärung



Benutzung von Leitlinien

Eigene Leitlinien werden von fast 90 % der Einrichtungen genutzt. 64 % setzen sie häufig und knapp 23 % gelegentlich ein. Leitlinien der Deutschen AIDS-Hilfe werden von noch mehr Projekten (92 %) verwendet. Leitlinien anderer Anbieter werden auch genutzt, wenn auch etwas seltener; hier geben 60 % aller Einrichtungen die Verwendung an. 38 % nutzen sie nicht (Tabelle 11, Abbildung 10).

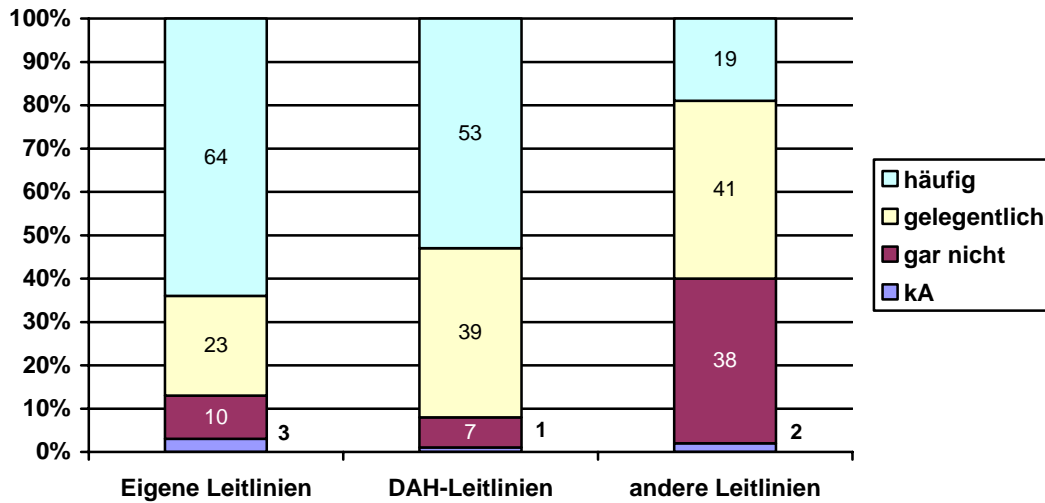
Einrichtungen mit der geringsten Kapazität nutzen Leitlinien seltener. Dies ist aber kein linearer Trend, sondern zeigt sich, wenn man die beiden Gruppen mit der geringsten Kapazität mit den anderen vergleicht.

Tabelle 11:
Häufigkeit der Nutzung von Leitlinien (Anzahl der Projekte)

Leitlinien				
	Gar nicht	Gelegentlich	Häufig	Keine Angabe
Eigene Leitlinien	9	21	59	3
DAH-Leitlinien	6	36	49	1
Leitlinien anderer Anbieter	35	38	17	2

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 10: Häufigkeit der Nutzung von Leitlinien



Über drei Viertel der Einrichtungen wünschen sich mehr Unterstützung in der Entwicklung und Verwendung eigener Leitlinien in der Präventionsarbeit sowie in der Verwendung existierender Leitlinien der Deutschen AIDS-Hilfe. Weniger Interesse in Leitlinien aus anderen Quellen besteht, wenngleich ungefähr die Hälfte der Projekte auch hier Interesse zeigen (Tabelle 12, Abbildung 11).

Das Interesse an Leitlinien im Allgemeinen ist bei größeren Einrichtungen wesentlich ausgeprägter.

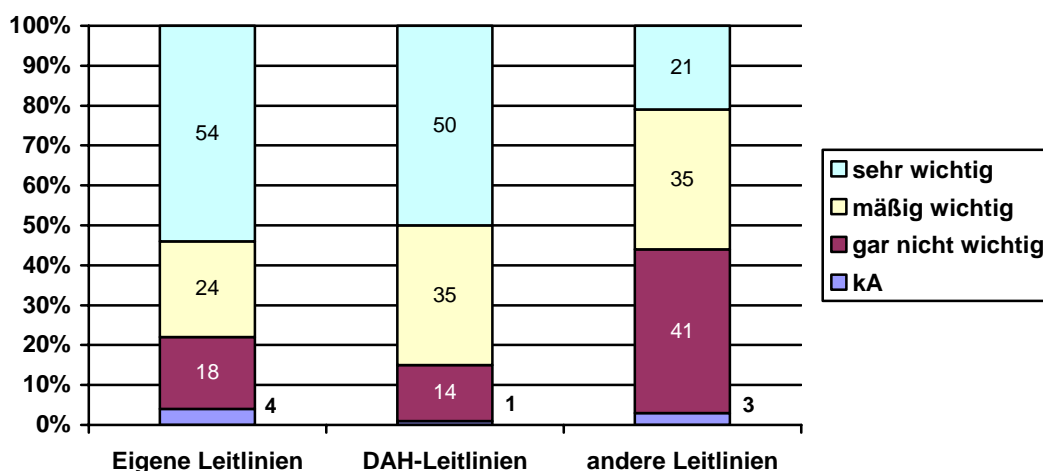
Tabelle 12:

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

Leitlinien				
	Gar nicht wichtig	Mäßig wichtig	Sehr wichtig	Keine Angabe
Eigene Leitlinien	16	22	50	4
DAH-Leitlinien	13	32	46	1
Leitlinien anderer Anbieter	38	32	19	3

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 11: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung von Leitlinien



Einsatz von praxisbegleitenden Maßnahmen

Mehr als drei Viertel der Einrichtungen geben an, externe Supervision zu nutzen. Noch höher liegt der Anteil der genutzten Intra-vision (Fallbesprechung) im Team (92 %). Ebenso häufig werden Facharbeitskreise genutzt. Gegensätzliche Befunde sind bei der Nachfrage hinsichtlich wissenschaftlicher Fachbegleitung zu dokumentieren. Hier geben 70 % der Befragten an, sie überhaupt nicht zu nutzen. Weniger als ein Viertel nutzt sie gelegentlich. (Tabelle 13, Abbildung 12)

Je mehr Stellenkapazität eine AIDS-Hilfe-Organisation hat, umso wahrscheinlicher ist es, dass Supervision angeboten wird und dieses auch noch häufig und nicht nur gelegentlich. Je größer das Einzugsgebiet, desto eher werden Falldiskussionen im Team abgehalten, in Metropolen sogar ausschließlich (100 %) häufig. Die Häufigkeit der Teilnahme an Facharbeitskreisen scheint in Zusammenhang mit der verfügbaren Kapazität der Einrichtungen zu stehen. Je mehr Zeit vorhanden ist, umso eher nehmen die Mitarbeiter gelegentlich bis häufig an Arbeitskreisen teil.

Sind es von den großen AIDS-Hilfe-Organisationen (5,4 Stellen oder mehr) die Hälfte, die wissenschaftliche Fachbegleitung überhaupt nicht erleben, so steigt dieser Anteil bei den kleinen mit der geringsten Kapazität (1,6 Stellen oder weniger) auf 84 %. Wissenschaftliche Fachbegleitung, die insgesamt wenig genutzt wird, ist in kleinen Gebieten (unter 100.000 Einwohner) zu fast drei Viertel noch nie zum Einsatz gekommen; über die Hälfte der Einrichtungen aus Metropolen kennen und nutzen sie zumindest gelegentlich bis häufig.

Alle AIDS-Hilfe-Organisationen nutzen angebotene Weiterbildungen (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß).

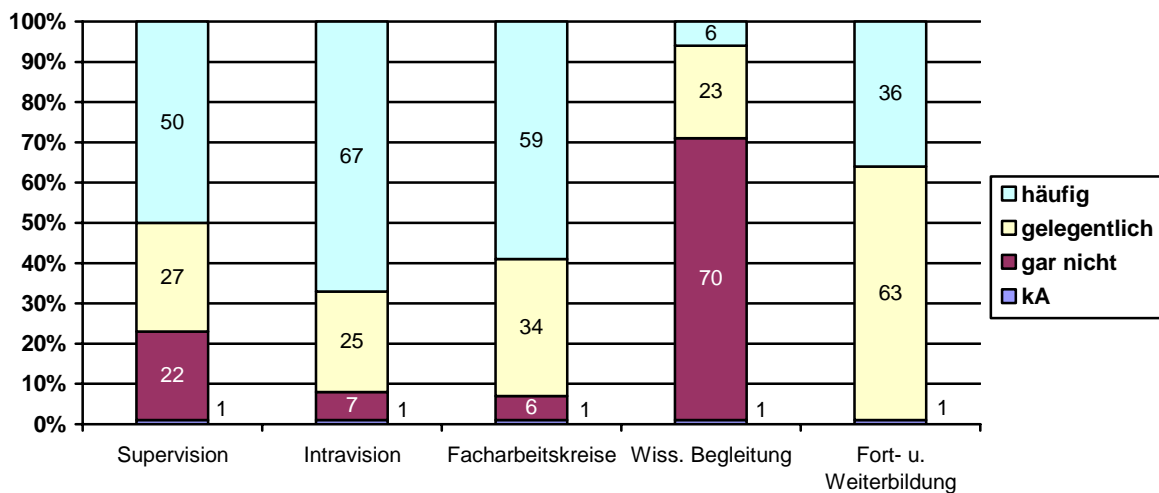
Andere als die im Fragebogen vorgegebenen praxisbegleitenden Maßnahmen werden nur von 2 % der Einrichtungen angegeben: Genannt wurden hierzu „kollegialer Austausch“ und „Organisationsentwicklung“.

Tabelle 13:
Häufigkeit der Nutzung praxisbegleitender Maßnahmen (Anzahl der Projekte)

Praxisbegleitende Maßnahmen				
	Gar nicht	Gelegentlich	Häufig	Keine Angabe
Supervision	20	25	46	1
Intravision	6	23	62	1
Facharbeitskreise	6	31	54	1
Wissenschaftliche Begleitung	64	21	6	1
Fort- und Weiterbildung	0	58	33	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 12: Häufigkeit der Nutzung praxisbezogener Maßnahmen



Über drei Viertel der Projekte äußern einen Bedarf nach (weiterer) Unterstützung in der Verwendung der im Fragebogen vorgegebenen praxisbegleitenden Maßnahmen. Alle Maßnahmen außer „wissenschaftlicher Fachbegleitung“ werden mehrheitlich als „sehr wichtig“ eingestuft (Tabelle 14, Abbildung 13).

Je größer die Einrichtung, umso stärker ist der Wunsch nach einem intensiveren Einsatz der Supervision als praxisbegleitende Qualitätsmaßnahme. Bei den Einrichtungen mit dem geringsten Anteil an Präventionsarbeit (unter 20 %) ist der Wunsch nach mehr Supervision besonders ausgeprägt. In den größeren Einrichtungen sowie in Einrichtungen in größeren Orten ist der Wunsch nach wissenschaftlicher Begleitung besonders stark.

Die Projekte, die die Einstellung befürworten, dass Qualitätssicherung eine unnötige Mehrbelastung ist, haben eher nicht den Wunsch nach einer intensiveren Mitarbeit in Facharbeitskreisen – im Gegensatz zu den Projekten, die Qualitätssicherung als Ressource wahrnehmen. Die Einrichtungen, die sich in der Qualitätssicherung unsicher fühlen, haben auch eher nicht den Bedarf nach einer verstärkten Anwendung der Intravision im Team. Bei den Projekten, die das Statement teilen, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen an knappen Mitteln scheitern, ist der Wunsch nach einer stärkeren Einbindung der Supervision in ihre Arbeit etwas ausgeprägter als bei solchen, die diese Äußerung ablehnen. Am ausgeprägtesten ist der Wunsch nach einem vermehrten Einsatz von Supervision bei denjenigen Einrichtungen, die der Äußerung bezüglich knapper Ressourcen weder zustimmen noch sie ablehnen.

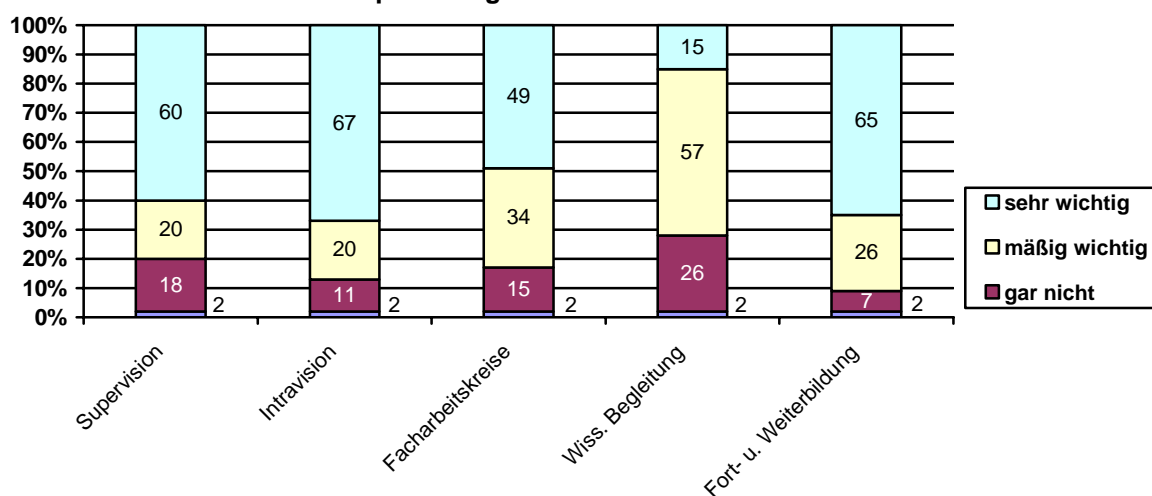
Tabelle 14:

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

Praxisbegleitende Maßnahmen				
	Gar nicht wichtig	Mäßig wichtig	Sehr wichtig	Keine Angabe
Supervision	17	18	55	2
Intravision	10	18	62	2
Facharbeitskreise	14	31	45	2
Wissenschaftliche Begleitung	24	52	14	2
Fort- und Weiterbildung	6	24	60	2

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 13: Wunsch nach Unterstützung in der Verwendung praxisbegleitender Maßnahmen



Vorgehen bei der Dokumentation

Der Großteil der Einrichtungen (92 %) führt Statistiken zu Dokumentationszwecken. Ähnliches gilt für die Falldokumentation, die von knapp 84 % aller Projekte durchgeführt wird. Auch Konzepte werden von 90 % der AIDS-Hilfe-Organisationen dokumentiert. In drei Vierteln aller Einrichtungen werden Arbeitsabläufe und Prozessvereinbarungen dokumentiert (Tabelle 15, Abbildung 14).

Zwischen den strukturellen Bedingungen und den Aspekten der Dokumentation bestehen bis auf eine Ausnahme keine Zusammenhänge. Lediglich bei den Angaben zur Dokumentation von Konzepten geben die Projekte in Kleinstädten (20-100.000 Einwohner) und Großstädten bis eine halbe Million Einwohner an, dieses überhaupt nicht zu tun.

Drei Einrichtungen geben zusätzliche Dokumentationen an: Projektauswertung, Dokumentation von Zielvereinbarungen und das Führen von Rückmeldebögen.

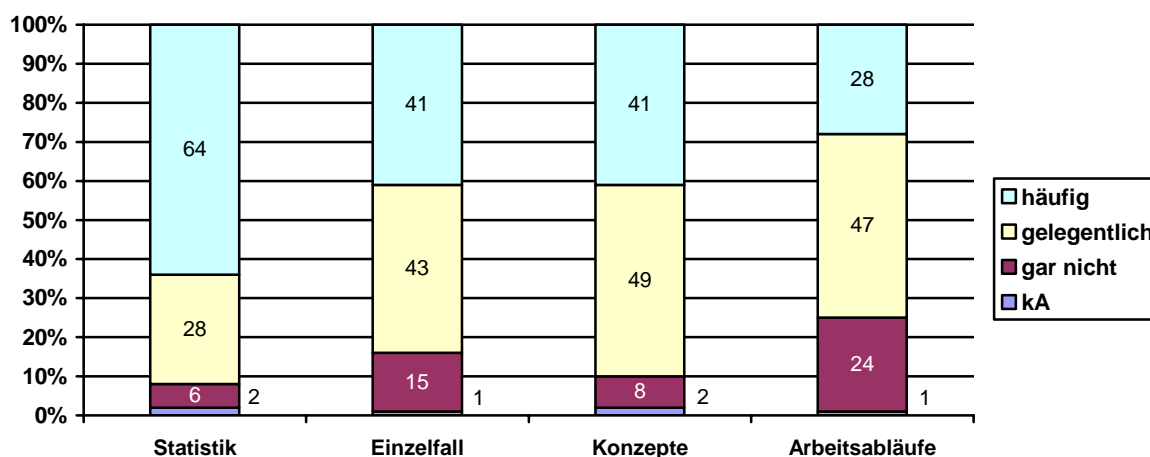
Tabelle 15:

Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Dokumentation (Anzahl der Projekte)

Dokumentation	Gar nicht	Gelegentlich	Häufig	Keine Angabe
Statistik	5	26	59	2
Einzelfalldokumentation	14	39	38	1
Konzepte	7	45	38	2
Dokumentation der Arbeitsabläufe, Prozessvereinbarungen	22	43	26	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 14: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Dokumentation



Knapp 80 % der Projekte wünschen sich Unterstützung bei der Dokumentation ihrer Arbeit, besonders ausgeprägt ist der Bedarf nach der Dokumentation von Konzepten (Tabelle 16, Abbildung 15).

Der Wunsch, die Erhebung von Statistiken über die Arbeit zu verstärken, ist tendenziell bei größeren Einrichtungen und bei Einrichtungen in größeren Orten ausgeprägter. Ebenfalls bei der Dokumentation von Konzepten. Eine bessere Dokumentation von Konzepten wünschen sich auch eher die Einrichtungen, die prozentual weniger Präventionsarbeit leisten. Der Bedarf nach einer verbesserten Dokumentation von Arbeitsabläufen ist eher bei größeren Einrichtungen zu finden.

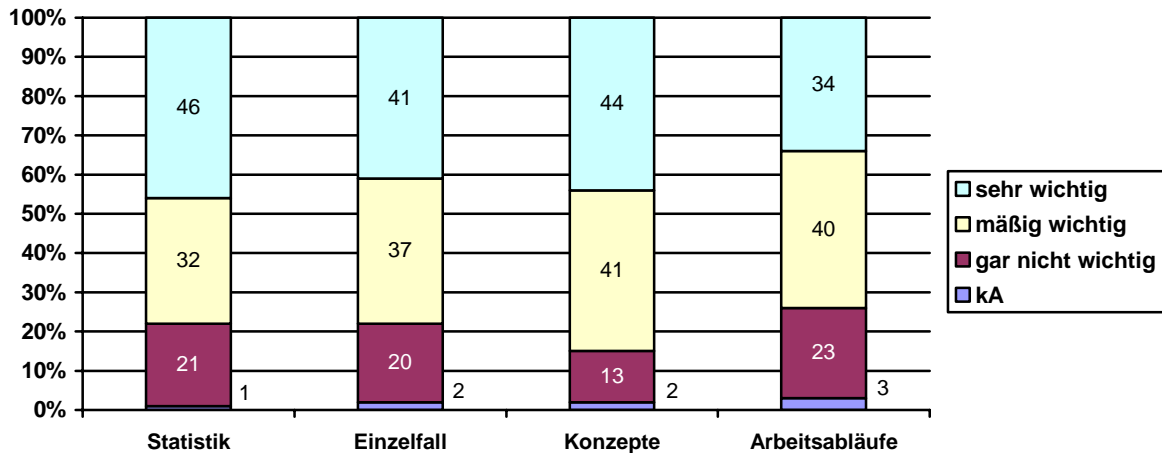
Tabelle 16:

Wunsch nach Unterstützung bei der Dokumentation (Anzahl der Projekte)

Dokumentation	Gar nicht wichtig	Mäßig wichtig	Sehr wichtig	Keine Angabe
Statistik	19	30	42	1
Einzelfalldokumentation	18	34	38	2
Konzepte	12	38	40	2
Dokumentation der Arbeitsabläufe, Prozessvereinbarungen	21	37	31	3

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 15: Wunsch nach Unterstützung in der Dokumentation



Vorgehen der Ergebnismessung

Die Akzeptanz ihrer Angebote überprüfen bis auf wenige Ausnahmen (5 %) alle AIDS-Hilfe-Organisationen. Mehr als die Hälfte tun dies sogar häufig und knapp 41 % gelegentlich. Auch die Überprüfung der Zielerreichung bei der primärpräventiven Arbeit wird von 89 % aller Einrichtungen angegeben (wobei etwa die Hälfte hiervon angibt, dies gelegentlich vorzunehmen). Die andere Hälfte überprüft die Realisierung der Ziele häufig. In 88 % aller AIDS-Hilfe-Organisationen gehört Strategieplanung im Team zu den Arbeitsabläufen der Ergebnisfeststellung. Mehr als die Hälfte führen sie häufig und 30 % gelegentlich durch (Tabelle 17, Abbildung 16).

Hier zeigt sich auch ein Zusammenhang mit der Kapazität der Einrichtungen. Nur Projekte mit 2,5 und weniger Stellen, geben an, von einer Strategieplanung keinen Gebrauch zu machen. Je größer die Stadt bzw. die Gemeinde, in der sich eine AIDS-Hilfe-Organisation befindet, desto häufiger wird Strategieplanung im Team durchgeführt.

Eine Einrichtung gibt zusätzlich Kundenbefragungen zur Ergebnisfeststellung an.

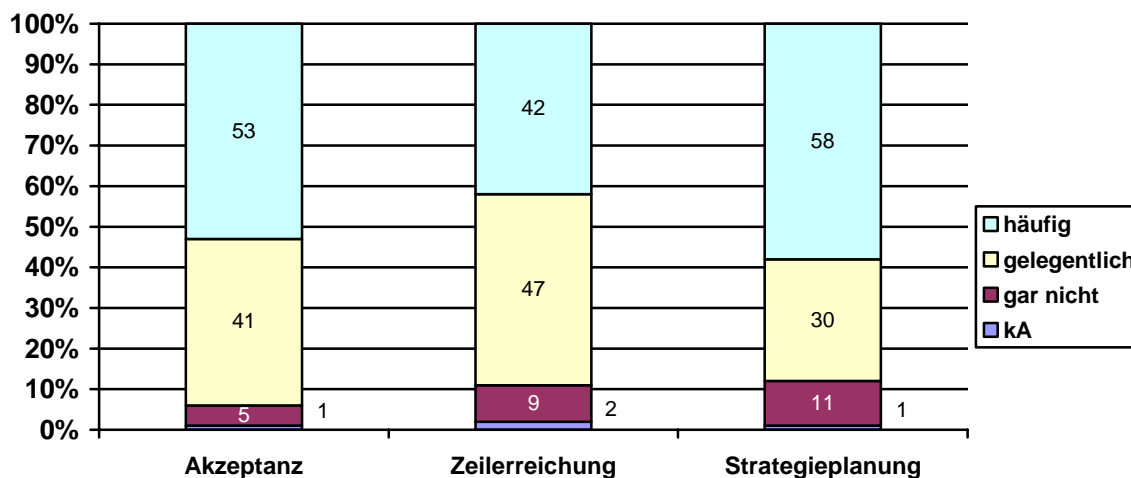
Tabelle 17:

Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Ergebnismessung (Anzahl der Projekte)

Ergebnismessung	Gar nicht	Gelegentlich	Häufig	Keine Angabe
Angebotsakzeptanz	4	38	49	1
Zielerreichung	8	43	39	2
Strategieplanung	10	28	53	1

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 16: Häufigkeit der Nutzung verschiedener Formen der Ergebnismessung



Über 80 % der Projekte äußern den Wunsch nach Unterstützung in der Entwicklung und Durchführung einer Ergebnismessung ihrer Präventionsarbeit, bei mehr als der Hälfte ist dieser Wunsch besonders stark (Tabelle 18, Abbildung 17).

Je größer der Einrichtung, desto stärker ist der Wunsch nach einer Überprüfung der Zielerreichung. Je größer der Ort, an denen eine Einrichtung sich befindet, desto größer ist der Bedarf nach Strategieplanung und der Feststellung der Angebotsakzeptanz bei der Zielgruppe.

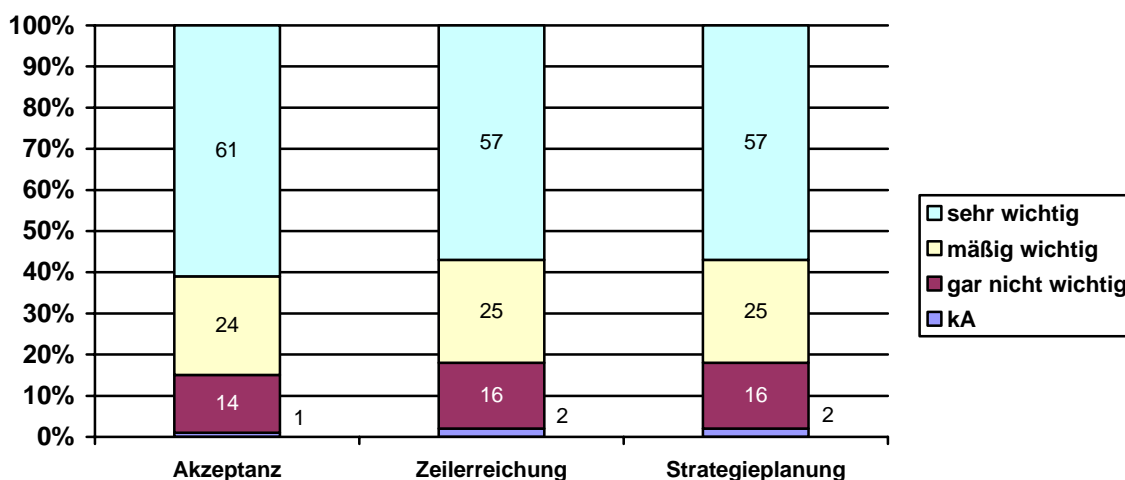
Bei den Projekten, die Qualitätssicherung als Ressource betrachten, ist der Wunsch nach einer verstärkten Strategieplanung für die Primärprävention eher schwächer.

*Tabelle 18:
Wunsch nach Unterstützung in der Ergebnismessung (Anzahl der Projekte)*

Ergebnismessung				
	Gar nicht wichtig	Mäßig wichtig	Sehr wichtig	Keine Angabe
Angebotsakzeptanz	13	22	56	1
Zielerreichung	15	23	52	2
Strategieplanung	15	23	52	2

(92 Projekte berücksichtigt)

Abbildung 17: Wunsch nach Unterstützung in der Ergebnismessung



Partizipative Evaluation und Qualitätssicherung

Der Fragebogen enthält auch eine Reihe von Fragen zu den Kenntnissen zu und dem Bedarf nach partizipativen Formen der Evaluation und Qualitätssicherung. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Fragestellung vorgestellt.

Mehr als der Hälfte der Einrichtungen (54 %) sind partizipative Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung bekannt. Ebenso viele arbeiten ansatzweise mit Methoden eines Aktionsforschungsansatzes, und über ein Fünftel geben an, ihn bereits zu realisieren.

Obwohl etwa jedes zweite Projekt bereits in Ansätzen partizipativ arbeitet, geben 58 % der Befragten einen zusätzlichen Bedarf an Fortbildung zu diesem Themenkomplex an. Für 87 % aller Projekte ist ein Aktionsforschungsansatz wichtig. Bedarf besteht ebenfalls im Bereich der Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen. Lediglich 9 % aller Einrichtungen verfügen über einschlägige Erfahrungen. Ein Drittel hat ansatzweise Erfahrung mit wissenschaftlicher Kooperation; mehr als der Hälfte (58 %) fehlt sie gänzlich.

Es wurde auch untersucht, ob strukturelle Bedingungen und Einstellungen zu Qualitätssicherung im Zusammenhang mit den Kenntnissen zu partizipativer Methoden stehen. Bei genauer Betrachtung der Antwortstruktur fällt auf, dass bei Einrichtungen in Ballungsräumen (1 Mio. Einwohner oder mehr) über die Hälfte aller Projekte partizipative Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung eingeführt und realisiert haben. Weitere 38 % der Befragten dieser Gruppe haben sie in Ansätzen eingeführt. Für alle anderen Einzugsgebiete gilt: Die Größe scheint proportional der angegebenen Umsetzung partizipativer Methoden.

Auch zwischen Kapazität und Kenntnissen zur Partizipation bestehen tendenziell Zusammenhänge. In größeren Einrichtungen haben die Mitarbeiter eher von ihr gehört. Unabhängig von der Kapazität wird gleichberechtigte Zusammenarbeit von der Mehrzahl der Projekte als sehr wichtig eingeschätzt. Die Realisierung partizipativer Vorgehensweisen scheitert nur in kleinen Einrichtungen, die über maximal 1,5 Stellen verfügen. Diese geben an, dass eine gleichberechtigte Zusammenarbeit nicht realisierbar ist. Dreimal so viele von ihnen (verglichen mit den größten Beratungsstellen) haben sie noch nicht realisiert. Hierzu muss allerdings angemerkt werden, dass vier der 19 Einrichtungen über weniger als eine halbe Stelle verfügen. So-

fern diese wenigen Stunden von einer einzelnen Person geleistet werden, ist keine Gelegenheit für einen gleichberechtigten Austausch vorhanden.

Erfahrung im Austausch mit Wissenschaftlern haben nur wenige Projekte. In besonderem Maße trifft dies aber für Einrichtungen mit maximal 1,5 Stellen zu. 79 % davon haben mit diesem Austausch überhaupt keine Erfahrung, 16 % wenig Austausch und 5 % hatten schon Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen.

Systematische Weiterbildung zu partizipativen Verfahren wünschen sich mehr als 58 % aller Einrichtungen unabhängig von ihrer Kapazität.

Den stärksten Zusammenhang zwischen dem Anteil der geleisteten Primärprävention und Kenntnissen und Bedarf zu partizipativen Verfahren finden wir in Bezug auf das Wissen: Je geringer der Anteil primärpräventiver Tätigkeit in einer Einrichtung ist, desto weniger haben die Mitarbeiter Kenntnisse zu partizipativen Verfahren.

Zusammenhänge zwischen den Einstellungsdimensionen und den Kenntnissen zur Anwendung von Verfahren partizipativer Evaluation und Qualitätssicherung können wie folgt beschrieben werden: Die Einrichtungen, bei denen die Mitarbeiter an Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren nicht gleichberechtigt beteiligt sind, fühlen sich bei Fragen der Qualitätssicherung eher unsicher und sind eher der Meinung, dass Qualitätssicherung an knappen Ressourcen scheitert. Die Projekte, die schon von partizipativen Verfahren gehört haben, sagen eher, dass Qualitätssicherung nicht an knappen Ressourcen scheitert. Die Einrichtungen, die Qualitätssicherung als eine unnötige Mehrbelastung betrachten, haben auch eher kein Interesse an Weiterbildungen zum Thema „Partizipative Evaluation und Qualitätssicherung“.

Ergebnisse aus den Projektbesuchen

Die nach dem oben geschilderten Verfahren ausgewählten Projekte wurden von Mitarbeitern des WZB besucht. Die Vielfalt dieser Projekte wird durch die Tabelle im Anhang 2 verdeutlicht. Einige Projekte konzentrieren sich ausschließlich auf eine Zielgruppe und wenige entsprechende Angebote, während andere mehrere Zielgruppen durch diverse Interventionsformen ansprechen. Die größeren Projekte verfügen über 10-15, die kleineren über ein bis drei Vollzeitmitarbeiterstellen. Während bei manchen Einrichtungen der Anteil der fest finanzierten Arbeitsstunden über 80 % umfasst, liegt die Quote bei anderen unter 60 %. Einige Projekte arbeiten ausschließlich in der Primärprävention, andere widmen weniger als die Hälfte ihrer Arbeitszeit diesem Bereich. Vier Projekte (drei aus Stadt-Staaten) sind auf der Landesebene, alle anderen sind auf der kommunalen Ebene tätig.

Ein Vergleich zwischen den 12 besuchten Projekten und den anderen Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe hinsichtlich der oben genannten Einstellungen zur Qualitätssicherung zeigt, dass die 12 Projekte etwas positiver zu Qualitätssicherungsmaßnahmen eingestellt sind als die meisten anderen AIDS-Hilfe-Organisationen.

Der Projektbesuch dauerte jeweils ein bis zwei Tage. Ziel des Besuches war es, vor Ort zu erfahren, wie in der Einrichtung Qualität in der Präventionsarbeit verstanden wird, welche Erfahrungen in der Qualitätssicherung und Evaluation bereits vorliegen und welche Unterstützung die Mitarbeiter sich zu diesem Thema wünschen. Dies wurde durch Gespräche mit Projektmitarbeitern und Vorstandsmitgliedern in Erfahrung gebracht. Die Mindestanforderung war ein Gespräch mit einem Mitarbeiter auf jeder Organisationsebene, der an der Gestaltung und Durchführung der Primärprävention beteiligt ist. Konkret waren je ein Gespräch mit einem Mitarbeiter in der Präventionsarbeit, mit der Leitung der Präventionsarbeit sowie mit der Geschäftsführung und dem Vorstand vorgesehen. Da jede Einrichtung eine eigene Struktur hat, diente diese Vorgabe lediglich als Orientierungshilfe. Welche Gesprächspartner in Frage kommen sollten, wurde mit der Kontaktperson in jeder einzelnen Einrichtung vereinbart. Zusätzlich zu den Einzelgesprächen war ein Gruppengespräch mit allen Mitarbeitern eingeplant, die Präventionstätigkeiten konzipieren und durchführen. Schließlich wurde die Dokumentation der geleisteten Präventionsarbeit gesichtet, um ein besseres Bild über die in den Interviews beschriebenen Erfahrungen geben zu können. Vorgesehen waren 1 Stunde für jedes Einzelgespräch und zwei Stunden für das Gruppengespräch; in einzelnen Fällen wich die tatsächliche Dauer etwas von diesem Zeitrahmen ab. Ein Überblick über die Anzahl der geführten Gespräche nach Einrichtung befindet sich ebenfalls in der Tabelle im Anhang 2. Aus Krankheitsgründen konnte das Gruppengespräch in der Hannöverschen AIDS-Hilfe nicht geführt werden. Zwei Gruppengespräche wurden in der AIDS-Hilfe Stuttgart durchgeführt, um unterschiedliche Konstellationen von Mitarbeitern zu berücksichtigen. Insgesamt fanden 54 Einzelgespräche und 12 Gruppengespräche statt.

Alle Einzelgespräche erfolgten auf Basis eines Interviewleitfadens, der die Fragestellung der Untersuchung abbildet (Anhang 3). Jedes Gespräch wurde mit Kassettenrekorder aufgenommen und gleichzeitig schriftlich protokolliert. Die Protokolle wurden abgetippt, im Word-Format gespeichert und mit dem Programm Altas.ti nach dem Ansatz der Grounded Theory bearbeitet. Letzteres bestand aus einem mehrstufigen analytischen Prozess der Kodierung und Klassifizierung (vgl. Patton 1987). Die bei jedem Schritt verwendeten Kategorien wurden direkt aus den Gesprächen abgeleitet. Die Feldnotizen der Wissenschaftler sowie die von den Projekten zur Verfügung gestellte Dokumentation stellten zwei zusätzliche Informationsquellen für die Auswertung dar.

Das Gruppengespräch wurde in Anlehnung an die Arbeit von Jos Kessels (2001) nach der sokratischen Methode geleitet. Mehr zu diesem Vorgang unter „Gruppengespräche“.

In direkter Anlehnung an den Interviewleitfaden werden die Ergebnisse der Einzelgespräche unter den folgenden vier Fragen vorgestellt:

- Was ist Qualität in der Primärprävention?
- Welche Erfahrungen in der Qualitätssicherung und Evaluation liegen bereits vor?
- Welche Probleme werden in der Qualitätssicherung und Evaluation erlebt?
- Was brauchen die Projekte für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation?

Was ist Qualität in der Primärprävention?

Die Frage der Qualität in der Primärprävention ist für die Gesprächspartner die nach der fachlichen Fundierung ihrer Arbeit. Dabei wird nicht die (akademische) Fachsprache der Qualitätssicherung angewandt – auch nicht im Fall der Mitarbeiter, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen –, sondern die Fachsprache der Primärprävention, die vor allem die Sprache der Sozialarbeit, der Pädagogik und der Psychologie einschließt. Das Interesse besteht nicht in der Bildung allgemein verwendbarer Qualitätskategorien, sondern in der Schaffung der Bedingungen für eine gute Arbeit. Die Geschäftsführerin eines Projekts, das mehrjährige Erfahrung mit formalen Strukturen der Qualitätssicherung aufweisen kann, hat diesen Sachverhalt so formuliert:

„Eigentlich ist die Ausgangsfrage zur Qualität in der Prävention eine total akademische Frage. Damit war es schwierig, die Frage zu beantworten, weil Qualität als Begriff so abstrakt ist. Es wäre wünschenswert, diese Frage auf die Praxis herunter zu brechen. ... Es ist eine Alles-oder-nichts-Frage. ... Wir brauchen Verfahren, die wissenschaftlich valide sind aber von nichtwissenschaftlichen Mitarbeitern angewandt werden können – vor allem dazu, wie viele Leute wir erreichen.“ (PD 18, 124)³

Der Begriff „Qualitätssicherung“ ist für viele Gesprächspartner durch negative Erfahrungen stark vorbelastet. Mehrere von ihnen berichten, dass ihre erste Konfrontation mit Qualitätssicherung im formalen Sinne erst im Rahmen kommunaler Kürzungsmaßnahmen stattfand. Dabei sei das eigentliche Interesse des Zuwendungsgebers ein finanzielles und kein fachliches:

„Unter dem Stichwort Qualitätssicherung muss man sehr aufpassen, was damit erreicht werden soll. ... Es ist manchmal so im sozialen Feld sehr schwer überhaupt, sich ins bestehende Instrumentarium einzuordnen. Da habe ich manchmal Schwierigkeiten. Die Realität des menschlichen Kontakts ist manchmal doch eine andere. Nehmen wir mal ein Beispiel: Beratung. Für Beratung steht eine Stunde zur Verfügung. Mehr sollte es nicht sein. Es gibt aber tatsächlich Menschen, sie haben so viele Sorgen oder sind so verzweifelt – das merkt man, dass sie mehr Zeit brauchen, bei manchen weniger. Ich habe da manchmal Zweifel, ob so was überhaupt eine Rolle spielt, oder ob nur das Schema von Wichtigkeit ist, was Qualität betrifft. Die Frage ist: wer entscheidet über die Qualität, wer ist damit vertraut in diesem Arbeitsfeld? Es geht oft darum, Geld zu sparen. ... Also ich will damit die ganze Ambivalenz in der Diskussion

³ PD steht für „Primärdokument“, das hier ein Interviewprotokoll bedeutet. Die Interviewprotokolle wurden in der Reihe ihrer Durchführung nummeriert (die Zahl nach dem „PD“). Die letzte Zahl in den Klammern steht für die Stelle im Interviewprotokoll (Zeilennummer), wo das Zitat erscheint.

zur Qualitätssicherung ansprechen. ... Unter dem Strich kommt es darauf an, was mit dieser gesamten Entwicklung gemeint ist, welche Absicht dahinter steht. (PD 45, 94)

Die Aussagen der Gesprächspartner über ihr Verständnis von Qualität in der primärpräventiven enthalten folgende sieben Elemente:

- Zielgruppenorientierung
- Mitarbeiterkompetenz
- Ressourcen
- Angemessene Arbeitsstrukturen
- Angemessene Arbeitsmethoden
- Zeichen des Erfolgs
- Einflüsse außerhalb des Projekts

Zielgruppenorientierung

Eine zielgruppenorientierte Präventionsarbeit ist ein Grundsatz der internationalen AIDS-Hilfe-Bewegung, der sich auch als expliziter Schwerpunkt der Deutschen AIDS-Hilfe und deren Mitglieder wieder findet. Zahlreiche Unterlagen der besuchten Projekte beziehen sich explizit auf diesen Grundsatz sowie auf entsprechende Publikationen des Dachverbandes. Keine Aussage über Qualität in der Primärprävention wird mit einer so ausgeprägten Einigkeit – und auch Überzeugung – zum Ausdruck gebracht wie die Aussagen über ein zielgruppenorientiertes Arbeiten, das für alle Projekte als zentrales Qualitätsmerkmal der Präventionsarbeit fungiert. Die Gesprächspartner heben jedoch unterschiedliche Aspekte des zielgruppenorientierten Ansatzes unabhängig vom Setting, von der Zielgruppe sowie von den aktuellen Problemstellungen in der Praxis hervor. Hier einige Beispiele:

Vor allem in der Arbeit mit Zielgruppen in besonders prekären Lebenslagen (z.B. Drogengebraucher auf dem Straßenstrich) wird Akzeptanz in Vordergrund gestellt. In der Arbeit mit diesen Zielgruppen werden Mitarbeiter besonders stark gefordert, gesundheitsgefährdende Lebensweisen, ohne Bewertung anzunehmen, damit das nötige Vertrauen für eine langfristige gesundheitsfördernde Zusammenarbeit entstehen kann:

„Wir müssen akzeptierend arbeiten. ... Wir müssen einfach in dem Moment Sachen akzeptieren, die wir ansonsten nicht akzeptieren würden. Weil das wirklich ganz andere Lebenswelten sind und weil sie zum Teil so krasse Sachen machen. Als Beispiel: wenn es um ein junges Mädchen geht, wo ich weiß, dass es sich prostituiert. Ich möchte sie natürlich davon abbringen, dass sie sich so ihre Sucht finanziert. Aber vielleicht in dem Moment ist etwas ganz Anderes wichtig für sie, warum sie in dem Moment den Ausstieg nicht machen kann. Dann muss ich eben mit ihr über Safer Sex reden.“ (PD 20, 31)

Bei den Mitarbeitern, die aufsuchende Arbeit für schwule Männer leisten, ist die Berücksichtigung der Regeln und Strukturen der einzelnen Szenen (Settings) ein wichtiger Bestandteil der zielgruppenorientierten Arbeit:

„Qualität heißt in der Vor-Ort-Arbeit eine sowohl inhaltlich als auch vom Auftreten her ansprechende Aktion für die jeweilige Zielgruppe, die ich gerade erreichen will. Also es muss sehr subszenenspezifisch sein. Und ich muss den Ort und den Kontext möglichst fassen, in dem die Zielgruppe sich befindet und in dem die Aktionen stattfinden. Also ich muss die ganzen situativen Sachen beachten: welche Bedürfnisse sie

*haben, welche Erwartungen, welche Werte, welche Wünsche sie überhaupt haben.“
(PD 33, 12)*

Zielgruppenorientierung kann auch die Entwicklung von Interventionen aus der momentanen Situation heraus, in der ein Klient sich befindet, bedeuten. Die idealen Voraussetzungen für Kommunikation sind vor allem in der aufsuchenden Arbeit oft nicht gegeben:

„Was wir häufig machen ist, wir greifen einfach das auf, was von den Jungs [Strichern] kommt. Wenn irgendein Junge irgendetwas sagt zum Thema sexuell übertragbare Krankheiten, dann greifen wir es sofort auf und fragen nach. Und es passiert häufig beim Essen [in der Anlaufstelle]. Ich würde sagen, alle zwei Tage reden wir beim Essen über eine sexuell übertragbare Krankheit. Ein Junge sagt irgendetwas und wir fragen nach: Hast du es schon mal gehabt? Kennst du jemanden, der es schon mal hatte? Wann hast du es gemerkt? Was hast du dann gemacht? Wie hast du das behandelt? Und daher lebt unsere Qualität wirklich davon, dass wir das aufgreifen, was da ist. Damit kann man schon eine Menge anfangen, gerade was die Jungen betrifft, die schon länger zu uns kommen und das Vertrauen in uns haben, und die wirklich die Themen hierher bringen und setzen. Da sitzen natürlich alle anderen neuen rundum und hören zu.“ (PD 22, 34)

„Es macht viel an der Qualität aus, dass man sich der Zielgruppe jetzt nicht äußerlich an den Klamotten oder von den Verbalitäten anpassen muss, sondern dass man unwahrscheinlich viel Verständnis entgegen bringt. ... Wir gehen so weit, dass wir uns den Regeln der Prostituierten anpassen, dass ein Verband auch nur so groß sein darf, wie sie es gerade noch zulässt, dass es den Freier nicht abschreckt. Und das wissen die Prostituierten, dass wir so sind, deshalb genießen wir absolutes Vertrauen.“ (PD 19, 20)

Mitarbeiterkompetenz

Unter dieser Kategorie findet sich eine Vielfalt an Aussagen über Qualität im Sinne der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter. Übergreifend ist hierbei das Argument, dass eine zielgruppenorientierte Präventionsarbeit erst möglich ist, wenn die Mitarbeiter über die erforderlichen Kompetenzen verfügen und auch die nötige (fachliche) Unterstützung in ihrer Arbeit bekommen.

Eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sowie ein regelmäßiger Austausch mit Kollegen aus anderen Einrichtungen (ob im Rahmen von Arbeitskreisen oder Kooperationsprojekten) werden von den meisten Gesprächspartnern als die beiden wichtigsten Standbeine der Mitarbeiterkompetenz hervorgehoben. Über die Fort- und Weiterbildung bekommen Mitarbeiter nicht nur die nötigen aktuellen Informationen zum Thema HIV/Aids, sondern auch die Einführung in neue Arbeitsmethoden sowie Hinweise zu Änderungen im Sozial- und Gesundheitssystem. Der Austausch mit Kollegen aus anderen Einrichtungen trägt nicht nur wesentlich zu einer verbesserten Koordination in der Arbeit mit der Zielgruppe bei, sondern bietet auch die Möglichkeit, neue Anregungen für Problemstellungen in der Praxis zu erhalten.

Die weiteren Aspekte, die im Sinne der Mitarbeiterkompetenz thematisiert werden, spiegeln vor allem die spezifische Arbeitssituation des Gesprächspartners wider. Beispielsweise werden in den Einrichtungen mit Ehrenamtlichen in der Präventionsarbeit nicht nur die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter sondern auch ihr Engagement in der Arbeit diskutiert. Ge-

sprächspartner, die Veranstaltungen bzw. Aktionen konzipieren und durchführen, betonen Innovation und Flexibilität. Entscheidungsfreiheit bzw. selbständiges Arbeiten sind Aspekte, die von den Gesprächspartnern erwähnt werden, die für eigenständige Präventionsbereiche zuständig sind. Vereinzelt werden allgemeine Eigenschaften genannt, die Mitarbeiterkompetenz näher beschreiben sollen, wie z.B. Reflexionsfähigkeit, Authentizität in der Arbeit mit der Zielgruppe, Spontaneität oder das Erkennen der eigenen Grenzen.

Ressourcen

Die Frage der Ressourcen im Zusammenhang mit Qualität in der Primärprävention bezieht sich auf die Personal- und Sachmittel, die für Präventionsleistungen notwendig sind. Dieser Aspekt wird von den meisten Gesprächspartnern nicht als Qualitätsmerkmal erwähnt – außer bei den interviewten Geschäftsführern und Vorstandsmitgliedern, die mehrheitlich die Ressourcenfrage mit der Definition von Qualität in Verbindung bringen. Es wird argumentiert, dass die Absicherung der finanziellen Grundlage des Projekts mehr als eine Voraussetzung für die Präventionsarbeit ist, sie stellt für sich ein wichtiges Qualitätsmerkmal dar:

„Qualität bedeutet auch, dass ich mir nicht jeden Tag Sorgen darüber machen muss, ob meine Arbeit weiter finanziert wird. Wir hatten in den letzten Jahren einige Irritation in unserem Programm, was das betrifft, und das drückt die Stimmung ungemein. Wenn du nicht weißt, ob es im Sommer vorbei ist oder im Herbst, dann planst du nicht, und hast du keine Lust, etwas für den nächsten Welt-Aids-Tag zu entwickeln.“ (PD 26, 73)

„Für Qualität in der Primärprävention gibt es erstens Rahmenbedingungen, die erfüllt werden müssen. Dass die Arbeitsbedingungen so sind, dass gut gearbeitet werden kann. Das bezieht sich nicht nur aber auch auf die Finanzierung. ... Mit Finanzierung meine ich auch Arbeitsmittel – Kondome, Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit etc. Man braucht schon ziemliche Etats. Gerade in der Vor-Ort-Arbeit braucht man eine Menge an Sachausstattung, die einen es ermöglicht, zu arbeiten. ... Als Qualitätskriterium hilft es natürlich, dass öffentliche Förderung garantiert ist, und dass auch akzeptiert wird, dass es zielgruppenspezifische Projekte geben muss. Und dass man sie auch langfristig absichern muss.“ (PD 11, 35)

Angemessene Arbeitsstrukturen

Unter „Arbeitsstrukturen“ werden organisatorische Aspekte der Qualität verstanden, die eine erfolgreiche Präventionsarbeit fördern. Hier ist eine große Vielfalt an Aussagen zu finden, die unterschiedlichen Möglichkeiten für das Strukturieren der täglichen Arbeit beschreiben. Die Vielfalt ist kein Ausdruck eines Dissenses unter den Gesprächspartnern, sondern das Resultat unterschiedlicher Arbeitszusammenhänge, Praxishintergründe und Arbeitsstile.

Ein verlässliches Angebot nach klar formulierten Kriterien ist für die Gesprächspartner eine Selbstverständlichkeit, wie dies z. B. durch regelmäßige Präsenzzeiten bzw. Sprechstunden sowie Dokumentation, Zielsetzung und das Einhalten von Leitlinien/ Qualitätsstandards gewährleistet wird. Merkmale wie Effizienz, Nachhaltigkeit und Kontinuität werden von den Gesprächspartnern genannt, um die Ergebnisse einer gut strukturierten Arbeit zu beschreiben. Vereinzelt werden Aussagen zu bestimmten Verläufen oder Unterstützungsmaßnahmen gemacht, die aus der Sicht des Gesprächspartners für die Gewährleistung angemessener Strukturen notwendig sind, z. B. Supervision, regelmäßige Gespräche zwischen Mitarbeitern und deren Vorgesetzten, Planungs- und Durchführungsverfahren, eine klare Arbeitsaufteilung im

Projekt, Klausurtag für die gesamte Einrichtung oder Evaluationsmaßnahmen, um die Ergebnisse der Arbeit regelmäßig zu überprüfen.

Angemessene Methoden

Vor allem die Gesprächspartner, die einen direkten Kontakt zur Zielgruppe haben, interessieren sich für die Frage der angewandten Methoden in der Präventionsarbeit. Alle sind sich einig: Ein Qualitätsmerkmal der Präventionsarbeit ist die Angemessenheit dieser Methoden. In Einzelheiten sind die Aussagen der Gesprächspartner über Qualität und methodische Fragen jedoch schwer vergleichbar, weil sich jeder Praktiker auf sein eigenes Tätigkeitsfeld innerhalb der vorhandenen Praxisstrukturen bezieht. Es werden keine allgemein gültigen Methoden für eine Zielgruppe postuliert, sondern die Gesprächspartner reden über die eigenen Erfahrungen in der Umsetzung des zielgruppenorientierten Ansatzes in ihrer konkreten Arbeit und im Rahmen des Auftrages ihrer Einrichtung.

Infomaterialien, die den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen, Präsenz in der Szene (in der aufsuchenden Arbeit) und die Schaffung der richtigen Atmosphäre (auf Aufklärungsveranstaltungen) sind zentrale Themen in der Methodendiskussion, wengleich sich die Details je nach Setting und Zielgruppe erheblich unterscheiden können: Um den Aufbau einer Vertrauensbasis zu ermöglichen werden in der aufsuchenden Arbeit z. B. die Freiwilligkeit des Angebots, der „menschwürdigen Umgang“ mit der Zielgruppe, sowie eine Arbeit „in kleinen Schritten“ und „ohne Druck und ohne Angst“ hervorgehoben. In der Arbeit mit Gruppen im Rahmen von Aufklärungsveranstaltungen werden (pädagogische) Methoden der Gruppensteuerung, Diskussionsführung und Informationsvermittlung beschrieben. In der Durchführung von Aktionen in Schwulenszenen oder auf großen öffentlichen Veranstaltungen (z. B. Infostände auf Volksfesten) stehen das Verteilen von Kondomen und Informationsmaterial sowie Methoden zum „Anlocken“ der Passanten bzw. der Besucher im Vordergrund.

Zeichen des Erfolgs

Qualität im Sinne einer bestimmten Wirkung können die Gesprächspartner nur schwer formulieren, weil sie die Messbarkeit ihrer Arbeit bezweifeln.

Die Förderung eines neuen Bewusstseins in der Zielgruppe in Bezug auf ihr eigenes Risiko hinsichtlich einer HIV-Infektion wird von den meisten Gesprächspartnern als zentrales Ziel erwähnt. Dies schließt für viele „eine Anregung zur Selbst- und Fremdverantwortung“ ein:

„Ich muss mit dieser [Präventions-]Botschaft, das Bewusstsein der Schüler erreichen. Und in der Botschaft muss es darum gehen, zu vermitteln, dass es um sie selber geht, um ihre eigene Gesundheit, ihre Zukunft und ihre Lebensperspektiven, die auch auf dem Spiel stehen durch die Krankheit Aids, die jeden bedrohen kann. ... Und das Bewusstsein dazu zu schaffen. Und zwar egal im welchen Alter sie sind. ... Und so die Wege öffnen. Ein Saatkorn irgendwie in die Köpfe einpflanzen, das später aufgeht, damit sie wissen, sie haben schon etwas darüber gehört.“ (PD 62, 13)

„Ich bilde mir nicht ein, dass ich jede Infektion verhindern kann. Weil ich mit den Leuten vier Stunden in ihrem Leben zusammen bin. Ich glaube nicht, dass man dadurch den allergrößten Einfluss ausüben kann. Aber, wenn ich einen gedanklichen Stolperstein setzen kann, oder wenn ich ein gedankliches oder emotionales Innehalten provozieren kann, ihnen ihren eigenen Wert als Person vor Augen führen kann: Du bist es wert, dass du dich ernst nimmst, und dass du deine Gesundheit ernst nimmst,

und deine Wünsche ernst nimmst. Dann habe ich etwas erreicht, bei Mädchen und auch bei Jungs. Ich denke, dadurch, dass sie sich selber, ihre Gefühle und ihre Wünsche ernst nehmen, können sie die Grenzen von anderen mehr in Blick kriegen.“ (PD 26, 34)

„Primärprävention hat für mich dann Qualität, wenn zwei Hauptziele erreicht sind. Das erste: Wissensdefizite auszugleichen, wenn auch nur im ersten Schritt zumindest rudimentär. Im zweiten Schritt bedeutet Qualität in der Primärprävention, die Menschen, die wir erreichen wollen, zum Nachdenken anzuregen auf der einen Seite, und auf der anderen Seite, Selbstverantwortung und Fremdverantwortung bei ihnen zu wecken.“ (PD 57, 8)

Die Senkung der Neuinfektionsrate wird von mehreren Gesprächspartnern als explizites Ziel ihrer Arbeit und deshalb als wichtiges Qualitätsmerkmal erwähnt, auch wenn die Verbindung zwischen den Interventionen und dem epidemiologischen Geschehen schwer herzustellen sein mag.

Andere Aussagen zu den Kennzeichen des Erfolgs als Qualitätsmerkmal beziehen sich auf den konkreten Praxiszusammenhang. Zum Beispiel: wenn Klienten Kondome und Gleitgel (in der aufsuchenden Arbeit) oder Infomaterial (Infostände, aufsuchende Arbeit) mitnehmen. Dass ein Gespräch zu HIV/Aids überhaupt zustande kommt gilt z. B. in der Stricherszene als Zeichen einer guten Arbeit. Erhöhung des Wissenstandes der Zielgruppe sowie eine Stärkung ihrer Kommunikationsfähigkeit in Risikosituationen sind Fernziele, die sich jedoch nach der Meinung der Gesprächspartner schwerer messen lassen.

Einflüsse außerhalb des Projekts

Einige Gesprächspartner, vor allem Geschäftsführer, nannten auch Qualitätsmerkmale, die nicht direkt mit der eigenen Einrichtung, sondern mit den von außen bestimmten Rahmenbedingungen für die Präventionsarbeit zu tun haben. Hierbei wurden folgende Probleme formuliert:

- Gesellschaftliches Klima: Die überwiegende Meinung der Einwohner eines Ortes zur Lebensweise der Zielgruppe hat einen Einfluss auf den Grad der finanziellen und politischen Unterstützung der Präventionsarbeit für diese Gruppe. Eine akzeptierende Haltung ist nicht unbedingt notwendig, jedoch ein Verständnis für andere auch von der Norm abweichende Verhaltensweisen, die erhöhte Übertragungsrisiken darstellen und aus diesem Grund besondere Hilfsmaßnahmen benötigen.
- Verhältnis zum Zuwendungsgeber: Die Kommunikation zwischen dem Projekt und dem Zuwendungsgeber muss gepflegt werden, damit der Zuwendungsgeber ein klares Bild von der Zielgruppe und der geleisteten Arbeit bekommen kann. Dies ist die Voraussetzung für eine längerfristige Förderung.
- Finanzielle Bedingungen: Eine möglichst dauerhafte finanzielle Grundlage für die Präventionsarbeit kann nur bedingt durch das Bemühen des Projekts bewerkstelligt werden; politische Prozesse und das gesellschaftliche Klima spielen eine entscheidende Rolle.

Welche Erfahrungen in der Qualitätssicherung und Evaluation liegen bereits vor?

Lediglich zwei der Gesprächspartner haben bisher keine Erfahrung mit Methoden der Qualitätssicherung oder der Evaluation. Diese Mitarbeiter gehörten zu den Gesprächspartnern mit der wenigsten Praxiserfahrung in der Primärprävention; einer war weniger als einen Monat im

Projekt tätig, bei dem anderen macht die Primärprävention nur einen geringen Teil seiner Arbeit aus, da er sich auf die sekundäre und der tertiäre Prävention konzentriert. Alle anderen Gesprächspartner berichten über eine Vielzahl an Erfahrungen, die sich den folgenden Kategorien zuordnen lassen:

- Zielgruppenbezogene Maßnahmen
- Mitarbeiterfördernde Maßnahmen
- Maßnahmen zu Arbeitsstrukturen und -verläufen
- Hilfeleistungen von außen

Zielgruppenbezogene Maßnahmen

Gemäß der ausgeprägten Zielorientierung der Projekte stellen direkte Rückmeldungen zur geleisteten Arbeit aus der Zielgruppe die wichtigste Qualitätskontrolle dar. Am häufigsten werden Nutzer während und unmittelbar nach der Durchführung einer Intervention nach ihren Wünschen und Empfindungen mündlich befragt (z.B. in Einzelgesprächen mit Besuchern eines Szenelokals, wo Streetwork stattfindet, oder durch ein Brainstorming am Anfang oder ein „Blitzlicht“ am Ende einer Veranstaltung). In 10 der 12 Projekte wurden auch schriftliche Befragungen zur Bedürfnislage der Zielgruppe in verschiedener Form durchgeführt, in der Regel durch Fragebogenaktionen in der entsprechenden Szene oder Auswertungsbögen am Ende von Veranstaltungen. Rückmeldungen kommen auch durch Kooperationspartner, die der Zielgruppe nahe stehen, z. B. Lokalbetreiber (in der Streetwork für Schwule), Lehrer oder Jugendvereinsvertreter (in der Youthwork). In einer Einrichtung gibt es einen Beirat mit Vertretern aus der Zielgruppe, der von Mitarbeitern und Geschäftsführung auch zu Qualitätsfragen konsultiert wird.

Mitarbeiterfördernde Maßnahmen

Mit diesem Begriff sind alle Maßnahmen gemeint, die die Kompetenzen der Mitarbeiter in der Präventionsarbeit direkt fördern, vor allem durch eine Steigerung der Fähigkeit zur Selbstreflexion in der Arbeit. An erster Stelle stehen die Teamarbeit im Projekt sowie der Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus anderen Einrichtungen, die eine ähnliche Arbeit leisten. Hierbei ist die wichtigste Komponente die direkte Rückmeldung von anderen (erfahrenen) Praktikern zu Problemen in der eigenen Praxis. Dies geschieht in der Regel in Form von Fallbesprechungen oder von Anregungen für den Umgang mit spezifischen Nutzern oder Problemsituationen. Das Team in der eigenen Einrichtung wird als der wichtigste Ort des Austausches und der Unterstützung angesehen. Welche Möglichkeiten existieren bzw. in Anspruch genommen werden, sich mit Kollegen außerhalb der Einrichtung auszutauschen, sind von den jeweiligen landes- und kommunalen Strukturen, dem Interesse der Mitarbeiter sowie der zur Verfügung stehenden Zeit abhängig. Arbeits- bzw. Fachkreise, die sich direkt mit der Zielgruppe und der Interventionsform beschäftigen, mit denen der Mitarbeiter in seiner täglichen Arbeit zu tun hat, werden am meisten geschätzt. Dazu gehören z. B. nicht nur Arbeitskreise innerhalb der AIDS-Hilfe-Strukturen für die Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen und für Youthwork, sondern auch kommunale Arbeitskreise zur Sexualpädagogik.

Auch Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen – vor allem zum Thema Qualitätssicherung – werden als Mitarbeiter fördernde Maßnahmen verstanden. Andere Quellen der Rückmeldung zur eigenen Arbeit werden vereinzelt erwähnt, z. B. Praktikanten, Besucher aus anderen Einrichtungen oder direkte Vergleiche zwischen der eigenen und ähnlichen Einrichtungen.

Maßnahmen zu Arbeitsstrukturen und -verläufen

Die Maßnahmen zu Arbeitsstrukturen und -verläufen befassen sich mit der systematischen Erfassung von Informationen über die geleistete Präventionsarbeit sowie deren optimale Organisation. Aus der Sicht der Gesprächspartner sind in dieser Hinsicht zwei wichtige Maßnahmen zu nennen – die Dokumentation der Arbeit sowie die Erstellung und das Einhalten von Leitlinien bzw. Standards.

Die Dokumentation der Präventionsarbeit wird in unterschiedlicher Form erstellt. Bei einigen Projekten wird jeder Kontakt zu jedem Nutzer nicht nur gezählt sondern inhaltlich akribisch erfasst, auch mit einem Rückschluss zu einem Kodierungsschema, damit alle Informationen zu spezifischen Nutzern zurückgeführt werden können. Solche aufwändigen Vorgehensweisen kommen eher im Bereich der offenen Drogenszene vor, da dort die Außenkontrolle und der Legitimationsdruck am stärksten sind. Es gibt aber auch andere Beispiele, wo Mitarbeiter aus Eigeninteresse versucht haben, ihre Arbeit auf ausführlichste Weise zu erfassen, um vor allem mehr über die Verläufe und Inhalte zu erfahren. Vor allem in der aufsuchenden Arbeit, die durch den kurzzeitigen Kontakt mit einer Vielzahl an Menschen gekennzeichnet ist, gab es schon mehrere Versuche, über eine statistische Erfassung, einen Überblick über die erbrachten Leistungen zu schaffen. Am anderen Ende des Spektrums der Ausführlichkeit gibt es Strichlisten von Nutzerkontakten, die jedes Quartal oder jährlich zusammengezählt werden, ohne dass weitere Informationen zu den Kontakten erhoben werden.

Die heutige Dokumentationspraxis unterscheidet sich auch nach dem eingesetzten Erfassungsmedium. Die meisten Projekte arbeiten mit selbst entwickelten Formularen, in der Regel gibt es für jede Interventionsform bzw. Zielgruppe ein eigenes Formular, also kein einheitliches Formular für die ganze Einrichtung. Diese Formulare schließen nicht nur alle vom Zuwendungsgeber verlangten Angaben ein, sondern auch andere Informationen, die der Praktiker für Planungszwecke für nötig hält (vor allem ausführlichere Informationen zu den Nutzern und zur Inanspruchnahme des Angebots). In manchen Fällen werden alle Formulare jedes Jahr ausgewertet und deren Ergebnisse in einem Bericht zusammengefasst. In der Regel bleiben jedoch viele Daten unausgewertet, nur die vom Zuwendungsgeber für den Jahresbericht verlangten Statistiken werden berücksichtigt. Einige Einrichtungen haben bereits die ersten Erfahrungen mit computergestützten Dokumentationssystemen gemacht, einige mit Unterstützung vom Zuwendungsgeber auf der kommunalen oder Landesebene.

Bei allen Projekten werden durchaus mehr Informationen über die Präventionsarbeit erhoben, als vom Zuwendungsgeber verlangt wird. Die Begründung hierfür ist, dass die vom Zuwendungsgeber definierten Angaben nicht ausreichen, um Interventionen längerfristig zu planen und zu steuern.

Mit Ausnahme einer Einrichtung herrscht eine große Unzufriedenheit in Bezug auf die derzeitige Dokumentationspraxis. Gesprächspartner geben hierfür folgende Gründe an, die je nach Erfahrung einzeln oder gebündelt genannt werden:

- Die Dokumentation ist zu zeitaufwändig.
- Die Dokumentation erfasst Informationen, die für den Zuwendungsgeber, aber nicht für die Gestaltung der Praxis interessant sind.
- Der Zuwendungsgeber auf kommunaler Ebene will andere Informationen als der Zuwendungsgeber auf Landesebene bzw. sie wollen die gleichen Informationen, aber anders gerechnet oder dargestellt.

- Das computergestützte System ist schwer zu bedienen.
- Die Menge an Daten ist zu kompliziert auszuwerten und zu interpretieren.

Das durchaus größte Problem ist der Zeitaufwand, den die Dokumentation verlangt.

Leitlinien bzw. Standards werden von den Gesprächspartnern als wichtige Instrumente geschätzt, um die eigene Arbeit zu strukturieren. In den Projekten sind jedoch nicht immer die gleichen Leitlinien vorhanden, beziehungsweise die gleichen Leitlinien haben nicht den gleichen Stellenwert. Die Kopplung von Leitlinien mit Förderungsstrukturen – z. B. in den Kommunen und Bundesländern, in denen Förderungskriterien und Projektberichte mit Leitlinien in Verbindung stehen – bedeutet, dass die Leitlinien zwangsläufig berücksichtigt werden, wenngleich bisher kein Zuwendungsgeber eine Qualitätskontrolle vor Ort durchführt. Die von den Gesprächspartnern am meisten favorisierten Leitlinien sind diejenigen, die aus den von ihnen fachlich geschätzten Arbeitskreisen entstanden; in vielen Fällen waren die Gesprächspartner an der Erstellung der Leitlinien selbst beteiligt. Die Leitlinien, die von Praktikern für die eigene Praxis entwickelt wurden – ob für die eigene Einrichtung oder im Rahmen von bundesweiten, kommunalen oder regionalen Arbeitskreisen –, sind zum Teil durch die Förderung des Zuwendungsgebers zustande gekommen. Mit wenigen Ausnahmen sind es jedoch die Praktiker, die die Erstellung von Leitlinien initiieren. Zuwendungsgeber sind in der Regel nicht an diesem Prozess beteiligt und beziehen sich nicht auf die resultierenden Leitlinien in der Mittelvergabe, sondern berücksichtigen einige – in der Meinung von vielen Gesprächspartnern eher fachfremden – Kriterien. Alle Projekte haben die eigenen Leitlinien bzw. Standards für die Präventionsarbeit entwickelt, die mit unterschiedlicher Ausführlichkeit verschriftlicht und aktualisiert werden.

Eine weitere Qualitätsmaßnahme zur Verbesserung der Arbeitsstrukturen und –verläufe sind schriftliche Befragungen der Zielgruppe nach der Durchführung einer Intervention. Diese Praxis kommt am häufigsten im Rahmen von Aufklärungsveranstaltungen in der Youthwork vor, wird aber auch in der Arbeit mit anderen Zielgruppen (z. B. JVA-Insassen, Schwule) bzw. im Rahmen von Aktionen in der entsprechenden Szene verwendet. Eine ausführliche Bewertung solcher Befragungen liegt selten vor; die Mitarbeiter tragen selektiv einige Ergebnisse zusammen, die sie im Rahmen von Planungsprozessen für wichtig halten.

Die sonstigen Erfahrungen der Gesprächspartner in dieser Kategorie beziehen sich auf Arbeitsstrukturen, die vor allem Kommunikation innerhalb der Einrichtung und dadurch Organisationsverläufe erleichtern sollen. Hier werden z. B. Supervision, diverse Strukturen für die Planung, Vor- und Nachbereitung von Interventionen, Klausurtag im Team, die Bildung einer „Strukturkommission“, die Nennung eines Qualitätsbeauftragten und eine systematische Überprüfung aller Interventionskonzepte in regelmäßigen Abständen genannt.

Hilfeleistungen von außen

10 der 12 Projekte haben Hilfe von außen in Anspruch genommen, um sich in der Auseinandersetzung mit Fragen der Qualitätssicherung und Evaluation zu unterstützen. Bei vier Einrichtungen geschah dies durch eine Organisationsberatung. Bei fünf Einrichtungen wurde die Präventionsarbeit wissenschaftlich begleitet. Eine Einrichtung nutzte beide Formen der „Hilfeleistung“. Obwohl die beanspruchten Dienstleistungen je nach Anbieter und finanziellen sowie strukturellen Bedingungen unterschiedlich waren, sind sich die Gesprächspartner darüber einig,

- dass eine Organisationsberatung nicht nur zur Lösung hausinterner Konflikte beiträgt, sondern auch die konkrete Umsetzung grundlegender Aspekte der Qualitätssicherung erst

ermöglicht (wie die Schaffung eines Leitbildes für die Einrichtung, die Klärung von Zielen, die Festlegung von Arbeitsabläufen und Zuständigkeiten etc.). Eine Organisationsberatung bietet den Vorteil, dass alle Mitarbeiter und der Vorstand am Prozess beteiligt sind. Dies ist nicht der Fall, wenn nur einzelne Mitarbeiter in Qualitätssicherungsmethoden ausgebildet werden.

- dass eine wissenschaftliche Begleitung eine intensive Selbstreflexion über die Präventionsarbeit fördert. Im besten Fall können die durch die Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse für die Entwicklung neuer oder verbesserter Interventionen und/ oder eine sinnvolle Dokumentation der Arbeit direkt verwendet werden.

Zwei Einrichtungen verfügen bereits über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, die explizit nach einem partizipativen Ansatz gestaltet wurde.

Welche Probleme werden in der Qualitätssicherung und Evaluation erlebt?

In ihren Versuchen, eine qualitativ hochwertige Präventionsarbeit zu leisten und die Wirkung dieser Arbeit zu überprüfen, werden die Projekte mit diversen Problemen konfrontiert, die sich den folgenden fünf Kategorien zuordnen lassen:

- Ressourcenmangel
- Probleme in der Arbeit mit der Zielgruppe
- Schwierigkeiten bei der Messung der Wirkung der Arbeit
- Störfaktoren außerhalb des Projekts
- Probleme auf Mitarbeiterebene
- Kritik an Qualitätssicherung und Evaluation.

Die Gesprächspartner befassen sich in erster Linie mit Problemen der Qualitätssicherung im unmittelbaren, elementaren Sinne: Qualität kann erst erreicht werden, wenn die notwendigen Bedingungen für eine bedarfsgerechte Präventionsarbeit erfüllt sind. An zweiter Stelle werden Probleme in der Anwendung von Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation diskutiert.

Ressourcenmangel

Der Mangel an Ressourcen ist der am häufigsten genannte Grund für die Beeinträchtigung der Qualität der Präventionsarbeit. Dieser Mangel, der bei den Einrichtungen unterschiedlich ausgeprägt ist, hat diverse Folgen für die Präventionsarbeit.

In einigen Bereichen ist die finanzielle Zukunft der Primärprävention unsicher, ein Zustand, der Zeit für die Präventionsarbeit einschränkt und auch eine mittelfristige Planung verhindert:

„Wenn nicht ständig das Damoklesschwert der Finanzierung über einem hängen würde, würde das natürlich sehr viel mehr Stabilität in die Institution mit rein tragen. ... Wir machen das immer, dass wir perspektivisch nach vorne planen. Aber es würde zu einer stabileren Grundhaltung führen, wenn man wüsste, es gibt uns noch in zehn Jahren. Also ich in meinem Arbeitsalltag – mir fällt es schon schwer, mich davon zu lösen, einfach weil ich die Verantwortung dafür habe, dass die Finanzierung steht. Das wiederum nimmt mich so in Beschlag, dass ich nicht mehr inhaltlich arbeiten kann, wie ich das tun würde.“ (PD 24, 47)

„Ein Hindernis ist die mangelhafte zeitliche Ausstattung für diese [präventiven] Aktivitäten. Wir sind zwar in der Lage, einige Mitarbeiter in diesem Bereich tätig zu haben. Nichtsdestotrotz wissen wir, dass es mehr Tätigkeitsfelder gibt, die wir dringend

bearbeiten müssen, aber aus Mangel an entsprechenden Ressourcen einfach nicht können. Weil schlichtweg die Mittel fehlen, um weitere Mitarbeiter für diesen Bereich einzustellen. Weiteres Hindernis geht in die gleiche Richtung: die Schwierigkeit für Mitarbeiter, sich in Eigenregie fortzubilden, oder an entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen, weil dafür teils die Zeit fehlt und teilweise einfach die Mittel fehlen. Was sicherlich ein ganz großes Hindernis im gesamten Bereich der Primärprävention ist, ist die Situation der dauerhaft zweifelhaften Finanzierung. Für meinen Geschmack geht zu viel Energie darauf verwandt, die Mittel zu generieren zur Finanzierung der Primärprävention. Wo dieser Zeitaufwand wesentlich sinnvoller eingesetzt werden könnte in die tatsächliche Umsetzung der Prävention.“ (PD 57, 22)

In vielen Fällen werden Präventionstätigkeiten auf einem Niveau gefördert, das nicht nur den Ansprüchen der Mitarbeiter und der Zielgruppe, sondern auch denen des Zuwendungsgebers nicht gerecht wird:

„Und eigentlich ist es auch so, wenn man ein qualifiziertes Personal haben will, dann muss man es auch bezahlen. Man wird nicht erwarten können, dass man eine super-effektive Arbeit zum „Aldi-Preis“ kriegt auf Dauer. Das wird nicht funktionieren. Dadurch, dass man diese ganzen [aufsuchenden] Projekte so unterfinanziert, auch personell so schlecht eingruppiert, einfach diesen Effekt hat, dass keiner da auf Dauer bleibt, oder wenige Leute da auf Dauer bleiben können, weil sie sich das einfach nicht leisten können. Man kann sagen, es fehlt manchmal die Professionalität, aber in der Regel fehlt das Geld, und man ist nicht bereit, die Leute zu bezahlen. Und man erwartet eigentlich Überstunden ohne Ende.“ (PD 32, 53)

„Hinderlich ist der Fakt, dass wir ständig sinkende Ausstattung haben und ständig steigende Anforderungen. Und letztendlich ist es sehr schwierig mit dem Widerspruch umzugehen zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Der Anspruch, der von außen gestellt wird, und die Wirklichkeit der Ressourcen, die da sind. Das wird von der Szene, von den Medien auch nicht wahrgenommen.“ (PD 33, 36)

„Was hindert ist, wir haben nicht Zugang zu allen potenziell Betroffenen. Wir wissen sehr genau, dass wir an sehr versteckt lebende – sei es schwule oder bisexuelle – Männer kaum ran kommen, die Kontakte suchen lieber in Parks, Pornokinos, in Saunen. Das ist aber eher so eine Frage unseres eigenen Konzeptes, unserer eigenen Herangehensweise, um mit Betroffenen in Kontakt zu kommen. Dafür ist eigentlich viel personeller Aufwand erforderlich. Sie müssen sehr intensiv aufgesucht werden. Sie kommen nicht hierher. Und man muss viel Zeit investieren. Dafür reichen unsere knappen Personalmittel nicht aus.“ (PD 2, 69)

Bei manchen Einrichtungen steht die Primärprävention zunehmend mit andern Arbeitsbereichen z. B. der Sekundärprävention in Konkurrenz:

„Was hindert Qualität? Ressourcen. Auf der einen Seite: personelle, finanzielle Ressourcen spielen immer eine große Rolle. Das, was schon einige vor sieben oder acht Jahren gesehen haben, dass die Sekundärprävention eine größere Gewichtung bekommen wird in der Einrichtung, spielt eine große Rolle. Ich finde das Konzept der verzahnten strukturellen Prävention weiterhin sinnvoll, auf der anderen Seite bindet es kreative Kraft, die dann nicht mehr für Primärprävention zur Verfügung steht.“ (PD 48, 27)

Die mangelnde personelle Kapazität für die Präventionsarbeit hat zur Folge, dass wenig Zeit für (zusätzliche) Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verfügung steht:

„Die Auswertung von dem Erfolg [unserer Arbeit] ist mehr eine emotionale, oder eine Einschätzung. Wir bräuchten etwas, was vielleicht handfester und objektiver ist. Wir haben uns zwar schon etwas überlegt. Aber wenn zu viel Energie sammelt, um die Auswertung zu machen, haben wir das einfach nicht. Nicht die Personen, nicht die Methoden. Diese wissenschaftliche Auswertung der Arbeit ist sehr aufwändig. Wir haben kaum die Mittel, um die Arbeit zu machen. Wir können nicht ein Drittel unserer Energie in die Auswertung investieren. Und das ist ein Problem. Am besten würde man – was wir uns wünschen – dass vielleicht eine externe Institution die Arbeit auswertet, die wir machen. ... Vielleicht könnte ein Externorgan uns dabei unterstützen, das uns nichts kosten würde. Wir haben kaum Mittel das Projekt zu finanzieren. Ich sehe keine Möglichkeit noch in Auswertung der Qualität oder Kontrolle zu investieren. Es ist traurig, aber es ist so.“ (PD 9, 55)

Probleme in der Arbeit mit der Zielgruppe

Ein weiterer wichtiger Problembereich, der Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention behindert, ist durch Schwierigkeiten gekennzeichnet, die sich aus den Lebenszusammenhängen der Zielgruppe ergeben. Diese Schwierigkeiten teilen sich in drei zentrale Aspekte: die Unerreichbarkeit bestimmter Anteile der Zielgruppe, die prekäre Lebenslage der Zielgruppe und der Mangel an zuverlässigen Rückmeldungen aus der Zielgruppe.

Die Unerreichbarkeit stellt ein Problem für die Qualitätssicherung dar, indem das oben genannte Qualitätsmerkmal des zielgruppenspezifischen Arbeitens nicht erfüllt werden kann. Der Anspruch aller Einrichtungen ist es, vor allem den am meisten von Krankheit bedrohten Angehörigen der Zielgruppe zu helfen. Ausgerechnet diese Menschen werden von den Projekten nicht so effektiv erreicht (z. B. schwule Männer außerhalb der Szene oder aus unteren sozialen Schichten, Migranten und bestimmte Gruppen von Jugendlichen). Unsichtbarkeit, Berührungängste und keine klar identifizierbaren Treffpunkte sind einige der Gründe dafür.

Die prekäre Lebenslage einiger Zielgruppen beeinträchtigt die Qualität der zu leistenden Präventionsarbeit, indem alles andere als ideale Bedingungen für die Kommunikation gesundheitsfördernder Botschaften vorherrscht. Für diese Menschen haben andere akute Probleme (Beschaffung einer Droge, Organisieren eines Schlafplatzes etc.) Vorrang. Die Angst vor (einer weiteren) Ausgrenzung und die hohe Fluktuation in der Szene sind weitere Probleme in der Präventionsarbeit dieser Gruppen.

Der Mangel an zuverlässigen Rückmeldungen aus der Zielgruppe besteht darin, dass sich vor allem in der aufsuchenden Arbeit die Meinung der Mehrzahl der Zielgruppe zur geleisteten Präventionsarbeit schwer erfassen lässt. Üblicherweise bekommen Projektmitarbeiter einzeln detaillierte Rückmeldungen zu ihrer Arbeit, aber dann eher von einem „Stammpublikum“, das nicht unbedingt für die gesamte Zielgruppe steht. Der Einsatz von Fragebögen hat bisher die Informationslage der Projekte nur begrenzt verbessert: eine schriftliche Meinungsumfrage überfordert manche Gruppen und stößt bei anderen auf Widerstand, weil wenige in dem jeweiligen Setting (z. B. Club, Park, Straßenfest) motiviert sind, einen Fragebogen auszufüllen. In der Aufklärungsarbeit für Jugendliche ist die Anwendung von Evaluationsbögen nach Gruppenveranstaltungen eine sehr verbreitete Methode der Qualitätssicherung, wenn

auch die Gesprächspartner eine große Unsicherheit wegen der Gestaltung eines solchen Bogens (Fragenauswahl, Formulierung der Fragen) und wegen der Interpretation dessen Ergebnisse äußern.

Schwierigkeiten bei der Messung der Wirkung der Arbeit

Obwohl – wie bereits oben beschrieben – die große Mehrheit der Gesprächspartner Qualitätssicherung und Evaluation für wichtig halten und sich auch klare Kriterien für die Leistung ihrer Arbeit in der Form von Leitlinien und Zielen wünschen (auch unter Berücksichtigung der Neuinfektionsrate), ist die Meinung weit verbreitet, dass die Präventionsarbeit sich nur schwer messen lässt. Die genannten Gründe hierfür sind vielfach:

Die Infektionszahlen lassen sich nicht direkt auf spezifische Interventionen zurückführen. Jede Zielgruppe ist vielen Einflüssen ausgesetzt, die auf das Risikoverhalten wirken. Obwohl die Projekte „wichtige Impulse“ für das Einschätzen und das Vermeiden von Risiko geben wollen, betrachten sie ihre Arbeit als nur einen Faktor unter vielen – nicht unbedingt als den wichtigsten.

Aus der Sicht der Gesprächspartner scheitert die Messbarkeit der Präventionsarbeit auch an der Vorstellung, dass *quantitative* Indikatoren Vorrang haben sollen. Zunehmend legen Leistungsvereinbarungen den Schwerpunkt auf Zahlen – z. B. die Zahl der erreichten Menschen aus der Zielgruppe, die Zahl der Veranstaltungen, die Zahl der Stunden bei einer bestimmten Tätigkeit. Die Gesprächspartner kritisieren daran die fehlende Berücksichtigung von (den von ihnen entwickelten) fachlichen Kriterien für die geleistete Arbeit. Es wird argumentiert, dass, wenn die genaue Auswirkung auf die Neuinfektionen nicht überprüft werden kann, dann zumindest die Art und Weise, wie Primärprävention geschieht, erfasst wird. Dazu sollten Fragen nach dem theoretischen Ansatz, nach den Methoden und nach der Resonanz bei der Zielgruppe im Mittelpunkt stehen. Die Antworten darauf geben Auskunft über die Qualität der geleisteten Präventionsarbeit. Damit eine laufende Überprüfung, die über das Zusammenrechnen von Nutzerzahlen hinausgeht, stattfinden kann, sind detaillierte Rückmeldungen von der Zielgruppe sowie ausführliche Fallbesprechungen und methodische Diskussionen besonders wichtig.

Ein dritter Aspekt des Problems der Messbarkeit ist mit der Dynamik der aufsuchenden Arbeit und mit den Szenen, in denen diese Arbeit geleistet wird, verbunden. Angesichts der schon erwähnten Schwierigkeiten bei der Erfassung der Meinung von Szenenbesuchern sollten aus der Sicht der Gesprächspartner andere Aspekte der aufsuchenden Arbeit betrachtet werden, die sich aber nur schwer oder gar nicht quantifizieren lassen wie z.B. die Wirkung der Präventionsarbeit auf das Klima der Szene in Bezug auf Gesundheitsthemen, die Wichtigkeit der Präsenz der Mitarbeiter, die Akzeptanz (Resonanz) eines Angebots in einem bestimmten Setting, die Wirkung einer Aktion an einem bestimmten Ort oder die Qualität der geführten Gespräche in der Szene.

Störfaktoren außerhalb des Projekts

Unter dieser Kategorie werden verschiedene setting- und projektspezifische Hindernisse für die Präventionsarbeit genannt, die nicht nur die Qualität der Arbeit stark beeinträchtigen, sondern auch von den Projektmitarbeitern nicht direkt beeinflusst werden können. Dies betrifft beispielsweise im Bereich Prostitution und Drogen die Kontrollen der Ordnungskräfte in der öffentlichen Szene und im Bereich der Primärprävention für Schwule der verharmlosende

Umgang der (Schwulen-)Medien mit dem Thema HIV/Aids. Eine falsche Wahrnehmung der Präventionsarbeit von Außenstehenden sowie politischer Widerstand gegen (bestimmte Formen der) Präventionsarbeit wurden mehrmals genannt.

Probleme auf Mitarbeiterebene

Bei den Problemen auf der Ebene der Mitarbeiter, die auf die Qualität der Präventionsarbeit wirken, handelt es sich um spezifische Arbeitsabläufe bzw. kollegiale Beziehungen, die nicht optimal gestaltet sind. An erster Stelle stehen Konflikte zwischen der Einrichtung des Gesprächspartners und anderen Einrichtungen, mit denen der Gesprächspartner kooperieren soll oder muss. Nicht nur Konkurrenz sondern auch unklare Absprachen, fachliche Inkompetenz, ineffiziente Arbeitsstrukturen (im Rahmen von lokalen oder regionalen Arbeitskreisen) und unterschiedliche Grundauffassungen zu der zu leistenden Arbeit sind einige der genannten Konflikte. Innerhalb der eigenen Einrichtung werden diverse situative Faktoren genannt, die mit aktuellen Gegebenheiten zu tun haben: z.B. Fluktuation der (ehrenamtlichen) Mitarbeiter, Widerstand gegen bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen im Projekt, Spannungen in Bezug auf Qualitätssicherung und ehrenamtliche Arbeit (Welche Ansprüche können erhoben werden?) und (fachliche) Meinungsunterschiede zwischen einzelnen Mitarbeitern.

Kritik an Qualitätssicherung und Evaluation

Vor allem Geschäftsführer und Vorstandsmitglieder aber auch andere Gesprächspartner äußern Kritik an den Begriffen „Qualitätssicherung“ und „Evaluation“ sowie an den damit verbundenen Methoden.

Viele Gesprächspartner bemängeln die Unklarheit der Begrifflichkeiten sowie die Vielfalt und Undurchsichtigkeit der Ansätze und Einstellungen im Bereich der Qualitätssicherung – nicht nur außerhalb sondern auch innerhalb des Dachverbandes.

„Das wäre vielleicht auch noch eine Debatte, die man viel ausführlicher führen müsste: Was ist eigentlich der Hintergrund dieser [Qualitäts-]Fragen? Wie kann man sich positiv absetzen von diesem ganzen Qualitätsmanagement und Qualitätszirkeln und diesen rhetorischen Wolken, die so über die Bundesrepublik hinwegschwappen, die nur zehn Jahre anhalten, und dann stellt man doch fest, das war ein bekannter Platz? Wie kann man sich davon unabhängig machen? Dann es ist ja in der Tat auch Modethema. Das muss man auch so sehen.“ (PD 42, 96)

„Was ich auch schwierig finde, ist die Tatsache, dass es 1000 verschiedene Methoden und Herangehensweisen gibt. Dass es eigentlich schwer für eine kleine Einrichtung ist, das raus zu finden, was für uns angemessen ist, auch welches Maß für uns angemessen ist.“ (PD 30, 90)

„Wenn ich die AIDS-Hilfen bundesweit betrachte [stelle ich fest], dass regionale Besonderheiten einfach vorhanden sind, dass es auch nicht nur verschiedene Anforderungen durch Zuwendungsgeber, sondern auch verschiedene Philosophien gibt, wie AIDS-Hilfen arbeiten – sozusagen, eine sehr heterogene Gruppe. Und dass es manchmal schwierig ist in Diskussionsprozessen – gerade zum Thema Qualitätssicherung – dass Klarheit herrscht, wenn alle mitreden zu einem Thema, dass alle das Gleiche meinen. Weil Begrifflichkeiten oft nicht vorab klar sind, Definitionen nicht klar sind. Zum Beispiel beim Begriff der Betreuung von Klienten gibt es die unterschiedlichsten Positionen. Dass es sehr unterschiedliche Ansprüche gibt an die Inhalte der Arbeit

und auch an die Qualität der Arbeit. Dass es sehr unterschiedliche Handhabungen gibt, wie gehe ich um mit Distanz und Nähe, gerade auch im Kontakt mit Ratsuchenden, mit Klienten. Und das macht es alles nicht sehr viel einfacher. Macht es natürlich auch spannend! Und es gibt auch noch sehr viel Abwehr, sehr viel Unsicherheit und sehr viel Angst, wenn das Thema Qualitätssicherung benannt wird. Weil viele nach wie vor damit assoziieren, da passiert mehr Kontrolle, da passiert mehr Reglementierung, da werden wir in unserer Kreativität, in unserer Eigenverantwortlichkeit eingeschränkt. Ich glaube nicht, dass das zwangsläufig der Fall ist. Überhaupt nicht. Sondern ich meine eher, dass es dazu führt, dass man sehr viel kompetenter und auch mit mehr Selbstbewusstsein arbeiten kann. Was wiederum auch die Qualität der Arbeit natürlich befördert, oder befördern kann.“ (PD 34,74)

Mehrere Gesprächsteilnehmer sprechen sich gegen Zertifizierungsverfahren (z. B. nach ISO-Normen), die Beauftragung von Außenstehenden, um Qualitätsverfahren für ihre Einrichtung zu entwickeln sowie gegen von außen „verordnete“ Standards für die Arbeit aus. Obwohl Anregungen von außen hilfreich sein können (durch Organisationsberater, Fortbildungen, Zuwendungsgeber, Fachkreise, Fortbildungen usw.), muss letztendlich jede Einrichtung Qualitätssicherung für sich gestalten, nur so können die Ansätze der Qualitätssicherung an die Realitäten der eigenen Arbeit angepasst werden.

„Was ich hinderlich finde, sind diese unterschiedlichen Intentionen, die dahinter [hinter Qualitätssicherungsmaßnahmen] stecken, je nach dem, wer es anbietet. Und der Versuch dadurch, bestimmte Konzepte 1:1 aufzudrücken. Das heißt, wenn sich jemand ein tolles Konzept zur Arbeit mit Migranten ausgedacht hat, dann ist mir das eine Orientierungshilfe. Aber mehr auch erstmal nicht. Und mit dieser Orientierungshilfe muss ich dann arbeiten können, und ich muss sie auch verändern können. Ein Aspekt zum Beispiel: ein Standard der Migrationsarbeit ist es, Integrationskurse anzubieten, beispielsweise Sprachkurse. Wonach man immer gefragt wird, wenn man sagt, man hat einen hohen Ausländeranteil, auch wenn der Bedarf einfach nicht vorhanden ist oder die Möglichkeiten erschöpft sind. Es werden aber plötzlich nur nach solchen Standards gefragt, nach dem Motto: Wie kann man mit Migranten arbeiten, wenn man das Angebot nicht hat? Das finde ich immer schwierig. Aber das hat einfach viel mit der Politik zu tun, die gerade das einfordert und neue Finanzierungsmöglichkeiten anbietet. Viele Einrichtungen und Träger sind plötzlich dann auch sehr flexibel mit ihrer Zielgruppe und mit ihren Aufträgen, und plötzlich verändern sie auch ihre Arbeitsaufträge und ihre Strukturen, weil da gerade auch die Finanzierung herkommt. Das finde ich immer sehr hinderlich, weil es mir nicht möglich macht, konsequent immer weiter an einem Bereich zu arbeiten, um ihn auch zu stabilisieren, sondern ich muss immer gucken, dass ich auf solche Sachen reagiere und damit arbeite und sie integriere, weil es das Geld hergibt. Ich finde hinderlich, dass plötzlich die anderen Themen nachrangig werden.“ (PD 25, 83)

„Zum Beispiel Fragebögen von außen – da ist es einfach hilfreich, wenn sie relativ klar und übersichtlich sind. Manchmal ging es mir, dass ich nicht so direkt wusste: Was meinen sie damit? Oder ist das jetzt wirklich, was in meinem Bereich vorkommt? Oder ich konnte darin einen großen Teil meiner Arbeit nicht wieder finden. Ich konnte die Fragen nur teilweise beantworten, was aber auch am Arbeitsbereich gelegen haben mag. Weil es Fragebögen gab, die sich [auf andere Personen und Themen] abzielten, oder sie waren für meinen Bereich zu undifferenziert. Ich habe versucht, sie auszufüllen. ... Man ist ein bisschen verzweifelt.“ (PD 38, 64)

Was brauchen die Projekte für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation?

Der Wunsch, die Qualität der geleisteten Präventionsarbeit abzusichern bzw. zu steigern, ist in allen besuchten Projekten groß. Um das zu realisieren, bedarf es jedoch noch diverse Änderungen bzw. Formen der Unterstützung, die unter den folgenden Schwerpunkten vorgestellt werden:

- Fachliche Unterstützung von außen
- Mehr Ressourcen
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Mehr Informationen von/ über die Zielgruppe
- Methodische und andere Formen der Unterstützung.

Fachliche Unterstützung von außen

Der von den Gesprächspartnern festgestellte Bedarf in ihren Einrichtungen hinsichtlich Qualitätssicherung und Evaluation betrifft in erster Linie die fachliche Unterstützung von außen, damit schon vorhandene Ideen und Konzepte umgesetzt werden können. Diese Unterstützung soll den Projekten helfen, Formen der Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln, die:

- zeitlich im Verhältnis zum Angebot stehen, d. h. nicht zu viel von der Zeit in Anspruch nehmen, die in die Präventionsarbeit investiert werden könnte,
- an die konkreten Angebote und Praxisstrukturen der Einrichtung angepasst sind,
- praktikabel (d. h. nicht zu umfangreich) sind,
- routinemäßig in die alltägliche Arbeit eingebaut werden können,
- wissenschaftlich abgesichert sind,
- qualitative Aspekte der Arbeit (subjektive Betrachtungen sowohl der Mitarbeiter als auch der Nutzer) berücksichtigen,
- ein übersichtliches, leicht zu bedienendes Dokumentationssystem verwenden,
- die Meinungen der Nutzer einbeziehen (hinsichtlich Bedarf und Reaktion auf Angebote),
- einen kritischen Blick von außen auf die Präventionsarbeit ermöglichen.

Dazu die Aussage eines Gesprächspartners:

„Ich erfasse eine ganze Menge an Daten. Aber das ist eher eine quantitative Geschichte. ... Was ich vermisse, ist die Qualität dabei: Wie überprüfe ich, ob die Aktion, die ich jetzt in einem Park oder in einer Kneipe gemacht habe, qualitativ war? Ist es angekommen beim Zielpublikum? Welche Rückmeldungen gibt es? Das wird eher selten erfasst. Ich habe im Rahmen meines letzten Studiums einen Fragebogen in der Szene gemacht. ... Da habe ich mich wirklich nach jedem Mal, wenn ich in der Szene unterwegs war, hingesetzt und aufgeschrieben: was waren meine Eindrücke, wie habe ich das alles erlebt, wie kam das an. Aber das macht so viel Arbeit; das macht man vielleicht nur für ein Projekt. ... Es gibt nicht die Zeit, das kontinuierlich durchzusetzen und fortzuführen. Aus diesem Grund erhoffe ich mir von diesem Projekt zur Evaluation eine Hilfe dazu, wie man das alles relativ einfach erfassen kann. Vielleicht durch eine Rückmeldungsbefragung in der Zielgruppe. ... Es ist schwer in einer kleinen AIDS-Hilfe, wo jeder einen Berg von Aufgaben hat, immer so konsequent daran zu bleiben, dass von A bis Z eine Aktion mit Vorbereitung, Durchführung, Überprüfung, Kontrolle, Überarbeitung gemacht wird, also dass alles vom Qualitätsquadrat aufgenommen und dann immer wieder umgesetzt wird. ... Es bleibt sehr häufig nur das Quantitative. ... Das ist schon mal hilfreich, aber das ist nur die halbe Wahrheit.“
(PD 36, 28)

Die fachliche Unterstützung von außen soll vor allem die Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums bewerkstelligen, um Informationen über den Ablauf und die Ergebnisse der Arbeit zu liefern. Wichtig ist dabei, dass die daraus resultierenden Instrumente und deren Anwendung:

- die Erfahrungen und Meinungen der verschiedenen Szenen abbilden können,
- arbeitsbereichs- bzw. szenespezifische Aspekte berücksichtigen (d. h. beispielsweise nicht die gleichen Fragebögen und Vorgehensweisen für Veranstaltungen in der JVA wie für Veranstaltungen in Schulen verwenden, auch wenn beide Aufklärungsveranstaltungen sind),
- Vergleiche zwischen Einrichtungen, die ähnliche Präventionsarbeit leisten, ermöglichen.

Die Gesprächspartner stellen fest, dass die Entwicklung von solchen Instrumenten angesichts ihrer Personalausstattung zu aufwändig ist. Sie schlagen daher vor, dass eine zentrale Stelle außerhalb der Projekte zwei Aufgaben erfüllt: erstens, alle relevanten existierenden (ggf. auch internationalen) Instrumente zusammenstellt und hinsichtlich des Einsatzes in den Projekten überprüft und zweitens, in Zusammenarbeit mit den Projekten, Instrumente für spezifische Arbeitsbereiche weiterentwickelt, die allen Projekten, die im Bereich arbeiten, zur Verfügung gestellt werden können. Zum Beispiel würden dann gemeinsam mit den Projekten, die Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen leisten, entsprechende Verfahren für ihre Arbeit entwickelt, die dann allen AIDS-Hilfe-Organisationen als Musterbeispiele angeboten werden können.

Der Bedarf an Verfahren, die die Wirkung der Präventionsarbeit vor allem von aufsuchenden, niedrigschwelligen Angeboten erfassen, ist besonders groß.

Geschäftsführer diverser Einrichtungen und Praktiker aus politisch umstrittenen Arbeitsbereichen (Prostitution, Drogengebrauch und Haft) äußern den Bedarf, Qualitäts- und vor allem Evaluationsverfahren weiter zu entwickeln, um eine stärkere Selbstdarstellung nach außen zu ermöglichen. Dafür brauchen sie eine externe fachliche Begleitung, um feststellen zu können, welche Daten überhaupt erhoben und mit welcher Aussagekraft diese dann nach außen vertreten werden können

Mehr Ressourcen

Insbesondere Geschäftsführer und Vorstandsmitglieder aber auch Praktiker, die in schlechter ausgestatteten Arbeitsbereichen tätig sind, heben den Bedarf nach mehr Ressourcen hervor, die erst eine qualitativ hochwertige Präventionsarbeit ermöglichen. Die Gründe hierfür wurden schon unter dem Stichwort „Ressourcenmangel“ angesprochen. Zusagen über längerfristige Fördermittel würden es Projekten ermöglichen, langfristig zu planen, den eigenen fachlichen Ansprüchen sowie den Ansprüchen der Zielgruppe und des Zuwendungsgebers gerecht zu werden sowie eine personelle Kapazität entsprechend der Nachfrage aufzubauen.

Verbesserungen der Arbeitsbedingungen

Der von den Gesprächspartnern geäußerte Bedarf nach Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zur Sicherung der Qualität der Präventionsarbeit lässt sich schwer in allgemeine Kategorien einordnen, da sich die Aussagen auf einrichtungsspezifische Gegebenheiten beziehen. Im Mittelpunkt steht das Anliegen, vor allem strukturelle Aspekte der Arbeit zu verbessern, damit effektiver gearbeitet werden kann. Um einige Beispiele zu nennen: Im Drogen- und Prostitutionsbereich stehen (ordnungs-)politische Themen im Mittelpunkt, die die Finanzierung und Wirkungsmöglichkeiten der Primärprävention beeinflussen. Für andere Gesprächspartner ist eine verbesserte materielle Ausstattung (z. B. Räumlichkeiten, Computer) wichtig. In Projek-

ten, in denen Ehrenamtliche Präventionsarbeit leisten, wollen einige Gesprächspartner die Anzahl der Beteiligten und deren Ausbildung bzw. Anleitung verstärken. Andere Aussagen beziehen sich auf eine verbesserte interne (zwischen Mitarbeitern in der eigenen Einrichtung) oder externe (mit Kooperationspartnern) Kommunikation.

Mehr Informationen von/über die Zielgruppe

Vor dem Hintergrund der bereits oben thematisierten Zielgruppenorientierung der Projekte äußern die Gesprächspartner den Bedarf, die Meinungen der Nutzer zur ihren Bedürfnissen sowie zu ihren Erfahrungen mit dem Projekt systematischer zu erfassen. Die zahlreichen Versuche, die Zielgruppen zu befragen, sind für die meisten Gesprächspartner aus den unter „Probleme in der Arbeit mit der Zielgruppe“ genannten Gründen nicht befriedigend. Durch das mit fachlicher Unterstützung zu entwickelnde Instrumentarium hoffen die Projekte, effektivere und effizientere Wege zu finden.

Methodische und andere Formen der Unterstützung

Einige Gesprächspartner äußerten den Bedarf nach Formen der Unterstützung, die ihnen helfen, die Präventionsarbeit für schwer erreichbare Gruppen besser zu gestalten. In erster Linie wurden Migranten, Stricher und Jugendliche erwähnt. Erwünscht sind neue Aufklärungsbroschüren und für die Mitarbeiter mit geringer Praxiserfahrung weitere methodische und konzeptuelle Anregungen für die Arbeit.

Gruppengespräche

Bei den Projektbesuchen wurden nicht nur Einzelinterviews, sondern auch ein Gruppengespräch mit allen, die in der jeweiligen Einrichtung an der Gestaltung und Durchführung der Primärprävention beteiligt sind, durchgeführt. Ziel dieses Gesprächs war es, erste Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Beteiligten bereits zusammen arbeiten oder zusammen arbeiten könnten, um anhand ihrer Praxiserfahrung eine theoretische Grundlage für ihre Arbeit näher zu definieren. Das Gespräch wurde von den WZB-Mitarbeitern in Anlehnung an die Methode der sokratischen Gesprächsführung nach Jos Kessels (2001) geführt.

Die Notwendigkeit eines theoriegeleiteten (*theory-based, theory-driven*) Ansatzes in der Primärprävention ist zu einem Leitgedanken der internationalen Diskussion über Qualitätssicherung und Evaluation geworden. Hier bedeutet „Theorie“ eine auf empirischer Basis formulierte Antwort auf die Frage, warum und mit welchem erwarteten Ergebnis die spezifischen Interventionen gewählt wurden. Eine explizit formulierte theoretische Grundlage für die Präventionsarbeit soll nicht nur sichern, dass sich alle Angebote an systematisch gewonnenen Kenntnissen über die Zielgruppe und über das zu bekämpfende Gesundheitsproblem orientieren, sondern auch, dass auch eine größere Transparenz für alle Akteure geschaffen wird. Die Anforderung nach einem stärkeren theoretischen Bezug beschränkt sich jedoch immer noch fast ausschließlich auf die Frage, wie formale in akademischen Kreisen entwickelte Theorien in die Praxis umgesetzt werden können. Solche Theorien, die aus der Sicht sozialer Projekte „von außen“ entwickelt wurden, stehen im Kontrast zu so genannten *lokalen Theorien*, die von Praktikern und/ oder Zielgruppen vor Ort formuliert werden, um ihre Situation und mögliche Lösungsstrategien zu erklären. Der partizipative Ansatz in der Qualitätssicherung und Evaluation stellt den Aufbau und die Umsetzung lokaler Theorien in den Mittelpunkt. Wie dies im Einzelnen geschehen soll, ist jedoch ein bisher zu wenig beachteter Aspekt des partizipativen Ansatzes.

Jos Kessels (2001), ein niederländischer Unternehmensberater, verweist besonders auf dieses Problem. Als Vertreter des Qualitätsmanagementkonzepts der *Lernenden Organisation*, steht auch für ihn Partizipation im Mittelpunkt aller Qualitätsbemühungen (S. 35):

„Wer sich vor Augen führt, wie wenig vom Ideal einer lernenden Organisation in der Praxis realisiert ist, könnte zu dem Schluss kommen, dass wir das Vertrauen in unsere Lernfähigkeit verloren haben. ... Wir erwarten mehr von einem wissenschaftlich geschulten Spezialisten als von unserem eigenen systematischen Nachdenken. Wir geben gerne die Verantwortung für unsere Probleme sehr schnell an Experten ab. ... Dies ist in meinen Augen eines der Kernprobleme der Lernprozesse in Organisationen. Denn viele Probleme lassen sich überhaupt nicht lösen, indem man Wissen von außen an sie heran trägt, sondern nur dadurch, dass Erkenntnis von innen heraus entsteht. Das sind genau die Probleme, um die es beim Team-Lernen, der Gestaltung einer gemeinsamen Vision oder beim Erlernen des Lernens geht.“

Nach Kessels ist ein weiterer wichtiger Grund für die die mangelnde Partizipation am gemeinsamen Lernen in Unternehmen der Mangel an konkreten Hinweisen dazu, wie ein partizipativer Prozess so gestaltet werden kann, dass daraus verwendbare theoretische Aussagen für die Verbesserung der Arbeit entstehen können. Zur Behebung dieses Problems – das mit dem Problem in der partizipativen Qualitätssicherung und Evaluation im Gesundheitsbereich direkt vergleichbar ist – schlägt Kessels die Verwendung der *sokratischen Methode der Gesprächsführung* vor, die vom deutschen Philosophen, Politiker und Pädagogen Leonard Nelson (1882-1927) und seinem Schüler Gustav Heckmann (1898-1996) entwickelt wurde. Ausgehend von den sokratischen Dialogen nach Platon ist die Grundannahme der Methode, dass man sich der Wahrheit einer Sache nur annähern kann, indem man sich durch „den Weg des Selbstdenkens“ mittels der Vernunft mit der Sache auseinandersetzt. Es wird argumentiert, dass die wesentlichen Erkenntnisse im Leben nicht „von außen“ angeeignet werden, sondern durch die Reflexion der eigenen Erfahrung entstehen. Der Prozess des Erkenntnisgewinns kann jedoch durch eine entsprechende Gesprächsführung „von außen“ gefördert werden, die mit der Metapher der „Hebammekunst“ beschrieben wird: Der Gesprächsleiter versucht den Gesprächsteilnehmern zu helfen „...noch verborgene Gedanken ans Licht zu holen und gemeinsam kritisch zu untersuchen“ (Raupach-Strey 1997, S. 21) – also die durch Erfahrung gewonnen Erkenntnisse auf die Welt zu bringen. Dies geschieht durch die *regressive Methode der Abstraktion*. Das heißt, die Gesprächsteilnehmer fangen mit einem konkreten Beispiel aus ihrer eigenen Erfahrung an und anhand dieses Beispiels formulieren sie Prinzipien, die sich nicht nur auf das konkrete Beispiel beziehen, sondern in ihrer abstrakten Form etwas über die Eigenschaften aller solcher Beispiele aussagen. Es entsteht in der Gruppe der Gesprächsteilnehmer eine Art „Denk-Gemeinschaft“ (Raupach-Strey), die über die Wege der Argumentation (kritische Fragestellungen, Positionen und Gegenpositionen) zu einem *Konsens* über die aus dem Beispiel zu lernenden (neuen) Erkenntnisse gelangt. Auf diese Weise wird das verborgene oder implizite Wissen (implizite Theorien) deutlich oder explizit gemacht und durch die Zusammenarbeit der Gruppe formuliert.

Diese Grundidee hat Kessels direkt an die Arbeit mit Organisationen im Rahmen von Qualitätsprozessen angepasst und damit eine systematische Vorgehensweise beschrieben, wie Mitarbeiter aus ihrer Praxiserfahrung in konkreten Schritten Grundprinzipien für die Verbesserung ihrer Arbeit formulieren können. Dieser Ansatz ist aus zwei Gründen für die Entwicklung einer partizipativen Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention der AIDS-Hilfe-Organisationen interessant:

- Die von Kessels vorgestellte Methode bietet die Grundlage für eine systematische, transparente und empirisch belegbare Vorgehensweise, um nicht nur Leitlinien und Standards,

sondern darüber hinaus auch lokale Erklärungen (Theorien) für die Probleme der Primärprävention sowie mögliche Lösungsansätze zu entwickeln.

- Dadurch bekommt „Praxisweisheit“ oder „Praxisklugheit“ einen zentralen Stellenwert in der Qualitätssicherung und Evaluation, und ein Weg wird aufgezeigt, wie das (implizite) Praxiswissen systematisch und regelmäßig überprüft und für die Weiterentwicklung der Arbeit verwendet werden kann.

Um zu testen, ob die sokratische Methode nach Kessels überhaupt ein nützlicher Ansatz für die Entwicklung lokaler Theorie in AIDS-Hilfe-Organisationen sein kann, sollten die Gruppengespräche im Rahmen der Projektbesuche ein erster experimenteller Schritt in diese Richtung sein.

Jedes Gespräch wurde in Anlehnung an die Hinweise von Kessels wie folgt strukturiert:

Einführung:

Die Gesprächsmethode wurde vor dem Hintergrund des partizipativen Ansatzes vorgestellt. Dabei wurde zwischen wissenschaftlichen und lokalen Theorien sowie zwischen implizitem und explizitem Wissen unterschieden. Die Methode der regressiven Abstraktion wurde kurz vorgestellt und die Mitarbeiter zur Teilnahme an dieser experimentellen Vorgehensweise im Rahmen der Studie eingeladen.

Erklärung der Methode:

Die von der Methode vorgesehenen drei Teilnehmerrollen wurden beschrieben: Gesprächsführung, Beispielgeber, andere Teilnehmer. Die Gesprächsführung achtet auf das Einhalten der Gesprächsregeln und hilft der Gruppe beim Problemstellen. Der Beispielgeber soll als Antwort auf die zur untersuchenden Frage ein konkretes Beispiel aus seiner Präventionspraxis vorstellen. Die anderen Teilnehmer reflektieren gemeinsam mit dem Beispielgeber und mit Hilfe der Gesprächsführung das erbrachte Beispiel und setzen sich mit den durch das Beispiel aufgeworfenen Themen auseinander.

An dieser Stelle wurde die Untersuchungsfrage für die Diskussion vorgestellt: Was ist Qualität in der Primärprävention?

Als nächster Schritt wurde die Gesprächsmethode in Grundzügen erklärt: Ein sokratisches Gespräch ist kein Streitgespräch, keine Debatte, indem individuelle Teilnehmer sich gegeneinander positionieren, sondern eine gemeinsame Untersuchung der Frage – in diesem Fall der Qualitätsfrage – die durch das Beispiel verdeutlicht wird. Ein weiteres zentrales Merkmal des sokratischen Gesprächs ist die ausschließliche Berücksichtigung der Erfahrungen der Gesprächsteilnehmer als Basis für die Diskussion. Diesem Grundverständnis entsprechend wurden anschließend folgende Gesprächsregeln vorgestellt:

- Jeder Teilnehmer sollte sich nur auf eigene Erfahrung beziehen. In der Reflexion des Beispiels sollte jeder versuchen, sich in die vorgestellte Situation hineinzusetzen oder Bezug auf seine Erfahrungen in einer ähnlichen Situation zu nehmen. Auf keinen Fall sollten Experten oder andere Autoritäten oder Personen zur Begründung der eigenen Kommentare zitiert werden.
- Es sollten keine erfundenen, hypothetischen Beispiele genannt werden, z. B. in der Form: „Aber wie wäre es, wenn...“
- Keine Monologe sondern kurze Inputs sind erwünscht.

- Das gegenseitige Verstehen aller Teilnehmer steht im Mittelpunkt. Verständnisfragen haben Vorrang.
- Alle Aussagen sollten konkretisiert werden. Frei schwebende, abstrakte Aussagen so nach der Form „Aber wie man weiß...“ sind nicht zulässig. Alle Aussagen sollten an Beispielen aus der eigenen Erfahrung erklärt werden.

Das Beispiel:

Alle Teilnehmer wurden gebeten, solche Beispiele kurz vorzustellen,

- die aus der Praxis der Primärprävention stammen,
- bei denen die Ausgangsfrage („Was ist Qualität in der Primärprävention?“) eine wichtige Rolle spielt,
- die aus eigener Erfahrung bekannt sind,
- bei denen der Beispielgeber eine aktive Rolle gespielt hat,
- die typische oder zentrale Probleme oder Themen der Präventionsarbeit darstellen,
- die einfach genug sind, sodass das Wesentliche in wenigen Minuten vorgestellt werden kann,
- die eine abgeschlossene Situation (keinen laufenden oder bevorstehenden Entscheidungsprozess) darstellen.

Beispiele wurden von den Teilnehmern genannt und vom Gesprächsleiter schriftlich (Flipchart) festgehalten. Die Gruppe wurde dann gebeten, sich auf ein Beispiel zu einigen, das für alle interessant ist.

Das von der Gruppe ausgewählte Beispiel wurde im nächsten Schritt von der Person, die das Beispiel genannt hat, ausführlich vorgestellt und stichwortartig auf dem Flipchart protokolliert. Die Beschreibung wurde erst beendet, wenn alle Teilnehmer sich die Situation in ihren wesentlichen Details vorstellen konnten. Die Teilnehmer konnten nachfragen, um nicht verstandene Aussagen des Beispielgebers zu klären.

Nach der Vorstellung des Beispiels wurde der Beispielgeber von der Gesprächsleitung um ein Urteil über das von ihm erbrachte Beispiel gebeten. Dieses Urteil sollte einen für ihn entscheidenden Aspekt des Beispiels im Sinne der Ausgangsfrage beinhalten. Da es sich bei der Ausgangsfrage um die nach der Qualität handelt, wurde der Beispielgeber angehalten, die Qualität der dargestellten Präventionsarbeit zu beurteilen und in einem zweiten Schritt dieses Urteil zu begründen. Das Qualitätsurteil sowie die einzelnen Begründungen wurden von der Gesprächsleitung auf dem Flipchart protokolliert.

Fragen, andere Standpunkte, andere Begründungen:

An dieser Stelle wurden die anderen Teilnehmer zunächst gefragt, ob sie Verständnisfragen hinsichtlich des Beispiels oder zu dem vom Beispielgeber getroffenen Urteil und dessen Begründung haben. Nach dem Beantworten dieser Fragen seitens des Beispielgebers wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie zur Qualität der dargestellten Präventionsarbeit die gleiche Meinung wie der Beispielgeber haben und wenn ja, ob sie dieses Urteil mit den gleichen oder mit anderen Argumenten begründen wollen. Diejenigen, die eine andere Meinung als der Beispielgeber hatten, wurden gebeten, ein eigenes Urteil zu fällen und dieses zu begründen. Alle Urteile und Begründungen wurden von der Gesprächsleitung auf dem Flipchart protokolliert.

Konsensfindung:

Nach der Äußerung aller vertretenen Meinungen und deren Begründungen wurden die verschiedenen Standpunkte von der Gesprächsleitung zusammengefasst und nochmals vorge-

stellt. Dann wurde durch einen Konsensfindungsprozess versucht, den Standpunkt der Gruppe unter Berücksichtigung der von einzelnen Teilnehmern formulierten Meinungen zu definieren.

Formulierung von Prinzipien:

In einem letzten Schritt wurde versucht, auf Grundlage des konsensuell erarbeiteten Standpunkts zur Qualität der dargestellten Präventionsarbeit Grundprinzipien für die Präventionsarbeit zu formulieren. Diese Prinzipien sollten einen direkten Bezug zu der im Beispiel dargestellten Arbeit, zu deren Qualität sowie zu den Begründungen, die die Qualitätsaussage stützen, herstellen.

Verläufe und Ergebnisse

Im Gegensatz zu den von Kessels erbrachten Beispielen aus der Praxis der Unternehmensberatung trafen die WZB-Mitarbeiter auf Teams mit einer schon etablierten Gesprächskultur, die durch einen hohen Grad an Vertrauen, Konsensfähigkeit und Differenziertheit charakterisiert ist. Die basisdemokratische Ausrichtung der Einrichtungen, die überwiegende Besetzung der Stellen durch Mitarbeiter mit Beraterausbildungen sowie die eingeübte Teamarbeit – vor allem in der Form von Supervision und Fallbesprechungen – bilden die Grundlage dieser Gesprächskultur. Trotz der schon in vielen Einrichtungen reichlich vorhandenen Möglichkeiten für tiefer gehende Arbeitsgespräche im Team stößt die sokratische Methode auch bei erfahrenen Praktikern, die bereits in diversen Zusammenhängen an Qualitätsdiskussionen beteiligt waren, auf großes Interesse. Ein Grund hierfür ist, dass es im Projektalltag selten Zeit gibt, die Praxis so zu reflektieren. Die bisher integrierten Formen der Selbst- und Gruppenreflexion werden in der Regel bei konkreten, oft dringenden Fälle oder Problemstellungen, die nach einer Lösung verlangen, angewandt. Vor diesem Hintergrund hat die hier durchgeführte Gesprächsmethode den Vorteil, dass sie abgekoppelt von den üblichen zeitlichen und anderen Zwängen der Praxis einen anderen Diskussionsraum bietet. Ein zweiter Grund für die positive Aufnahme der Methode liegt am sokratischen Ansatz selbst. Mehrere Gesprächsteilnehmer – vor allem diejenigen, die sich üblicherweise für Grundsatzdiskussionen weniger interessieren – fanden den Fokus auf ein konkretes Beispiel als Basis für die Nennung von Prinzipien sehr nützlich. Die Aufarbeitung gegensätzlicher Positionen zu Praxisfragen fanden viele Gesprächsteilnehmer hilfreich, da oft die Meinungsunterschiede im Team nicht so deutlich zum Ausdruck gebracht werden. In allen Fällen führte die Diskussion über eine konkrete Praxissituation zu einer grundsätzlichen Diskussion über die Ziele und Möglichkeiten der Primärprävention.

Die zwölf durchgeführten Gespräche hatten sehr unterschiedliche Verläufe – je nach erbrachtem Ergebnis in der zur Verfügung stehenden Zeit. Trotzdem wurden die Gespräche von den meisten Teilnehmern sehr positiv bewertet. Bei einigen Projekten beschränkte sich die Diskussion nur auf die Darstellung der verschiedenen Meinungen zum vorgestellten Beispiel. In solchen Fällen gingen die Standpunkte weit auseinander, weil grundsätzliche Meinungsunterschiede zu den Zielen und Möglichkeiten der im Beispiel dargestellten Präventionsarbeit vorhanden waren. Bei anderen Projekten schien trotz einer Meinungsvielfalt eine Konsensfindung möglich (wenn auch nicht im vorhandenen Zeitraum erreichbar). In anderen Projekten wurde ein Konsens über die Qualität der dargestellten Präventionsarbeit gefunden, nicht aber über die daraus abzuleitenden Prinzipien für die künftige Arbeit im Bereich. Bei den restlichen Projekten konnten alle methodischen Schritte absolviert werden. Um die Vielfalt der Abläufe anschaulich zu machen, werden hier beispielhaft zwei Gruppengespräche kurz dargestellt.

Gruppengespräch 1: Eine Vielfalt der Qualitätsurteile

Bei diesem Gespräch stand eine Aufklärungsaktion zur Diskussion, die vor einer Disco stattfand. Die in der Schlange stehenden Jugendlichen sollten auf spielerische Art und Weise von ehrenamtlichen Mitarbeitern zum Thema HIV-Übertragungsrisiken und Safer Sex angesprochen werden. Die Beispielgeberin hatte ein Mädchen angesprochen, das ihre Ansprache „kategorisch ablehnte“ („Ich möchte nicht belästigt werden.“)

Die Beispielgeberin erklärte die Intervention bei diesem Mädchen auf Grund der schlechten Qualität der Durchführung für gescheitert. Sie meinte, dass sie als ehrenamtliche Mitarbeiterin auf die Aktion schlecht vorbereitet gewesen sei, vor allem hinsichtlich der Arbeit mit Menschen aus der Zielgruppe die sich eher nicht ansprechen lassen; sie hätte auch keine klare Zielsetzung für diese Tätigkeit gehabt.

Von den anderen Teilnehmern wurden drei von der Meinung der Beispielgeberin stark abweichende Standpunkte geäußert. Der eine Standpunkt hielt die Reaktion des Mädchens für eine Ausnahme, die keine Aussage über die Qualität der gesamten Aktion ermögliche: Ablehnungen kommen vor, egal wie gut eine Aktion durchgeführt wird. Man kann nicht alle erreichen. Und vielleicht braucht das Mädchen in der Tat keine Information oder Hilfestellung. Ein weiterer Standpunkt beurteilte die Aktion als gelungen. Das Ziel der Aktion wäre, eine „Aufstörung“ in der Gruppe zu erreichen, und dies sei auch – vielleicht vor allem – bei den Menschen mit einer ablehnenden Haltung erreicht worden. Die starke Reaktion des Mädchens zeige die von der Aktion intendierte Irritation. Ein dritter Standpunkt teilte die Meinung der Beispielgeberin, dass die Intervention bei dem Mädchen gescheitert sei, aber nicht wegen mangelnder Vorbereitung auf solche Situationen, sondern wegen des grundsätzlich falschen Ansatzes, der der Aktion zugrunde lag. Aktionen dieser Art müssten auf Freiwilligkeit basieren. Die direkte Ansprache der Mitarbeiterin sei grundsätzlich falsch, weil die Zielgruppe keine Ausweichmöglichkeiten hätte. Dazu wurde auch hier die Begründung geäußert, dass das Mädchen vielleicht keine Hilfe bräuchte, und nicht alle seien mit einer Aktion auf gleiche Weise zu erreichen.

In der im vorgesehenen Zeitraum stattfindenden Diskussion ging es um die Ausformulierung der verschiedenen Meinungen, ohne dass ein Konsens erreicht werden konnte.

Gruppengespräch 2: Eine neue Leitlinie wird formuliert

Bei diesem Gespräch stand die Beratung eines serodiskordanten heterosexuellen Paares im Mittelpunkt. Die Beispielgeberin betreute die HIV-positive, substituierte Frau seit dem Frühjahr 2003. Etwas später hat die Beispielgeberin den Mann kennen gelernt, der ebenfalls eine Substitutionsbehandlung in Anspruch nimmt. In einem Beratungsgespräch mit dem Paar, bei dem die Vorbereitung von Anträgen für das Sozialamt im Mittelpunkt stand, wurde „beiläufig erzählt“, dass sich der Mann hätte testen lassen und das Ergebnis negativ ausgefallen wäre. Darauf hat die Beispielgeberin nicht reagiert; diese fehlende Reaktion beurteilte sie als eine qualitativ schlechte Präventionsarbeit. Aus ihrer Sicht hätte sie in diesem Moment intervenieren müssen, um den Anlass für den Test und das bestehende Risiko zu klären sowie je nach Risikosituation eine passende Strategie für die Risikovermeidung gemeinsam mit dem Paar zu entwickeln.

Das Qualitätsurteil der Beispielgeberin traf bei den anderen Gesprächspartnern auf Zustimmung. Durch Nachfragen versuchte die Gruppe, nicht nur die Interventionsmöglichkeiten in der konkreten Situation, sondern auch das Ziel einer solchen Intervention zu klären. Es wurde nach längerer Diskussion festgestellt, dass ein Berater kein Paar zum Schutzverhalten zwin-

gen kann bzw. dies versuchen soll. Um eine „passende, umsetzbare“ Strategie der Risikomin- derung zu erarbeiten müsse sich die Intervention an den Bedürfnissen der Klienten orientie- ren. Das Ziel der Intervention sollte sein, das Risiko einer HIV-Übertragung dem Paar auch in seinen Konsequenzen bewusst zu machen, ohne das Paar zu überfordern.

Zur künftigen Sicherung der Qualität in der Beratung serodiskordanter Paare formulierten die Gesprächspartner die folgende Leitlinie:

- Bei serodiskordanten Paaren sollte im Rahmen der Beratung das Übertragungsrisiko the- matisiert werden.
- In solchen Fällen ist es wichtig, dass der Berater seine eigenen Grenzen erkennt und re- flektieren kann.
- Die Grenzen des Paares sollten respektiert werden.
- Ziel in der primärpräventiven Arbeit mit serodiskordanten Paaren in der Beratung ist es, ihnen das Übertragungsrisiko in allen seinen Konsequenzen bewusst zu machen. Der Be- ratere sollte gemeinsam mit dem Paar über die Gründe für das Risikoverhalten und angemessene Schutz-Strategien verständigen. Bei den Fällen, in denen die Thematisierung des Risikoverhaltens mit dem Paar die Möglichkeiten des Mitarbeiters überschreitet, sol- len dem Paar psychotherapeutische oder andere angemessene Angebote (je nach Problem- lage) empfohlen werden.

Faktoren, die das Gruppengespräch beeinflussen

Der Verlauf des Gruppengesprächs nach der sokratischen Methode wurde von folgenden Faktoren beeinflusst:

- Vor allem bei Einrichtungen, in denen individuelle Beratungsgespräche eine zentrale Rol- le in der Präventionsarbeit einnehmen, tendierten die Teilnehmer zu Gesprächsformen, die sie aus der Supervision oder der Fallbesprechung bereits kennen. Während die Supervisi- on den Mitarbeiter und die Fallbesprechung den Klienten in den Mittelpunkt stellen, will die sokratische Methode anhand des Handelns eines Mitarbeiters in einer konkreten Situa- tion die Grundsätze der Arbeit hervorheben. Demnach ist das Beispiel ein Ausgangspunkt für die Diskussion über grundlegende Themen der Arbeit und nicht über die Belange des einzelnen Mitarbeiters oder Klienten. Die Gesprächsleitung war bemüht, diesen Schwer- punkt zu verdeutlichen.
- Obwohl die ausgeprägte konsensorientierte Gesprächskultur der Einrichtungen für die von der Methode erstrebte Konsensbildung vorteilhaft war, erschwerte diese die Formulierung von unterschiedlichen Standpunkten, die vor der Konsensbildung vorgestellt werden soll- ten. In allen Projekten war die Gesprächsleitung bemüht, Gegensätze zuzuspitzen, die bei den verschiedenen Stellungnahmen zum erbrachten Beispiel geäußert wurden. Nicht sel- ten wurden Differenzen unterschätzt, die unter den Gesprächsteilnehmern vorzufinden waren. Oft wurden Konsensvorschläge schon gemacht, bevor alle Meinungen zum Aus- druck gebracht werden konnten.
- Einer großen Anzahl von Gesprächsteilnehmern fiel es schwer, Kritik an der Qualität der im Rahmen des Beispiels geleisteten Präventionsarbeit auszuüben. Nach dem Motto „so etwas hätte uns allen passieren können“ zeigten sich Mitarbeiter in der Regel sehr solidari- sch mit dem Beispielgeber, auch mit großer Rücksicht auf seine im Beispiel geäußerten Empfindungen. Dies deutet auf ein großes Vertrauen der Mitarbeiter untereinander hin, das auch die Darstellung einiger schwieriger, auch fehlerhafter Praxisbeispiele erleichtert. Dieses Klima der Solidarität verhinderte jedoch das Ausüben von Kritik in Form von Mei-

nungsverschiedenheiten über Qualität. Hier war die Gesprächsleitung bemüht, die Rolle des Beispiels in der sokratischen Methode klarzustellen, um dadurch alle Gesprächsteilnehmer zu entlasten und die Äußerung verschiedener Sichtweisen erst zu ermöglichen.

- Ein anderer Problembereich entstand bei Gruppengesprächen, an denen nicht nur hauptamtliche Mitarbeiter sondern auch Ehrenamtliche oder Praktikanten teilnahmen. Vorteilhaft war die Darstellung aller Aspekte der Präventionsarbeit, da z. B. Haupt- und Ehrenamtliche bekanntlich einen unterschiedlichen Bezug zur Arbeit haben. Problematisch sind die unterschiedlichen Ausbildungs- und Erfahrungshintergründe, die zu grundsätzlich anderen Wahrnehmungen der Arbeit und deswegen zu unterschiedlichen Qualitätsaussagen führen. Die Gesprächskultur der Projekte erschwerte die Nennung dieser Unterschiede und blockierte dadurch bestimmte Auseinandersetzungen.

Fazit

Die sokratische Gesprächsführung nach Kessels ist eine viel versprechende Methode für den Aufbau lokaler Theorien für die Primärprävention. Die Methode ermöglicht nicht nur die Aufdeckung impliziter Erklärungsmuster und Annahmen, die der praktischen Arbeit zugrunde liegen, sondern auch eine systematische, konsensorientierte Auseinandersetzung mit Meinungsunterschieden zu zentralen Qualitätsfragen. Die unerwartet große Resonanz seitens der Teilnehmer an den Gruppengesprächen zeigt, dass die sokratische Gesprächsführung neue Impulse für die Qualitätsdiskussion setzt, die über den Beitrag bereits vorhandener Kommunikationsstrukturen (Fallbesprechung, Supervision, Klausurtag etc.) hinausgehen. Besonders hervorzuheben ist der Ansatz, anhand eines konkreten Praxisbeispiels handlungsleitende Prinzipien für die Verbesserung der Qualität der Primärprävention zu formulieren – die so genannte regressive Methode der Abstraktion. Durch diese Herangehensweise wird die Qualitätsdiskussion zwangsläufig in der Erfahrung der Teilnehmer und dadurch in den konkreten Problemen des Praxisalltags verankert. Dies verhindert eine „akademische“ Qualitätsdiskussion, deren Relevanz von vielen Praktikern oft bezweifelt wird.

Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse aus dieser Untersuchung der Aktivitäten der AIDS-Hilfe-Organisationen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention werden unter folgenden Stichworten diskutiert und zusammengefasst:

- Definition von Qualität in der Primärprävention
- Einstellungen zur Qualitätssicherung
- Erfahrungen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation
- Hindernisse in der Entwicklung und Durchführung von Qualitätsmaßnahmen
- Der Bedarf nach Unterstützung beim Aufbau der Qualitätssicherung

Definition von Qualität in der Primärprävention

Aus den Ergebnissen der Projektbesuche konnten folgende Erkenntnisse über das allgemeine Verständnis der AIDS-Hilfe-Organisationen zur Frage der Qualität in der Primärprävention gewonnen werden:

Die Frage nach der Qualität in der Primärprävention ist für die AIDS-Hilfe-Organisationen die nach der fachlichen Fundierung ihrer Arbeit. Dabei wird nicht die (akademische) Fachsprache der Qualitätssicherung angewandt – auch nicht durch die Mitarbeiter, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen –, sondern die Fachsprache der Primärprävention, die vor allem die Sprache der Sozialarbeit, der Pädagogik und der Psychologie einschließt. Das Interesse besteht nicht in der Bildung allgemein verwendbarer Qualitätskategorien, sondern in der Schaffung der Bedingungen für eine gute Arbeit. Obwohl die hier zusammengefassten Grundsätze der Qualität sich kaum nach Einrichtung unterscheiden, ist eine große Vielfalt bei deren praktischer Umsetzung je nach vorhandenen Ressourcen, Auftrag, Zielgruppe und Angebot festzustellen.

Das zentrale Merkmal der Qualität in der primärpräventiven Arbeit, an dem sich alle anderen Merkmale messen lassen, ist die Zielgruppenorientierung. Für alle Projekte bilden die von der Zielgruppe geäußerten Bedürfnisse und die damit zusammenhängenden Lebenswelten den Ausgangspunkt für die Konzeption und Durchführung von Interventionen. Dementsprechend werden vor allem die Angebote mit einer hohen Akzeptanz bei der Zielgruppe (gekennzeichnet durch eine starke Inanspruchnahme sowie positive Rückmeldungen) für qualitativ hochwertig gehalten.

Die Zielgruppenorientierung in der Präventionsarbeit kann erst realisiert werden, wenn die nötigen finanziellen und fachlichen Bedingungen erfüllt sind. Dies erfordert in erster Linie eine adäquate Ausstattung mit Personal- und Sachmitteln, Möglichkeiten für Mitarbeiter, sich in Form von Fort- und Weiterbildungen und im Rahmen von Fachkreisen mit anderen Kollegen auszutauschen, gut funktionierende Strukturen für die Organisation von Arbeitsabläufen sowie die Anwendung angemessener Methoden in der Arbeit mit der Zielgruppe. Die Sicherstellung der notwendigen Bedingungen ist stark vom gesellschaftlichen Klima, dem Verhältnis zwischen Projekt und Zuwendungsgeber sowie von politischen Prozessen vor allem auf kommunaler Ebene (also alle Zustände, die nur begrenzt von der einzelnen AIDS-Hilfe-Organisation beeinflusst werden können) abhängig.

Die Schaffung eines (neuen) Bewusstseins in der Zielgruppe hinsichtlich HIV-Übertragungsrisiken und die damit einhergehende Förderung der Risikominimierung ist das zentrale Ziel

der Präventionsarbeit. Längerfristig soll diese Einflussnahme auf das Verhalten der Zielgruppe auch die Neuinfektionsrate senken oder zumindest stabil halten. Die Projekte bezweifeln jedoch, dass sich der Einfluss ihrer Arbeit auf die epidemiologische Entwicklung der Krankheit in der Zielgruppe erfassen lässt.

Einstellungen zu Qualitätssicherung und Evaluation

Qualitätssicherung und ihr Nutzen werden anerkannt und von der großen Mehrheit der Einrichtungen befürwortet.

Es gibt sowohl Einrichtungen, die angeben, dass Qualitätssicherung eine zusätzliche Belastung darstellt, als auch andere, die diese Meinung nicht teilen. Steigende Arbeitsbelastung und Kürzungen haben nach den Angaben von mindestens der Hälfte der Einrichtungen zur Folge, dass die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verhindert wird. Ungefähr ein Drittel der AIDS-Hilfe-Organisationen stimmt Äußerungen zum Zeitmangel als Hemmnis zu – und 40 % geben Geldmangel bei der Verwirklichung von Qualitätssicherung als Problem an. Mindestens ein Viertel bis ein Drittel aller Einrichtungen teilt Einstellungen, die Unsicherheit bei der Realisierung von Qualitätssicherung zum Inhalt haben.

Die Einstellungen zur Qualitätssicherung werden durch strukturelle Bedingungen beeinflusst:

Die Auffassung, dass Qualitätssicherung eine Ressource für die Arbeit darstellt, ist für alle Einrichtungen gleichermaßen wichtig – unabhängig von Kapazität oder Größe des Einzugsgebietes. Auch die Notwendigkeit von Qualitätssicherung und der daraus entstehenden Mehrarbeit wird von einem Großteil der Einrichtungen unabhängig von strukturellen Bedingungen anerkannt.

Ganz anders fallen dagegen die Ergebnisse hinsichtlich der Einstellungen, welche die Verwirklichung von Qualitätssicherung zum Inhalt haben, aus. Sie weisen deutliche Zusammenhänge mit der Kapazität der Einrichtungen und der Größe des Einzugsgebietes auf. Je weniger Stundenkapazität einer Einrichtung zur Verfügung steht, umso eher scheitert die Verwirklichung von Qualitätssicherung an knappen Ressourcen. Und je mehr Bewohner das Einzugsgebiet eines Projekts aufweist, umso eher fehlen Ressourcen für Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung wird durchgeführt, dennoch bilden die Einstellungsäußerungen der Befragten Unsicherheit bei der Auswahl der Instrumente und deren Durchführung ab. Einrichtungen mit viel Kapazität geben weniger Unsicherheit an. Dies trifft vor allem für Projekte in Ballungsräumen zu. Hier geben die meisten Projekte an, nicht unsicher zu sein.

Vorsichtig interpretiert heißt dies, dass die Akteure in den Projekten die Notwendigkeit und Nutzen von Evaluation und Qualitätssicherung erkannt haben und deshalb positiv bewerten, dafür Mehrarbeit in Kauf nehmen. Je kleiner eine Einrichtung ist, was sich in Stellen- bzw. Stundenkapazität widerspiegelt und häufig auch mit der Größe des Einzugsgebietes korrespondiert, umso mehr sind fehlende Ressourcen ein hemmender Faktor in der Qualitätssicherung. Außerdem tritt bei der Auswahl und Durchführung eher Unsicherheit auf.

Erfahrungen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation

Die Ergebnisse aus der Umfrage aller Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe zeigen, dass gängige Formen der Qualitätssicherung und Evaluation bereits von vielen Einrich-

tungen verwendet werden. Die im Fragebogen vorgegebenen Kategorien und deren assoziierte Maßnahmen sind:

Bedarfsklärung:	<ul style="list-style-type: none"> • epidemiologische Daten des RKI • Daten von anderen Kooperationspartnern • Befragungen der Zielgruppe
Leitlinien:	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Leitlinien • Leitlinien der DAH • Leitlinien aus anderen Einrichtungen
Praxisbegleitende Maßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision • Fallbesprechung im Team (Intravision) • Facharbeitskreise • wissenschaftliche Fachbegleitung • Fort- und Weiterbildung
Dokumentation:	<ul style="list-style-type: none"> • Statistik • Einzelfalldokumentation • Dokumentation von Konzepten • Dokumentation von Arbeitsabläufen
Ergebnismessung:	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz des Angebots • Überprüfung der Zielerreichung • Strategieplanung im Team

Bei allen Maßnahmen liegt der Anteil der Projekte, die die Maßnahme verwendet, weit über 80 % – mit folgenden Ausnahmen: Supervision (77 %), die Dokumentation von Arbeitsabläufen (75 %), Leitlinien von anderen Einrichtungen (60 %) und wissenschaftliche Fachbegleitung (29 %). Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie die epidemiologischen Daten des RKI finden in der Arbeit aller Einrichtungen Platz.

Die Ergebnisse aus den Interviews im Rahmen der Projektbesuche zeigen die zentrale Stellung, die Rückmeldungen von der Zielgruppe in der Qualitätssicherung der Einrichtungen einnehmen. Dies entspricht dem zentralen Stellenwert der Zielgruppenorientierung im Qualitätsverständnis der Mitarbeiter. Andere Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die in erster Linie die Unterstützung der Mitarbeiter oder Verbesserung von Arbeitsabläufen betreffen, unterscheiden sich sehr stark von Einrichtung zu Einrichtung. Dies ist nicht nur auf die unten aufgeführten strukturellen Merkmale, sondern auch auf unterschiedliche Aufträge (im Rahmen von Leistungsvereinbarungen), Zielgruppen und Angebotsstrukturen zurückzuführen.

Die in der Einrichtung zur Verfügung stehende Arbeitskapazität beeinflusst die Entscheidung darüber, ob bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden. Die Verwendung von eigenen Leitlinien, die Inanspruchnahme von Supervision, die Teilnahme an Facharbeitskreisen, die Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, die Dokumentation von Konzepten sowie Strategieplanung im Team sind Maßnahmen, die eher in größeren Einrichtungen realisiert werden. Die Ergebnisse aus den Projektbesuchen legen die Interpretation nahe, dass dieser Unterschied auf drei Merkmale größerer Einrichtungen zurückzuführen ist: eine diffe-

renziertere und dadurch komplexere Organisationsstruktur, mehr Zeit für Aktivitäten über die unmittelbare Arbeit mit der Zielgruppe hinaus (u. a. für Qualitätssicherungsmaßnahmen) und mehr Personalmittel. Je größer die Einrichtung, umso mehr Mitarbeiter sind in der Einrichtung tätig und umso ausdifferenzierter sind die Arbeitsbereiche und Arbeitstätigkeiten. Dies schafft nicht nur mehr Zeit für den unmittelbaren Kontakt zur Zielgruppe, sondern auch für zusätzliche praxisbegleitende Maßnahmen, die durch die Größe der Einrichtung erforderlich geworden sind, um steigende Anforderungen an Koordination und Steuerung zu bewältigen.

Bei den Projekten, deren Arbeit nur zu einem geringen Teil aus Primärprävention besteht, ist die Nutzung der Daten von Kooperationspartnern ausgeprägter. Dies ist wahrscheinlich auch auf ein Kapazitätsproblem zurückzuführen: Ohne genügend Zeit, sich selbst in epidemiologische und andere Informationen über die Zielgruppe einzuarbeiten, sind diese Einrichtungen auf Hinweise von anderen besonders angewiesen.

Befragungen der Zielgruppe kommen eher in Einrichtungen vor, die ein größeres Einzugsgebiet haben. Ein möglicher Grund für diesen Befund ist die Unüberschaubarkeit der Zielgruppen in größeren Städten. Während in kleineren Städten z.B. die öffentliche Drogenszene oder die Schwulenszene nur an wenigen Orten vorzufinden ist, gibt es in größeren Städten eine Vielfalt an Szenen und Subszenen, deren Zusammensetzung hinsichtlich der Zielgruppen schwerer zu durchschauen ist.

Mehr als der Hälfte der Einrichtungen (54 %) sind partizipative Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung bekannt. Ebenso viele arbeiten ansatzweise mit Methoden eines Aktionsforschungsansatzes und über ein Fünftel geben an, ihn bereits zu realisieren. Deutlich mehr als drei Viertel aller Projekte (87 %) ist ein Aktionsforschungsansatz wichtig. Lediglich 9 % aller Einrichtungen verfügen jedoch über einschlägige Erfahrung in der Kooperation mit Wissenschaftlern nach diesem Ansatz.

Bei Einrichtungen in Ballungsräumen (1 Mio. Einwohner oder mehr) haben über die Hälfte aller Projekte partizipative Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung eingeführt und realisiert. Weitere 38 % der Befragten dieser Gruppe haben sie in Ansätzen eingeführt. Für alle anderen Einzugsgebiete gilt: Die Häufigkeit der angegebenen Umsetzung partizipativer Methoden scheint proportional der Größe.

Hemmnisse in der Entwicklung und Durchführung von Qualitätsmaßnahmen

Das größte Hemmnis in der Entwicklung und Durchführung von Qualitätsmaßnahmen ist der Mangel an Ressourcen. Vor allem bei kleinen Einrichtungen mangelt es an personeller Kapazität, um überhaupt die Präventionsarbeit zu leisten, geschweige denn qualitätsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Aber auch bei größeren Projekten scheitern die meisten Versuche der Qualitätssicherung und Evaluation daran, dass die Mitarbeiter keine Zeit für deren konsequente Anwendung aufbringen können.

Unsicherheit bei der Handhabung von Qualitätssicherungsmethoden stellt ein weiteres Hindernis dar. Welche Methoden in welchem Umfang und auf welche Weise angewandt werden sollten, das ist eine Frage, die sich von vielen Einrichtungen nur schwer beantworten lässt. Viele Mitarbeiter entwickeln Instrumente oder Verfahren, die sich später als zu zeitaufwändig herausstellen, oder deren Ergebnisse sich schwer interpretieren lassen. Dieses Problem wird noch verschärft, indem das (kommerzielle) Angebot an zum Teil widersprüchlichen Qualitätskonzepten und -methoden so unübersichtlich und vielfältig geworden ist, dass es Einrichtungen schwer fällt, sich für das eine oder das andere Konzept oder Verfahren zu entscheiden.

Die Realisierung des für die Projekte wichtigsten Qualitätsmerkmals – eine zielgruppenorientierte Arbeit – wird häufig durch die Lebensbedingungen der Zielgruppe, vor allem der Segmente der Zielgruppe, die von HIV-Übertragung und anderen Gesundheitsrisiken am meisten bedroht sind, beeinträchtigt. Wichtige Anteile der Zielgruppe sind mittels der üblichen Methoden der Primärprävention und im Rahmen der vorhandenen Ressourcen nur schwer erreichbar. Dadurch bekommen die Projekte kaum zuverlässige Rückmeldungen von den Zielgruppenmitgliedern, die den größten Bedarf an präventiven Angeboten aufweisen.

Obwohl die große Mehrheit der AIDS-Hilfe-Organisationen klare Kriterien für die Leistung ihrer Arbeit in Form von Leitlinien und Zielen für wichtig hält – auch unter Berücksichtigung der Neuinfektionsrate – ist die Meinung weit verbreitet, dass sich die Präventionsarbeit nur schwer messen lässt. Dadurch wird in Frage gestellt, ob eine aussagekräftige Überprüfung der Ergebnisqualität ihrer Arbeit überhaupt möglich ist. Aus der Sicht der Projekte scheitert die Messbarkeit daran, dass sich die Zunahme oder der Rückgang von Infektionszahlen nicht direkt auf spezifische Interventionen zurückführen lassen. Dazu kommt das Problem, dass zunehmend quantitative Indikatoren für die Arbeit von Zuwendungsgebern festgelegt werden, obwohl wesentliche Aspekte der geleisteten Angebote ausschließlich qualitativ zu erfassen sind. Ein dritter Aspekt des Problems der Messbarkeit ist mit der Dynamik der aufsuchenden Arbeit und mit den Szenen, in denen diese Arbeit geleistet wird, verbunden. Die Fluktuation in den Szenen, die Unangemessenheit von formalen Befragungen an vielerlei Orten der Szene sowie erschwerte Kommunikationsbedingungen beschränken die Möglichkeit, Informationen über die Zielgruppe und über die Wirkung der Präventionsarbeit systematisch zu erheben, stark.

Der Bedarf nach Unterstützung beim Aufbau der Qualitätssicherung

Es existiert ein ausgeprägter Bedarf nach Unterstützung für den (weiteren) Aufbau der Qualitätssicherung und Evaluation in den AIDS-Hilfe-Organisationen. Zur Realisierung jeder der oben genannten Qualitätssicherungsmaßnahmen (s. oben unter „Erfahrungen mit Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation“) geben etwa knapp drei Viertel aller Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe den Wunsch nach mehr Unterstützung an – mit der Ausnahme von „Leitlinien aus anderen Einrichtungen“, zu denen sich knapp 60 % mehr Informationen wünschen.

Der Bedarf nach Unterstützung in der Qualitätssicherung ist bei größeren Einrichtungen besonders ausgeprägt, vor allem zu folgenden Themen: Befragungen der Zielgruppe, die Anwendung von Leitlinien, der Einsatz der Supervision, wissenschaftliche Fachbegleitung, die Erstellung von Statistiken, die Dokumentation von Konzepten und Arbeitsabläufen und die Überprüfung der Zielerreichung in der Präventionsarbeit. Dies zeigt erneut die zentrale Bedeutung der Einrichtungsgröße für das Aufwerfen von Fragen hinsichtlich der Qualitätssicherung. Der wenig ausgeprägter Bedarf bei kleineren Einrichtungen hängt vermutlich nicht nur mit den eher überschaubaren Strukturen dieser Einrichtungen zusammen, die bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen überflüssig erscheinen lassen, sondern auch von einem ausgeprägten Mangel an Personalkapazität für Aktivitäten über den unmittelbaren Kontakt zur Zielgruppe hinaus.

In Einrichtungen größerer Städte ist der Bedarf an Unterstützung bei der Feststellung der Akzeptanz von Angeboten und der Verstärkung der Strategieplanung im Team größer als in denen kleinerer Einzugsbereiche. Die Gründe für diesen Zusammenhang lassen sich nicht auf Grundlage der vorhandenen Daten klären.

Bei Projekten, deren Anteil an Präventionsarbeit gering ist, kann ein großer Bedarf nach Supervision und der Dokumentation von Konzepten festgestellt werden. Kein erkennbarer Grund kann dafür gefunden werden, da die aktuelle Nutzung beider Maßnahmen nicht geringer als bei anderen Projekten ausfällt.

Die besuchten Projekte äußern folgende Anforderungen an Unterstützungsangebote, die ihnen bei Fragen der Qualitätssicherung und Evaluation helfen sollen. Diese Unterstützung soll den Projekten ermöglichen, Formen der Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln, die:

- zeitlich im Verhältnis zum Angebot stehen, d. h. nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen, die in die Präventionsarbeit investiert werden könnte,
- an die konkreten Angebote und Praxisstrukturen der Einrichtung angepasst sind,
- praktikabel (d. h. unter anderem – nicht zu umfangreich) sind,
- routinemäßig in die alltägliche Arbeit eingebaut werden können,
- wissenschaftlich abgesichert sind,
- qualitative Aspekte der Arbeit (subjektive Betrachtungen sowohl der Mitarbeiter als auch der Nutzer) berücksichtigen,
- ein übersichtliches, leicht zu bedienendes Dokumentationssystem verwenden,
- die Meinungen der Nutzer einbeziehen (hinsichtlich Bedarf und Reaktion auf Angebote),
- einen kritischen Blick von außen auf die Präventionsarbeit ermöglichen.

Die fachliche Unterstützung von außen soll vor allem der Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums dienen, das Informationen über den Ablauf und die Ergebnisse der Arbeit liefert. Wichtig dabei ist, dass die erarbeiteten Instrumente und deren Anwendung:

- die Erfahrungen und Meinungen der verschiedenen Szenen abbilden können,
- arbeitsbereichspezifische Aspekte berücksichtigen (d. h. beispielsweise nicht die gleichen Fragebögen und Vorgehensweisen für Veranstaltungen in der JVA wie für Veranstaltungen in Schulen verwenden, auch wenn beide Aufklärungsveranstaltungen sind),
- Vergleiche zwischen Einrichtungen, die ähnliche Präventionsarbeit leisten, ermöglichen.

Die interviewten Mitarbeiter stellen fest, dass angesichts ihrer Personalausstattung die Entwicklung von solchen Instrumenten zu aufwändig ist. Sie schlagen daher vor, dass eine zentrale Stelle außerhalb der Projekte zwei Aufgaben erfüllen sollte: erstens, alle relevanten existierenden (ggf. auch internationalen) Instrumente zusammenstellt und für den Einsatz in den Projekten überprüft und zweitens, in Zusammenarbeit mit den Projekten, Instrumente für spezifische Arbeitsbereiche weiterentwickelt, die dann allen Projekten, die in den betreffenden Bereichen arbeiten, zur Verfügung gestellt werden könnten. Zum Beispiel wären gemeinsam mit den Projekten, die Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen leisten, entsprechende Verfahren für ihre Arbeit zu entwickeln, die dann allen AIDS-Hilfe-Organisationen als Musterbeispiele angeboten werden könnten. Der Bedarf an Verfahren, welche die Wirkung der Präventionsarbeit – vor allem von aufsuchenden, niedrigschwelligen Angeboten – erfassen, ist besonders groß.

Rückmeldungen der besuchten Projekte zur ersten Fassung des Forschungsberichts

Die erste Fassung des vorliegenden Berichts wurde wie vorgesehen auf einer Tagung der zwölf besuchten Projekte diskutiert. Im Sinne des partizipativen Ansatzes sollte dieser Austausch zwischen den Mitarbeitern des WZB, Vertretern der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe und den Projekten folgende Ziele erreichen:

- Die Überprüfung der Praxisnähe und Relevanz der verwendeten Auswertungsverfahren und der daraus erfolgenden Ergebnisse und Schlussfolgerungen
- Die Sicherstellung der Lesbarkeit und Verständlichkeit des Berichts (Aufbau, Sprache, Darstellung von Daten)
- Die Bildung einer gemeinsamen Meinung zum weiteren Vorgang in der Form von Empfehlungen
- Die Bereitstellung einer Grundlage für eine weitere Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren

Die Projekte haben den Bericht sehr positiv bewertet. Die überwiegende Meinung ist, dass die Realität des Praxisalltags und der Bedarf nach weiterer Unterstützung treffend abgebildet sind. Kritische Bemerkungen wurden im Laufe der Tagung diskutiert und durch Konsensbildung in Änderungsvorschläge formuliert, die in die vorliegende Fassung des Berichts eingearbeitet wurden. In diesem Sinne steht der Bericht nicht nur für die Meinung der beauftragten Wissenschaftler, sondern auch für die der Kooperationspartner und der beteiligten Projekte.

Einige Themen, die von den Projekten auf der Tagung angesprochen wurden, sind von grundsätzlicher Natur und konnten deshalb nicht durch Änderungen des Berichtstextes angemessen berücksichtigt werden. Diese Themen werden hier kurz geschildert.

Die Definition von Primärprävention ist nicht in allen Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe gleich. Dies hängt von vielen Faktoren ab, z. B. unterschiedlichen Organisationsstrukturen, unterschiedlichen Aufträgen auf Grund unterschiedlicher Finanzierung sowie dem Selbstverständnis des Vereins, der die Arbeit trägt. Die Vielfalt hat zur Folge, dass bestimmte Aktivitäten von einer Einrichtung zur Primärprävention gezählt werden und bei anderen nicht. Eine Vielzahl an primärpräventiven Interventionen wird nicht als solche vom Zuwendungsgeber gefördert, sondern erfolgt im Rahmen von anderen Angeboten, z. B. Beratung und Betreuung. In anderen Fällen werden Aktivitäten als Primärprävention von den Projekten bezeichnet, die nicht unbedingt einem klaren primärpräventiven Konzept oder Ziel bzw. einer klaren Abgrenzung zu anderen Bereichen unterliegen. Aus diesen Gründen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die von den Projekten angegebene Präventionsarbeit in Form und Inhalt direkt vergleichbar ist, auch nicht wenn – wie auf dem Fragebogen, der im Rahmen dieser Untersuchung verteilt wurde, – standardisierte Kategorien für Zielgruppe und Arbeitsweise vorgegeben sind.

Ein wichtiger Aspekt des Kooperationsprojekts zwischen dem WZB und der DAH ist die **Anerkennung von bereits existierenden Qualitätssicherungsmaßnahmen** in den Projekten und die Einbeziehung dieser in die Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention. Diese Vorgehensweise lenkt die Aufmerksamkeit auf laufende Arbeitsprozesse und vorhandene Erfahrung und macht deutlich, welche Bestrebungen in Richtung Qualitätssicherung schon angelaufen sind, auch wenn diese nicht als solche genannt werden. Gleichzeitig wird klar, dass die zugrunde liegenden Definitionen von Qualität und deren Umsetzung von Projekt zu Projekt zum Teil stark variieren. Allein die Auseinandersetzung mit dieser Tatsache setzt Veränderungsprozesse in den Projekten in Bewegung, weil die Mitarbeiter dadurch aufgefordert sind, ihre Erfahrungen vor dem Hintergrund der Vielfalt der Erfahrungen anderer zu reflektieren.

Die Unsicherheit der Projekte angesichts Qualitätssicherung hat auch einen psychologischen Aspekt. Es besteht die oft nicht ausgesprochene Befürchtung, dass die geleistete Präventionsarbeit wissenschaftlichen Kriterien der Qualität nicht Stand halten kann. Diese Reaktion hängt nicht nur mit einem hierarchischen Verständnis von Wissenschaft gegenüber Praxis

zusammen, sondern auch und vor allem mit der unsicheren Stellung der Primärprävention in den einzelnen Einrichtungen und im Aidsbereich insgesamt. Während Sekundär- und Tertiärprävention seit Beginn der Aids-Epidemie eine gewisse Anerkennung in der Gesellschaft und dementsprechend auch bei den Zuwendungsgebern genießen, muss sich Primärprävention immer um eine gesicherte Finanzierung und seinen Stellenwert kämpfen. Die Folge ist eine große Verunsicherung der Mitarbeiter, die dauerhaft in der Primärprävention arbeiten.

Ehrenamtliche Mitarbeiter spielen in der primärpräventiven Arbeit vieler AIDS-Hilfe-Organisationen eine zentrale Rolle. Dass sie in den Interviews, die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführt wurden, kaum explizit genannt werden, ist wahrscheinlich auf die persönliche Ansprache der Interviewfragen zurückzuführen: Die Interviewer fragten nach der Meinung und der Erfahrung des Gesprächspartners und nicht im Allgemeinen über die Arbeit. Außer Vorstandsmitgliedern wurden keine ehrenamtlichen Kräfte interviewt. Ein anderer möglicher Grund dafür, dass Ehrenamtliche nur an wenigen Stellen ausdrücklich im Bericht vorkommen, ist deren Subsumierung unter solche Begrifflichkeiten wie „Team“ oder „Mitarbeiter“, ohne dass dies den Interviewern deutlich gemacht wurde.

Empfehlungen

Die vorliegende Untersuchung belegt ein ausgeprägtes Interesse an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation im Bereich der Primärprävention bei den AIDS-Hilfe-Organisationen in Deutschland. Auf Grund der Ergebnisse dieser Arbeit können folgende **Leitsätze für den Aufbau bedarfsgerechter Maßnahmen** zur Unterstützung der AIDS-Hilfe-Organisationen bei der Verwirklichung dieses Vorhabens formuliert werden:

1. Der Mangel an Ressourcen stellt das größte Hemmnis für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Primärprävention dar. Auf Grund dessen können die notwendigen Bedingungen für zielgruppenorientierte Interventionen in vielen Einrichtungen nicht geschaffen werden. Fehlende Arbeitskapazität verhindert auch, dass die von den AIDS-Hilfe-Organisationen erwünschten Qualitätssicherungsmaßnahmen für bestehende Angebote realisiert werden können.
2. Die AIDS-Hilfe-Organisationen benötigen fachliche Unterstützung, um angemessene Instrumente und Verfahren für die Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln.
3. Die Vielfalt von AIDS-Hilfe-Organisationen hinsichtlich Ressourcen, Auftrag (Leistungsvereinbarung), Zielgruppe, Arbeitsstrukturen und Angebot schließt ein einheitliches Verfahren für alle Einrichtungen aus.
4. Hinsichtlich der Vielfalt der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe und auf Grund der dezentralisierten Organisation der Primärprävention in Deutschland ist die Einrichtung einer zentralen Stelle auf Bundesebene für die Kontrolle und Zertifizierung der Qualität der geleisteten Arbeit weder möglich noch sinnvoll.
5. Die in Zusammenarbeit mit den AIDS-Hilfe-Organisationen entwickelten Formen der Qualitätssicherung und Evaluation müssen:
 - zeitlich im Verhältnis zum Angebot stehen, d. h. nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen, die in die Präventionsarbeit investiert werden könnte,
 - an die konkreten Angebote und Praxisstrukturen der Einrichtung angepasst sein,
 - praktikabel (d. h. unter anderem – nicht zu umfangreich) sein,
 - routinemäßig in die alltägliche Arbeit eingebaut werden können,
 - wissenschaftlich abgesichert sein,
 - qualitative Aspekte der Arbeit (subjektive Betrachtungen sowohl der Mitarbeiter als auch der Nutzer) berücksichtigen,
 - ein übersichtliches, leicht zu bedienendes Dokumentationssystem verwenden,
 - die Meinungen der Nutzer einbeziehen (hinsichtlich Bedarf und Reaktion auf Angebote),
 - einen kritischen Blick von außen auf die Präventionsarbeit ermöglichen.
6. Die AIDS-Hilfe-Organisationen sind momentan finanziell nicht in der Lage, marktübliche Preise für private Dienstleistungen zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation selbst zu bezahlen.

7. Jede AIDS-Hilfe-Organisation, die sich Unterstützung zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation wünscht, sollte in die Lage versetzt werden, eine an die Bedingungen in der eigenen Einrichtung angepasste Qualitätssicherungs- und Evaluationsstrategie zu entwickeln und umzusetzen.
8. Der partizipative Ansatz bietet eine viel versprechende Basis für die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis in der Weiterentwicklung von Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren.

Auf Grundlage dieser Leitsätze und unter Berücksichtigung der durch die Untersuchung aufgezeigten Einstellungen, Erfahrungen und Bedarfe der AIDS-Hilfe-Organisationen hinsichtlich der Qualitätssicherung und Evaluation im Bereich der Primärprävention wird Folgendes empfohlen:

Empfehlung 1:

Ein stärkeres politisches Engagement seitens der Deutschen AIDS-Hilfe hinsichtlich der mangelnden Ressourcen für die Primärprävention

Obwohl die Finanzierung und politische Steuerung der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen in den Kompetenzen der Bundesländer und vor allem der Kommunen liegen, sollte auf Bundesebene den Mangel an adäquaten Ressourcen (Finanzen, Ausstattung, fachlicher Unterstützung) für die Primärprävention stärker thematisiert werden (vgl. Nationaler AIDS-Beirat 2004). Dieses Problem sollte vor dem Hintergrund steigender Neuinfektionszahlen und der zunehmenden Risikobereitschaft vor allem in den am meisten von der Krankheit betroffenen Bevölkerungsgruppen diskutiert werden. Die neuen und wachsenden Herausforderungen in der Primärprävention, z. B. immer differenziertere Interventionen zu leisten, um schwer erreichbare Gruppen stärker anzusprechen, erfordern den Erhalt existierender Strukturen und den gezielten Ausbau neuer Angebote. Der Ressourcenmangel ist das größte Hemmnis für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Primärprävention, nicht nur weil notwendige Interventionen nicht realisiert, sondern auch weil qualitätssichernde Maßnahmen nicht konsequent umgesetzt werden können und keine Planungssicherheit für die auf diesem Gebiet tätigen Projekte besteht.

Als Grundlage für politische Forderungen nach verstärkten Investitionen in die Primärprävention wäre die Festlegung fachlich begründeter Mindeststandards für eine ausreichende Finanzierung nützlich. Für die personelle Grundausstattung der Präventionsarbeit sind Maßstäbe zu diskutieren, die Bedarf, Größe des Einzugsgebiets, Art der Primärprävention, epidemiologische Situation und Größe der Zielgruppe berücksichtigen. Zum Beispiel: Wie viele Vor-Ort-Arbeiter brauchen die Schwulenszenen in den Metropolen? Oder: Wie viele Aufklärungsveranstaltungen für Jugendliche kann ein Mitarbeiter im Monat leisten? Bei der Definition von Mindeststandards sollten auch die Kosten für die Entwicklung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen einbezogen werden, zum Beispiel nach der Empfehlung der WHO, die eine zusätzliche finanzielle Förderung von Qualitätssicherung und Evaluation in der Höhe von 10 % der Projektkosten vorsieht (WHO/Health Canada/CDC 1998, siehe auch Rosenbrock 2004). Klar formulierte Aussagen zu Fragen dieser Art auf Bundesebene wären für die AIDS-Hilfe-Organisationen eine weitere fachliche Unterstützung in Verhandlungsgesprächen mit Zuwendungsgebern, bei denen die Quantifizierung von Bedarf und Dienstleistung eine immer wichtigere Rolle spielt.

Empfehlung 2:**Der Aufbau eines Baukastensystems für die Unterstützung der AIDS-Hilfe-Organisationen in der Weiterentwicklung von Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren**

Die Vielfalt der AIDS-Hilfe-Organisationen bedarf eines flexiblen Modells für Unterstützungsangebote zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation. Gleichzeitig müssen Angebote systematisch aufgebaut und inhaltlich übersichtlich sein. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden wird ein Baukastensystem empfohlen, das aus den folgenden fünf Elementen besteht:

- Workshops zu Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation
- ein „interaktives“ Handbuch von Ressourcen für die Qualitätssicherung und Evaluation
- individuelle Beratung für Einrichtungen zur Entwicklung und Durchführung eigener Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen
- Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten
- ein Peer-review-Verfahren

Die vorgesehenen **Workshops** werden die Möglichkeit bieten, Kenntnisse über spezifische Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation in einem bestimmten Arbeitsfeld zu vertiefen. Der Schwerpunkt wird auf der konkreten Handhabung in der eigenen Praxis liegen. Denkbare Themen sind beispielsweise: die Feststellung von Nutzerzahlen in der niedrigschwelligen Arbeit, die Befragung von Zielgruppen in Schwulenszenen, die Anwendung von Fragebögen in der Aufklärungsarbeit mit Jugendlichen oder die Erfassung von Ergebnissen in der Beratungspraxis. Die Inhalte der Workshops werden gleichzeitig die Basis für die entsprechende Seite des Handbuchs darstellen.

Das „**interaktive Handbuch**“, das über das Internet zur Verfügung gestellt wird, soll einen Überblick über Qualitätssicherung und Evaluation für die verschiedenen Arbeitsfelder der Primärprävention (z. B. Youthwork, Haft, aufsuchende Arbeit in Drogenszenen, Vor-Ort-Arbeit in Schwulenszenen) bieten. Jedem Arbeitsfeld wird eine eigene Internetseite gewidmet, auf der folgende Inhalte erscheinen:

- ein Überblick zur Qualitätssicherung und Evaluation für das Arbeitsfeld (state of the art)
- Ressourcen (Instrumente, Konzepte, weiterführende Literatur)
- Veranstaltungskalender (für Veranstaltungen bundesweit)
- ein Forum für einen Austausch zwischen Nutzern
- ein Verzeichnis von Einrichtungen, die im Arbeitsfeld tätig sind, mit einem Verweis auf Ansprechpartner

Der Überblick wird die Kernthemen der Qualitätssicherung und Evaluation in dem Arbeitsfeld darstellen. Unter „Ressourcen“ werden die AIDS-Hilfe-Organisationen Instrumente sowie Konzeptpapiere und Hinweise auf weiterführende Literatur zum Herunterladen finden. Ein Veranstaltungskalender wird Nutzer auf relevante Termine zum Thema Qualitätssicherung und Evaluation innerhalb und außerhalb des Dachverbandes aufmerksam machen. Um den Austausch zwischen Praktikern im gleichen Arbeitsfeld zu Problemen in der Qualitätssicherung und Evaluation zu fördern, wird ein Forum sowie ein Projektverzeichnis mit Ansprechpartnern eingerichtet. Dieses interaktive Handbuch wird fortlaufend ergänzt und aktualisiert.

Die **individuelle Beratung** sollte über eine intensive Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern und Mitarbeitern die Entwicklung einer ‚maßgeschneiderten‘ Qualitäts- und Evaluationsstrategie für die AIDS-Hilfe-Organisationen ermöglichen. Der Schwerpunkt wird darauf liegen, Konzepte und Methoden zu finden, die der Zielsetzung, den Projektstrukturen, den Interventionsformen und den Kapazitäten jeden Projektes entsprechen. Die resultierende Strategie wird in konkrete Handlungsmöglichkeiten umgesetzt, damit jedes Projekt relevante Daten im Projektalltag dokumentieren und für die Weiterentwicklung der Arbeit verwenden kann. Die Erarbeitung lokaler Theorien und ortsspezifischer Ziele werden eine wichtige Grundlage für diese Arbeit bilden.

Die Unterstützung in der **Verwendung epidemiologischer Daten** wird einzelnen AIDS-Hilfe-Organisationen ermöglichen, die für ihr Einzugsgebiet relevanten Neuinfektionszahlen (die Daten vom Robert Koch-Institut und die von Kooperationspartnern vor Ort) in ihrer Arbeit effektiver zu nutzen. Konkrete Hilfestellungen zur Dateninterpretation und zur Anwendung von epidemiologischen Zahlen in Projektplanung und Steuerung werden angeboten.

Eine Kritik an dem partizipativen Ansatz in der Qualitätssicherung und Evaluation ist die Geschlossenheit der Entscheidungsprozesse: Wenn jedes Projekt sich über die eigenen Qualitäts- und Evaluationsverfahren selbst entscheidet, besteht die Gefahr einer „Betriebsblindheit“, die gewisse Qualitätsmängel und unerwünschte Ergebnisse der Arbeit übersieht. Das **Peer-review-Verfahren** ist eine Antwort auf diese Kritik. Das Peer-review-Verfahren soll Projekten ermöglichen, auf systematische Weise kritische Rückmeldungen zu ihrer bestehenden Praxis oder zu geplanten Interventionen von Kollegen aus anderen Einrichtungen einzuholen. In Anlehnung an das Konzept des *judicial review* vom britischen Wissenschaftler Keith Tones (1997)⁴ wird die Präventionsstrategie in einem spezifischen Projekt von Peers (Fachleuten aus dem gleichen Arbeitsfeld) ausgewertet. Nach festgelegten Plausibilitätskriterien werden die Angemessenheit und Wirksamkeit der Strategie beurteilt und Vorschläge zu deren Verbesserung erarbeitet. Um dieses Konzept in die Praxis umzusetzen, müssen zunächst entsprechende Strukturen und Kriterien entwickelt werden (vgl. Wright 2003, 2004). Das Ziel solcher Verfahren soll nicht die Verbreitung standardisierter Interventionen, sondern die Setzung von Maßstäben für lokal entwickelte und gesteuerte Strategien sein. Demnach hat das Verfahren eine „diagnostische“ Funktion, um Rückmeldungen zu Stärken und Schwächen der vorgestellten Präventionsarbeit zu geben und Empfehlungen für die Verbesserung von Maßnahmen zu formulieren.

Die Teilnahme an allen Angeboten wird freiwillig und kostenlos sein. Die individuellen Baukästen können einzeln oder in Kombination in Anspruch genommen werden.

⁴ Das Konzept des *judicial review* sieht vor, dass Aussagen über die Angemessenheit und Wirksamkeit einer Intervention analog zu einem Gerichtsurteil getroffen werden. Richter arbeiten nicht nach wissenschaftlichen Maßstäben des Beweises, sondern treffen Urteile in einem vorgegebenen Rahmen nach festgelegten Plausibilitätskriterien. Viele Informationsquellen werden dabei berücksichtigt, und die Verlässlichkeit jeder Quelle wird überprüft, um komplexe Sachverhalte zu klären.

Vorschlag zur Umsetzung der Unterstützungsmaßnahmen:

Das Baukastensystem wird von der Deutschen AIDS-Hilfe in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin aufgebaut. Über zwei Jahre hinweg wird die Grundstruktur für die Angebote in folgenden Arbeitsschritten festgelegt:

Arbeitsschritt 1: Durchführung von Workshops und Entwicklung des Handbuchs

Innerhalb dieser beiden Jahre werden 6 Workshops durchgeführt (3 Workshops pro Jahr). Jeder Workshop wird einem Handlungsfeld gewidmet. Die Inhalte der Workshops werden gleichzeitig die Basis für die entsprechende Seite des Handbuchs darstellen. Die inhaltliche Verknüpfung der Workshops mit dem Handbuch erfordert, dass die Entwicklung jedes Workshops mit dem Aufbau der entsprechenden Internetseiten begleitet wird, damit unmittelbar nach der Veranstaltung alle Ressourcen im Internet zur Verfügung stehen können. Die Inhalte der Workshops und der Internetseiten werden gemeinsam von der Deutschen AIDS-Hilfe und dem WZB entwickelt. Die Internetseite wird von der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe oder einer designierten Mitgliedsorganisation gestaltet und technisch betreut.

Arbeitsschritt 2: Aufbau eines Wissenschaftler-Netzwerkes

Um die wissenschaftliche Kapazität des Projekts zu maximieren und auch regionale Kompetenzen in der Umsetzung des partizipativen Ansatzes in der Qualitätssicherung und Evaluation zu unterstützen, wird ein Netzwerk von Wissenschaftlern aufgebaut. Wissenschaftler, die sich bereit erklären, in Zusammenarbeit mit den WZB-Mitarbeitern und den AIDS-Hilfe-Organisationen partizipative Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation weiter zu entwickeln, werden zur Teilnahme am Netzwerk eingeladen. Dieses Netzwerk wird von den WZB-Mitarbeitern koordiniert.

Arbeitsschritt 3: Individuelle Beratung für AIDS-Hilfe-Organisationen

Die im Rahmen der Bestandsaufnahme besuchten 12 AIDS-Hilfe-Organisationen werden als erste eingeladen, an dieser nächsten Phase teilzunehmen. Jeder Einrichtung wird eine Beratung zu denen im Rahmen des Projektbesuches genannten Problemen in der Qualitätssicherung und Evaluation angeboten. Der Kontakt zwischen Wissenschaftlern und Projekt wird in den ersten Monaten der Zusammenarbeit besonders intensiv sein. Nachdem entsprechende Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen erfolgreich installiert worden sind, wird der Wissenschaftler nach Bedarf „abrufbar“ sein. Die Anzahl der AIDS-Hilfe-Organisationen, die beraten werden können, ist vom Umfang des Wissenschaftler-Netzwerks abhängig: Je mehr Wissenschaftler aus verschiedenen Regionen Deutschlands mitarbeiten, um so größer wird die Kapazität sein, die eine längerfristige Zusammenarbeit mit einer größeren Anzahl an AIDS-Hilfe-Organisationen ermöglicht.

Arbeitsschritt 4: Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten

Durch eine Kooperation zwischen dem Robert-Koch-Institut und dem WZB werden AIDS-Hilfe-Organisationen die Möglichkeit bekommen, in Gesprächen mit Wissenschaftlern ihre Fragen zu den epidemiologischen Entwicklungen in ihrer Kommune oder Region zu klären

sowie die Anwendung von epidemiologischen Zahlen für die Planung und Steuerung der Präventionsarbeit zu diskutieren.

Arbeitsschritt 5: Ein Peer-review-Verfahren entwickeln und erproben

Bei der Entwicklung und Erprobung dieses Verfahrens werden u. a. folgende Fragen der Machbarkeit und der Akzeptanz im Mittelpunkt stehen:

- Wer soll dem Peer-review-Gremium angehören?
- Wie können Projekte für eine Teilnahme am Peer-review-Verfahren gewonnen werden?
- Wie sollen Projekte vorgestellt und beurteilt werden?
- In welcher Form soll das Feedback mitgeteilt werden?
- Wie können Feedbackprozesse in die örtliche Qualitätsentwicklung integriert werden?

Mit Zeit soll ein Peer-review-Verfahren für jedes Arbeitsfeld je nach Zielgruppe (z.B. homosexuelle Männer) oder Setting (Primärprävention in Schulen) eingerichtet werden. Es wird im vorgesehenen Zeitraum mit dem Arbeitsfeld begonnen, in dem sich der größte Bedarf und das meiste Interesse an einem solchen Verfahren herausstellen. Erst nach der Etablierung eines Verfahrens in dem ausgewählten Bereich, wird das Modell auf andere Arbeitsfelder übertragen.

Literatur

Allman, D.; Myers, T.; Cockerill, R. (1997) Concepts, definitions and models for community-based HIV prevention research in Canada. Toronto: University of Toronto.

Block, M (2005) Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention deutscher AIDS-Hilfe-Organisationen. Unveröffentlichtes Manuskript.

Christiansen, G. (1999) Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 8, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Bonn: BZgA.

Dowsett, G.; McInnes, D.; Mitchell, A. (2000) Community-based HIV social research: Possibilities, difficulties and potentials. 13. Internationale Aids-Konferenz, Durban/Südafrika. Abstract-Nr. WeOrD512.

Heiner, M. (1994) (Hg.) Selbstevaluation als Qualifizierung in der Sozialen Arbeit. Fallstudien aus der Praxis. Freiburg: Lambertus.

International Network for Community-Based Research on HIV/AIDS (INCBR) (2000) Communities creating knowledge: A consensus statement on community-based research. INCBR.

Israel, B.A.; Schulz, A.J.; Parker, E.A.; Becker, A.B. (1998) Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Ann. Rev. Public Health*, 19: 173-202.

Kessels, J. (2001) Die Macht der Argumente. Die sokratische Methode der Gesprächsführung in der Unternehmenspraxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

König, J. (1998) „Wie gut sind wir eigentlich?“ Kleiner Praxisleitfaden zur Selbstevaluation in der Sozialen Arbeit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30 (2/3): 181-200.

McClure, C.; Bresalier, M.; Gillis, L.; McCoy, L.; Mykhalovskiy, E.; Taylor, D.; Webber, M. (2000) Exploring the health work of people living with HIV/AIDS through community-based research. 13. Internationale Aids-Konferenz, Durban/Südafrika. Abstract-Nr. WeOrD513.

Nationaler AIDS-Beirat (2004) Votum des Nationalen AIDS-Beirats vom 12.10.2004 zum Thema „Prävention vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen“. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS).

Patton, M.Q. (1987) How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park: Sage Publications.

Raupach-Strey, G. (1997) Das sokratische Gespräch. Vernunftgebrauch in der Tradition von Leonard Nelson und Gustav Heckmann. *Ethik und Unterricht*, Heft 2.

Rosenbrock, R. (2004) Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. *Zeitschrift für Evaluation*, Heft 1: 71-80.

Schneider, U. (1980) Sozialwissenschaftliche Methodenkrise und Handlungsforschung. Methodische Grundlagen der Kritischen Psychologie. Frankfurt/New York: Campus.

Springett, J. (2003) Issues in participatory evaluation. In: M. Minkler; N. Wallerstein (Hg.) Community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass: 263-288.

Stark, W. (2003) Partizipation – Mitwirkung und Mitentscheidung der BürgerInnen. In: P. Franzkowiak u. a. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In der Reihe „Blickpunkt Gesundheit“, Band 6, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo: 170-172.

Tones, K. (1997) Beyond the randomized control trial: a case for “judicial review.” Health Education Research; 12(2): i-iii.

WHO/Health Canada/CDC (1998) Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers. Kopenhagen: WHO Regional Office.

Wright, MT (2003) Wie kann die innovative Präventionsarbeit im Nichtregierungssektor evaluiert werden? Die AIDS-Hilfen als Beispiel. In: Luber, E.; Geene, R. (Hg.) Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Berlin: Mabuse-Verlag: 127-133.

Wright, MT (2004) Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In: R. Rosenbrock; M. Bellwinkel; A. Schröer (Hg.) Primäre Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW für Neue Wissenschaft: 297-346.

Anhang

Anhang 1: Fragebogen

Anhang 2: Projektüberblick (12 besuchte Projekte)

Anhang 3: Interviewleitfaden

FRAGEBOGEN

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

Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für

Sozialforschung

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

M. Block Tel. 030-25491549 bzw. block@wz-berlin.de

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

I HIV / AIDS-Primärprävention

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

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

Ja Nein

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

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

Ja Nein

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

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

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

Inhaltliche Verlagerung der Arbeitsschwerpunkte seit (Jahr) _____

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

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

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

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

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

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

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

II Kapazität der Einrichtung / Beratungsstelle

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

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

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

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

Um das Ausfüllen zu erleichtern, hier ein Rechenbeispiel:

Eine volle Stelle für Primärprävention (~aufgerundet auf 40 Std.), plus 25% einer vollen Stelle für Telefonberatung (~aufgerundet auf 10 Std.), plus 20% einer halben Stelle für Schoolwork (~aufgerundet auf 5 Std.) ergeben 55 Stunden für Primärprävention insgesamt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quelle	Regelmäßig	Selten	Niemals
Internet			
Fortbildungen von der Deutschen AIDS-Hilfe			
Fortbildungen von anderen Anbietern			
Bücher, Fachpublikationen			

Externe Beratung, Workshops zur Organisationsentwicklung			
Kooperation / Austausch mit anderen Einrichtungen aus demselben Arbeitsfeld			
Andere: _____			

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

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

Bitte gewichten Sie:

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

1. <u>Bedarfsklärung</u> <u>in Form von:</u>	H Ä U F I G K E I T			W U N S C H
	Häufig benutzt	Gelegentl. benutzt	Gar nicht benutzt	Gewich- -tung 1 oder 2 oder 3
Offiziellen AIDS- Statistiken (RKI)				
Daten von Kooperationspartn ern: Ärzte, Krankenhäuser, Gesundheitsämter				
Befragung von Nutzer/innen und Zielgruppen der Arbeit				
Andere: _____				

Nun möchten wir wissen, wie häufig Sie Leitlinien⁵ benutzen und welche Wünsche Sie dazu haben. Links geben Sie bitte wieder Häufigkeit und rechts die Gewichtung Ihres Wunsches nach Begleitung, Fortbildung bzw. sie systematischer anwenden zu können, an.

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

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

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

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

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

⁵ Als *Leitlinien* liegen z.B. von der DAH Materialien zur Telefonberatung, zur akzeptierenden Drogenarbeit, zur Arbeit in Haft, zur Vorort-Arbeit in der schwulen Szene, zum Ehrenamtsmanagement und zur Internetberatung vor.

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

5. <u>Ergebnismessung</u>	H Ä U F I G K E I T			WUNSCH
	Häufig genutzt	Gelegentl. angewen- det	Gar nicht benutzt	Gewich- -tung 1 oder 2 oder 3
Feststellung der Akzeptanz der Angebote				
Überprüfung der Zielerreichung				
Strategieplanung im Team				
Andere:				

IV Partizipatorische Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung

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

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

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

12. Partizipatorische Ansätze in der Evaluation und Qualitätssicherung

Bitte wählen Sie je Frage eine Antwortmöglichkeit aus!

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

- Ja
 Ich bin mir nicht sicher
 Nein

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

- Sehr wichtig
 Weniger wichtig
 Überhaupt nicht wichtig

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

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

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

- Ja
 In Ansätzen
 Nein

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

- Ja
 Nicht unbedingt notwendig
 Nein

13. Das Beste zum Schluss!

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

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

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

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

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

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

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

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

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

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

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

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

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

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

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

Stimme überhaupt nicht zu weder/noch Stimme vollkommen zu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI: Angaben zur Einrichtung / Profil

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

Name der Beratungsstelle

Postleitzahl

Bundesland

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

Arbeitsschwerpunkt

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

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

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

Bitte **senden** Sie den ausgefüllten Fragebogen in einem frankierten Rückumschlag **bis zum 31.08.2004** zurück an:

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

Herzlichen Dank!

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

Projektüberblick (12 besuchte Projekte)

Einrichtung	Ort	Schwerpunkte der Präventionsarbeit	Anzahl der Einzelgespräche	Anzahl der Gruppengespräche	Wöchentliche Arbeitszeit (umgerechnet in Vollzeitstellen)	Anteil an Festfinanzierung	geschätzter Anteil an Präventionsarbeit
AIDS-Hilfe Bielefeld	Bielefeld	Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen, aufsuchende Arbeit in der Drogenszene/ Prostitutionsszene, Veranstaltungen und Einzelbetreuung in JVA, Veranstaltungen für Jugendliche, Beratungsangebot für Migrant(inn)en	5	1	6,2	83 %	45 %
AIDS-Hilfe Düsseldorf	Düsseldorf	aufsuchende Arbeit in der Drogenszene/ Prostitutionsszene, Veranstaltungen und Einzelbetreuung in JVA, Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen, aufsuchende Arbeit in der Partyszene, Veranstaltungen für Jugendliche, Coming-out-Gruppe für schwule Jugendliche	6	1	11,2	95 %	35 %
AIDS-Hilfe Leipzig	Leipzig	Infostände, Veranstaltungen für Jugendliche, Gesprächsgruppen für Migrant(inn)en, Veranstaltungen und Einzelbetreuung in JVA, Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen	3	1	5,1	79 %	35 %
AIDS-Hilfe Stuttgart	Stuttgart	Infostände, Anlaufstelle und aufsuchende Arbeit für Stricher, Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen, Veranstaltungen für Jugendliche, Veranstaltungen und Einzelbetreuung in JVA	6	2	9,5	100 %	13 %
Sperrgebiet	Hamburg	Anlaufstelle und aufsuchende Arbeit für Mädchen und junge Frauen in der Prostitution	6	1	9,6	78 %	16 %
Fixpunkt e. V., Mobilix	Berlin	Aufsuchende Arbeit in der Drogenszene	4	1	10,7	90 %	100 %
Hannöversche AIDS-Hilfe	Hannover	Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen, Veranstaltungen und Einzelbetreuung in JVA, aufsuchende Arbeit in der Drogenszene	5	0	6,5	76 %	35 %
Hein und Fiete	Hamburg	Infoladen und Vor-Ort-Arbeit für schwule Männer	4	1	4,8	57 %	100 %
hin und wech, AIDS-Hilfe Landesverband Niedersachsen	Hannover	Landesweites Projekt für die Planung und Koordinierung von Präventionsarbeit für schwule Männer	4	1	1,0	100 %	100 %
Looks e.V.	Köln	Anlaufstelle und aufsuchende Arbeit für Stricher	4	1	4,2	56 %	75 %
manCheck	Berlin	Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen	2	1	3,6	100 %	100 %
Münchner AIDS-Hilfe	München	Vor-Ort-Arbeit in schwulen Szenen, Veranstaltungen und Einzelbetreuung in JVA, aufsuchende Arbeit in der Drogenszene, Veranstaltungen für Jugendliche	5	1	15,2	83 %	40 %
			Gesamt: 54	Gesamt: 12	Durchschnitt:7,3	Durchschnitt:83 %	Durchschnitt:58 %

Bemerkungen:

Einzelberatungen (ob telefonisch, persönlich oder elektronisch) als Bestandteil der laufenden Projektarbeit, Multiplikatorenarbeit sowie Selbsthilfegruppen sind in dieser Auflistung nicht berücksichtigt.

Eine Vollzeitstelle wurde mit 38,5 Wochenstunden berechnet.

Die dargestellten Arbeitszeiten berücksichtigen ausschließlich hauptamtliche Mitarbeiter.

Interviewleitfaden

Angaben zum Gesprächspartner

- Stelle/Rolle im Projekt
- Präventionstätigkeit(en)
- Seit wann in der Primärprävention tätig
- Ausbildung

Fragen:

- 1) Was heißt Qualität in der Primärprävention?
 - a) Was fördert, was hindert Qualität in der Primärprävention?
 - b) Was brauchen Sie, um Qualität in der primärpräventiven Arbeit zu gewährleisten?
- 2) Wie sollen die Auswirkungen primärpräventiver Maßnahmen geprüft werden?
 - a) Was brauchen Sie, um die Auswirkungen primärpräventiver Maßnahmen zu überprüfen?
- 3) Welche Erfahrungen haben Sie in der Qualitätssicherung und Evaluation von primärpräventiven Angeboten schon gemacht?
 - a) Welche Hilfe „von außen“ hat Ihrer Einrichtung in der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen bisher geholfen? Was hat nicht geholfen?