

BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE E. V. UND  
CARITAS BEHINDERTENHILFE UND PSYCHIATRIE E. V. (HG.)

## **PPQ: ProPsychiatrieQualität**

Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement





BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE E.V. UND  
CARITAS BEHINDERTENHILFE UND PSYCHIATRIE E.V. (HG.)

## **PPQ: ProPsychiatrieQualität**

Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

**Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (Hg.). PPQ: ProPsychiatrieQualität. Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement.**

ISBN 978-3-88414-474-9

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2009

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

<b>Vorwort</b>	9
<b>1 Qualitätsverständnis mit ethisch-fachlichen Leitzielen</b>	12
1.1 Von der Qualität zur Qualitätsentwicklung	13
1.2 Qualitätsverständnis von PPQ	17
1.2.1 Leitzielorientierung	18
1.2.2 Beteiligungsorientierung	23
1.2.3 Ressourcenorientierung	24
1.2.4 Handlungs- und Umsetzungsorientierung	24
1.3 Literatur	27
<b>2 Die Qualitätsmanagement-Konzeption von ProPsychiatrieQualität</b>	30
2.1 Die PPQ-Managementkonzeption in sieben Thesen	32
2.2 Implementierung von ProPsychiatrieQualität (PPQ)	38
2.2.1 PPQ-Checkliste zur Gestaltung von QM-Prozessen	38
2.2.2 Leitzielorientierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren als Einstieg in die Qualitätszirkelarbeit die Arbeit mit der PPQ-Matrix	39
2.2.3 Die Strukturierten Qualitätsberichte – Audit-Checklisten zur Selbst- und Fremdevaluation	40
2.2.4 Aufbau einer Qualitätsmanagement-Dokumentation: Entwicklung eines PPQ-Handwerksbuchs	41
2.3 PPQ in anderen Arbeitsfeldern am Beispiel der Behindertenhilfe	43
2.3.1 Der Empowerment-Ansatz in der Behindertenhilfe	43
2.3.2 Hilfeplanung und Hilfestaltung	44
2.3.3 Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer	44
2.3.4 Beteiligung der Angehörigen	46
2.3.5 Gemeinwesenorientierung	47
2.3.6 Organisations- und Personalentwicklung	47
2.4 Literatur	48
<b>3 Bausteine einer internen Qualitätsmanagement-Konzeption: Ausgewählte Maßnahmen und Instrumente</b>	51
3.1 Hilfeplanung, Hilfestaltung und Evaluation	51
3.1.1 Aktueller Stand der Fachdiskussion	52
3.1.2 Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) und darauf aufbauende Systeme der Hilfeplanung	55
3.1.3 Erfassung des Hilfebedarfs und Bildung von Hilfebedarfsgruppen nach dem Metzler-Verfahren	56

3.1.4	Hilfepankonferenzen als Instrumente regionaler Steuerung	58
3.1.5	Implementierung eines EDV-gestützten Klientendokumentations- und Hilfeplanungssystems	60
3.1.6	Datenschutzrechtliche Erfordernisse der individuellen Hilfeplanung	62
3.1.7	Ergebnisevaluation	62
3.1.8	PPQ-Qualitätsindikatoren zur Hilfeplanung, Hilfestaltung und Evaluation	63
3.1.9	Literatur	63
3.2	Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen	64
3.2.1	Trialog – Grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur des PPQ-Systems	65
3.2.2	Trialog-Foren und Psychoseseinare	66
3.2.3	Empowerment – Selbstbefähigung fördern und unterstützen	68
3.2.4	Recovery – Genesung ist möglich. Hoffnung macht Sinn!	70
3.2.5	Anti-Stigma-Arbeit	72
3.2.6	Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger zur Entwicklung von Empowerment und Recovery	74
3.2.7	Psychiatrie-Erfahrene als Lehrende, Mitarbeitende, Praktikantinnen und Praktikanten	76
3.2.8	Beschwerde- und Verbesserungsmanagement – Unabhängige trialogische Beschwerdestellen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)	77
3.2.9	PPQ-Qualitätsindikatoren zur Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen	79
3.2.10	Literatur	80
3.3	Beteiligung der Angehörigen	81
3.3.1	Ansätze der Angehörigenarbeit	81
3.3.2	Angehörigengruppen	83
3.3.3	Angehörigenbefragungen	83
3.3.4	PPQ-Qualitätsindikatoren zur Beteiligung der Angehörigen	84
3.3.5	Literatur	85
3.4	Gemeinwesenorientierung	86
3.4.1	Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit und Sozialpsychiatrie	87
3.4.2	Gemeinwesenorientierung als eine wesentliche Leistungsdimension für die Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Arbeit	88
3.4.3	Förderung sozialer Inklusion und Partizipation – Anregung bürgerschaftlichen Engagements	90
3.4.4	Kooperation und Vernetzung in gemeindepsychiatrischen Verbänden	92
3.4.5	Gestaltung des regionalen Raumes	93
3.4.6	Gemeinwesenorientierte Qualitätsentwicklungsverfahren	94
3.4.7	PPQ-Qualitätsindikatoren zur Gemeinwesenorientierung	96
3.4.8	Literatur	97

3.5	Organisationsentwicklung und Projektmanagement	97
3.5.1	Definition und Verständnis von Organisationsentwicklung	98
3.5.2	Prinzipien einer Organisationsentwicklung nach PPQ	99
3.5.3	Gestaltung der Organisationsentwicklung	103
3.5.4	Organisationsentwicklung durch Projektmanagement (PM)	108
3.5.5	Beispiele für Projektthemen aus der Weiterbildung »Pro Psychiatrie Qualität – Transfer in die Praxis«	115
3.5.6	PPQ-Qualitätsindikatoren zur Organisationsentwicklung	116
3.5.7	Literatur	117
3.6	Personalentwicklung als Baustein des Qualitätsmanagements	118
3.6.1	Stellenwert und Rahmenbedingungen der Personalentwicklung in PPQ	118
3.6.2	Systematische Personalentwicklung als Bestandteil des Qualitätsmanagements	120
3.6.3	Instrumente der Personalentwicklung	121
3.6.4	PE-Maßnahmengestaltung und Bildungscontrolling	128
3.6.5	PPQ-Qualitätsindikatoren zur Personalentwicklung	128
3.6.6	Literatur	129
<b>4</b>	<b>Qualitätsbewertung und Kompatibilität mit anderen QM-Systemen</b>	<b>132</b>
4.1	Verfahren der externen Qualitätsprüfung und Qualitätsbewertung	133
4.1.1	Interne Qualitätsbewertung	133
4.1.2	Externe Qualitätsbewertung	134
4.2	Externe Qualitätsprüfung und -bewertung auf der Basis von PPQ	134
4.2.1	Integration interner und externer Qualitätsprüfung und -bewertung	135
4.2.2	PPQ-Qualitätsindikatoren zu Verfahren der externe Qualitätsprüfung und -bewertung	136
4.3	PPQ-Kompatibilität zu anderen QM-Systemen	137
4.3.1	Kontinuierliche Verbesserung (KVP) und die Philosophie des Total Quality Management (TQM/EFQM)	137
4.3.2	DIN EN ISO 9000:2005	140
4.3.3	Balanced Scorecard (BSC) auf der Basis DIN EN ISO	143
4.3.4	Literatur	146
<b>5</b>	<b>Rechtsgrundlagen zur Qualitätssicherung</b>	<b>148</b>
5.1	Rechtliche Vorgaben zur Qualitätssicherung, die für soziale und gesundheitliche psychiatrische Hilfen maßgebend sind	150
5.1.1	Sozialgesetzbücher I und X	150
5.1.2	SGB II: Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende	151
5.1.3	SGB V: Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung	152
5.1.4	SGB VI: Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung	153

5.1.5	SGB VIII: Sozialgesetzbuch – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfegesetz	153
5.1.6	SGB IX: Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	154
5.1.7	SGB XI: Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung	154
5.1.8	SGB XII: Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe	155
5.1.9	Bundesempfehlung gemäß § 79 Abs. 2 SGB XII	155
5.1.10	Heimgesetz	157
<b>Glossar</b>		158
	Literatur	167
<b>Abbildungsverzeichnis</b>		168
<b>Autorinnen und Autoren</b>		169

## Vorwort

Die Psychiatriefachverbände »Bundesverband evangelische Behindertenhilfe« (BeB) und der Bundesfachverband »Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie« (CBP) haben ihr 1998 erstmals veröffentlichtes Handbuch »ProPsychiatrieQualität« (PPQ) in den letzten Jahren zu einem umfassenden System des leitzielorientierten Qualitätsmanagements weiterentwickelt.

PPQ ist ein zunächst spezifisch für den Bereich der Sozialpsychiatrie entwickeltes Qualitätsmanagementsystem. Es basiert auf sozialem ethischen Leitzielen, die Ausgangspunkt aller Bemühungen um eine systematische Qualitätsentwicklung sind. Dazu gehört eine konsequente Orientierung aller Beratungs-, Behandlungs- und Hilfeprozesse am Dialog, was die Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf gleicher Augenhöhe mit den Helferinnen und Helfern als sozialpsychiatrischen Anspruch und als Zielperspektive meint. Stand Ende der 90er-Jahre zunächst die Gestaltung interner fachlicher Qualitätsentwicklungsprozesse im Vordergrund, wurde PPQ inzwischen zu einem umfassenden Qualitätsmanagementsystem für Dienste, Einrichtungen und Verbundsysteme im Bereich der Sozialpsychiatrie und anderer Hilfesysteme (z. B. Suchthilfe, Behindertenhilfe) weiterentwickelt.

Im vorliegenden, grundlegend neu bearbeiteten Handbuch wird Qualitätsmanagement als umfassendes Leitungskonzept verstanden, das alle Bereiche eines sozialen Dienstes bzw. einer Einrichtung umfasst, orientiert an definierten Leitzielen einer systematischen Qualitätsentwicklung. PPQ setzt ein klares Bekenntnis der Leitungsverantwortlichen für die strategische Ausrichtung, die Prozessgestaltung und die Ergebnissicherung der Qualitätsentwicklung voraus. Qualitätsmanagement (QM) wird nicht als rationalistische Planungs- und Entwicklungsstrategie von »oben« verstanden, sondern als kooperativer Entwicklungsprozess, in dem sich Leitungsverantwortung, Gestaltungsmöglichkeiten von Mitarbeitenden und die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf allen Ebenen der Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation wechselseitig bedingen und beeinflussen.

In den verschiedenen Qualitätsdimensionen sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen werden Qualitätsindikatoren formuliert, die für eine an PPQ orientierte Praxis stehen. Ausdrücklich soll PPQ die Einbindung der Dienste und Einrichtungen in Verbundsysteme befördern. Die Qualität sozialpsychiatrischer Hilfeprozesse hängt in komplexen Systemen nicht mehr von einzelnen Diensten oder einer einzelnen Einrichtung ab. Qualitätsentwicklung aus der Perspekti-

ve der Nutzerinnen und Nutzer betrachtet, ist immer Ergebnis kooperativer Netzwerke. PPQ wird deshalb auch als Instrument der Qualitätsentwicklung in Verbundsystemen genutzt.

Die Nutzerfreundlichkeit von PPQ wird mit dieser Neuauflage durch die Kombination eines Grundlagentextes in Buchform und der laufend aktualisierten Präsentation anwendungsorientierter Qualitätsmethoden und -instrumente auf der Internetseite [www.ppq.info](http://www.ppq.info) ständig verbessert. Auf diese Weise bleibt die Pflege und Entwicklung des QM-Systems ProPsychiatrieQualität auf der Agenda der Bundesfachverbände.

Die Weiterentwicklung von PPQ wäre ohne die erneute finanzielle Förderung durch die beiden Fachverbände und vor allem durch die Lotterie Glücksspirale nicht möglich gewesen. Dafür sind wir zu herzlichem Dank verpflichtet. Ein besonderer Dank gilt auch allen Mitgliedern der bundesweiten PPQ-Projektgruppe, die in einer inzwischen mehrjährigen Arbeit PPQ mit Kompetenz, Leidenschaft und Kreativität entwickelt, erprobt und ausgearbeitet haben.

*Michael Conty, Vorsitzender Bundesverband  
evangelische Behindertenhilfe e. V.*

*Dr. Elisabeth Kludas, 1. Vorsitzende Caritas Behindertenhilfe  
und Psychiatrie e. V.*

# 1 Qualitätsverständnis mit ethisch-fachlichen Leitzielen

1	Qualitätsverständnis mit ethisch-fachlichen Leitzielen	12
1.1	Von der Qualität zur Qualitätsentwicklung	13
1.2	Qualitätsverständnis von PPQ	17
1.2.1	Leitzielorientierung	18
1.2.2	Beteiligungsorientierung	23
1.2.3	Ressourcenorientierung	24
1.2.4	Handlungs- und Umsetzungsorientierung	24
1.3	Literatur	27

# 1 Qualitätsverständnis mit ethisch-fachlichen Leitzielen

## Abstract

ProPsychiatrieQualität (PPQ) entwickelt sein ganzheitliches Qualitätsverständnis aus den Anforderungen der Anspruchsgruppen (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, professionell Mitarbeitende, Leistungserbringer, Leistungsträger, Gemeinwesen) an sozialpsychiatrische Dienstleistungen und erweitert den Qualitätsbegriff der DIN EN ISO 9000:2005 inhaltlich. Ausgehend vom interaktiven Charakter der Hilfen, die immer wieder neu zwischen den Mitarbeitenden und einem Hilfe suchenden Menschen ausgehandelt werden, orientiert sich die Qualitätsentwicklung an den folgenden sieben fachlich-ethischen Leitzielen:

- Würde achten – Rechte sicherstellen
- Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken
- Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit übernehmen
- Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen
- Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten
- Leiden und Symptome vermindern
- mit Ressourcen nachhaltig umgehen.

Eine Werte-Matrix verknüpft die Leitziele systematisch mit der Beschreibung der unterschiedlichen Leistungsprozesse im Rahmen des sozialpsychiatrischen Angebotsspektrums: von der Kontaktaufnahme über die Planung der Hilfen bis zur Koordination der Dienstleistungen im Einzelfall. Personaleinsatz, -organisation und -qualifikation werden ebenso einbezogen wie die Leistungsdokumentation, das Finanzwesen, die Öffentlichkeits- und Gemeinwesenarbeit. Das Arbeitsinstrument der Matrix ermöglicht zum einen die ethische Reflexion der fachlichen Arbeit, zum anderen lassen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln Indikatoren für die Qualität in den für das jeweilige Angebot wesentlichen Prozessen formulieren. Eine Qualitätsbeschreibung unter aktiver Beteiligung aller relevanten Bezugsgruppen ist ein Gewinn für jeden Dienst und jede Einrichtung in der Sozialpsychiatrie.

Die bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfequalität wird über die Beteiligungsorientierung im dialogischen Diskurs von professionell Mitarbeitenden, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen entwickelt. Die Ressourcenorientierung des PPQ-Qualitätsbegriffs unterstützt die psychisch erkrankten Menschen in ihrer Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit und ihren persönlichen Stärken. Als praxisintegriertes Qualitätssys-

tem verknüpft ProPsychiatrieQualität mit den im Internet zur Verfügung gestellten Instrumenten die »Kunden«-Prozesse mit den Organisationsprozessen der Leistungserbringer. Auf diese Weise wird die Reflexion und Selbstbewertung von sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und Gemeindepsychiatrischen Verbänden gefördert und die Entwicklung von regionalen Qualitätsstandards ambulanter und stationärer Komplexleistungen vereinheitlicht. Transparente Leistungen führen zu angemessener »Verpreislichung« und Wettbewerb auf vergleichbarem Niveau. Um die »Anschlussfähigkeit« von PPQ an die rechtlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen, lassen sich die mithilfe der PPQ-Matrix entwickelten leitzielorientierten Qualitätsindikatoren jederzeit auf die in den Rechtsnormen zur Qualität üblichen Qualitätsdimensionen nach Donabedian von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurückführen.

Die Vielzahl von Begriffen, Konzepten, Modellen und Verfahrensweisen in der gegenwärtigen Diskussion über Qualität und Qualitätsentwicklung lässt erkennen, dass der Diskurs in der Fachöffentlichkeit und in der Gesellschaft sowohl auf die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben zum Qualitätsmanagement reagiert als auch die besonderen Interessenlagen der verschiedenen Akteure widerspiegelt. Auf die Arbeitsfelder der Sozialpsychiatrie übertragen wird deutlich, dass beispielsweise Klientinnen und Klienten zur Bewertung der Güte einer Leistung andere Kriterien heranziehen als Leistungsträger. Die Antwort auf die Frage, was unter der Qualität einer sozialpsychiatrischen Dienstleistung zu verstehen ist, setzt also eine begriffliche, fachliche, ethische und politische Bewertung und Positionsbestimmung voraus. Jedes Qualitätssystem bedarf deshalb einer Verständigung darüber, wer auf welcher Grundlage wie Kriterien und Leitziele der Qualitätsbewertung definiert.

## 1.1 Von der Qualität zur Qualitätsentwicklung

Zur Definition des Begriffs Qualität<sup>1</sup> gibt es unterschiedliche Zugänge: Im allgemeinen Sprachgebrauch wird er oft als Synonym für die Güte einer Dienstleistung oder eines Produktes verwendet; im Bereich der Technik und Produktion hebt man dagegen mehr auf die quantitativ erfassbare Übereinstimmung von Ist und Soll eines Produktes ab, im Idealfall also auf die Übereinstimmung von gemessenen Produkteigenschaften mit den zuvor definierten Erfordernissen.

Die europaweit gültige DIN EN ISO 9000:2005 definiert Qualität als den »Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt«<sup>2</sup>. Das Wort

1 Qualität: lat.: qualitas = Beschaffenheit, Merkmal

2 Deutsche Gesellschaft für Qualität (2008)

»inhärent« verweist darauf, dass die Eigenschaften der Qualität »innewohnen«, also untrennbarer Bestandteil von Qualität sind.

ProPsychiatrieQualität (PPQ) konkretisiert diesen Qualitätsbegriff der DIN EN ISO 9000:2005 für sozialpsychiatrische Hilfen. Deren wesentliche Besonderheit besteht darin, dass sie in der Interaktion zwischen professionellen Mitarbeitenden und Hilfe suchenden Menschen immer wieder neu entstehen. Die Hilfestellung hat also einerseits einen interaktiven Prozesscharakter und ist auf Entwicklung angelegt; andererseits ist sie subjektiven Bewertungen der Beteiligten unterworfen, die auch unterschiedlich ausfallen können. Bei der Qualität von sozialpsychiatrischen Dienstleistungen kommt es nach PPQ auf die in der folgenden Grafik dargestellten »inhärenten Merkmale« an:

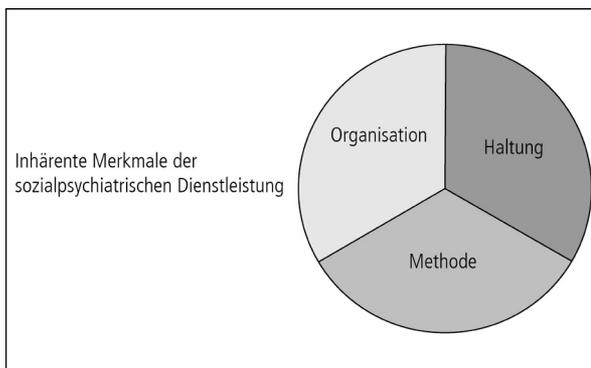


Abb. 1: Qualitätsmerkmale der sozialpsychiatrischen Dienstleistung<sup>3</sup>

Beispielhaft lassen sich diese Merkmale konkretisieren:

- Methode: ressourcenorientierte Therapie- und Hilfeplanung; Führung eines Beratungsgesprächs nach fachlichen Kriterien;
- Haltung: ethische Orientierung; Menschenbild; Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Klientinnen und Klienten;
- Organisation: Sicherstellung eines fachkompetenten Managements der Trägerorganisation; sach- und fachgerechte Organisationspläne sowohl hinsichtlich Aufbau- als auch Ablauforganisation; Stellenprofile und Personalentwicklung.

Für den psychisch erkrankten Menschen und seine nächsten Angehörigen ist eine fachlich qualifizierte Unterstützung und Begleitung elementar. Gleiches gilt für das Management der Trägerorganisation, die ihre Aufbau- und Ablauforganisation auf die kompetente Erbringung der Dienstleistung durch ihre professionellen Mitarbeitenden ausrichtet. Der Qualitätsbegriff hat über die

<sup>3</sup> Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg., 1996)

unmittelbare Dienstleistung hinaus insofern auch für die Trägerorganisation eine direkte Bedeutung.<sup>4</sup> Das im Qualitätsverständnis von PPQ entscheidende Merkmal der sozialpsychiatrischen Hilfen ist die Haltung der Mitarbeitenden, die sich an fachlich-ethischen Leitzielen ausrichtet (vgl. 1.2). In der aktuellen Qualitätsdiskussion werden Haltungsfragen und ethische Aspekte häufig vernachlässigt, wodurch Qualität meist einseitig aus methodischer oder organisatorischer Sicht definiert wird. Eine umfassende Qualitätsbetrachtung basiert jedoch auf der Berücksichtigung aller drei Qualitätsmerkmale.

Ein weiterer Aspekt der Definition von Qualität nach DIN EN ISO 9000:2005 betrifft die Anforderungen an die Dienstleistungsqualität sozialpsychiatrischer Hilfen. Aus Sicht von PPQ müssen bei der Qualitätsbewertung die teils unterschiedlichen und teils gegensätzlichen Interessen der verschiedenen Beteiligten einfließen. Gegensätzliche Anforderungen an die Qualität der Hilfestellung können nur durch einen gleichberechtigten Diskurs der Beteiligten mit dem Ziel aufgelöst werden, sich auf intersubjektiv verhandelte Anforderungen zu verständigen (vgl. 1.2). Der in der Sozialpsychiatrie entwickelte Dialog zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Mitarbeitenden der Dienste und Einrichtungen stellt dafür eine wesentliche Voraussetzung dar, der um weitere Beteiligte (z. B. Gemeinwesen, Leistungsträger, Staat) zu einem Multilog erweitert werden muss. Die bundesweite PPQ-Projektgruppe hat die unterschiedlichen Anforderungen an die sozialpsychiatrische Dienstleistungsqualität zusammengetragen und in der Abbildung 2 (S. 16) stichpunktartig aufgelistet.

Der Vergleich der Anforderungen macht deutlich, dass es neben Übereinstimmungen zwischen den Beteiligten (z. B. Forderung der Angehörigen und des Gemeinwesens nach wirksamer Notfallhilfe) auch erhebliche Unterschiede gibt. Dabei beziehen sich die Unterschiede sowohl auf die erforderliche Art der sozialpsychiatrischen Leistung als auch auf mögliche Gegensätze in den Zielsetzungen der Beteiligten. Die Anerkennung der Selbstbestimmung einer Klientin oder eines Klienten beispielsweise kann in Konflikt geraten mit dem dialogischen Verhandlungserfordernis und dem Hilfebedarf der nächsten Angehörigen, wenn die Klientin oder der Klient den professionellen Mitarbeitenden keine Schweigepflichtentbindung gegenüber den Angehörigen erteilt. Bei minderjährigen Kindern psychisch erkrankter Eltern geht es dann vorrangig um den Schutz der Kinder und die Abwendung einer möglichen Gefährdung ihres Wohles.<sup>5</sup>

Im Diskurs der Anforderungen an die sozialpsychiatrische Hilfequalität werden die verschiedenen Blickrichtungen transparent und kommunizierbar. Miteinander unvereinbare Ziele können am Ende nur durch Abwägungsprozesse und

---

4 S. Total Quality Management (TQM) in 1.2

5 S. § 8a SGB VIII

Psychiatrie-Erfahrene	Angehörige	Professionell Mitarbeitende	Anbieter von Dienstleistungen	Gemeinwesen	Leistungsträger	Staat
Wertschätzung der Individualität und Achtung der Würde	Anerkennung der Fürsorge und Leistung der Angehörigen	Entwicklung und Einhaltung fachlicher Standards und Ressourcenqualität	Dienstleistungszufriedenheit	Erreichbarkeit und bürgernahe Öffnungszeiten	adäquate Hilfeformen mit dem Ziel der Reduktion des Hilfebedarfs	Mindeststandards im Rahmen gesetzlicher Regelungen
Förderung der Autonomie durch Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung	Stärkung der Ressourcen in der Familie und im Lebensumfeld	bedarfsgerechte personenbezogene Hilfe- und Therapieplanung	Mitarbeiterzufriedenheit und -qualifikation	Angebotsstruktur mit Pflichtversorgung und Vernetzung	Sicherstellung des Versorgungsauftrags	UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung Sozialgesetzbücher (SGB I – XII) Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)
Reduzierung von Leiden und Verbesserung der Lebensqualität	Entlastung durch gemeindenahere Versorgungsangebote	Multiprofessionalität, Bezugspersonensystem, Betreuungskontinuität	effektive und effiziente Organisationsstrukturen	Organisierung nachgehender Hilfe	Evaluation definierter Qualität und Transparenz der Leistungen	Heimgesetz, Schwbg, Betreuungsgesetz
Förderung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	Dienste zur Notfallhilfe mit 24 Stunden-Öffnung	Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bürgerhelferinnen und -helfern	Wirksamkeit und Qualitätsstandards	wirksame Notfallhilfe/ Krisendienst	Eingliederung in das Arbeitsleben (Kosten-Nutzen-Relation)	länderspezifische Unterbringungsgesetze PsychKG
Verbesserung des Lebensumfelds	gesellschaftliche Integration	Fortbildung und Supervision	positive fachliche Wertschätzung in der Öffentlichkeit		Kostenkontrolle und -senkung	PsychPV
Wahlfreiheit		Mitbestimmung				

Abb. 2: Anforderungen an die sozialpsychiatrische Dienstleistungsqualität aus den unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten

Wertentscheidungen aufgelöst werden. Dabei räumt PPQ mit der konsequenten Umsetzung der Personenzentrierung<sup>6</sup> der Entscheidung psychiatrie-erfahrener Menschen höchste Priorität ein (vgl. 1.2). Im Kontext sozialpsychiatrischer Hilfen bedeutet Personenzentrierung, dass die Wünsche und Bedürfnisse des Hilfesuchenden Menschen zentral sind für die Auswahl und Umsetzung der daraus abgeleiteten Ziele und Maßnahmen. Mainstreaming-Perspektiven (z. B. Gender, Alter, Disability, Migrationshintergrund, Religion) sind dabei essenzielle Bestandteile der personenzentrierten Ausrichtung.

Aufbauend auf der diskursorientierten Entwicklung von Qualitätsmerkmalen sozialpsychiatrischer Hilfen, richtet PPQ sein Qualitätsverständnis mehr an der Qualitätsentwicklung aus als an der Qualitätskontrolle. In der ständigen Verbesserung der Hilfequalität von Diensten und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie liegt der praktische Nutzen von PPQ für alle Beteiligten sowie die hinreichende Voraussetzung für Verfahren der internen und externen Qualitätsbewertung und -kontrolle (s. Kap. 4). ProPsychiatrieQualität beschränkt sich somit nicht einseitig auf die Erfüllung von Anforderungen einzelner Interessengruppen oder auf einzelne Dienstleistungsmerkmale, sondern versteht sich als Total-Quality-Managementsystem entsprechend der DIN EN ISO 9004:2005, das die Qualität der gesamten Dienstleistungsorganisation einbezieht (s. Kap. 2). Gleichzeitig sind gesetzliche Vorschriften in Form von Mindeststandards bindend (s. Kap. 5).

## 1.2 Qualitätsverständnis von PPQ

ProPsychiatrieQualität verknüpft die ständige Verbesserung der sozialpsychiatrischen Dienstleistungsqualität mit dem dauerhaften Optimierungsprozess der Qualität auf allen Ebenen des Dienstes, der Einrichtung und des Trägers. Vom Management ausgehend bedarf es einer Kultur offener Lernprozesse, an der zum einen alle Mitarbeitenden aller Funktionsbereiche der Organisation beteiligt sind und die sich zum anderen primär an den Hilfebedarfen der Nutzerinnen und Nutzer der Dienstleistung unter ihrer aktiven Beteiligung ausrichtet. Dieses ganzheitliche Qualitätsverständnis (TQM<sup>7</sup>) bezieht sowohl die für die Leistungserbringung erforderlichen Voraussetzungen und Ressourcen ein als auch deren Ergebnisse. Bei der Bewertung der Effizienz von Qualitätsmanagementsystemen zeigt sich in der »QM-Philosophie« der DIN EN ISO 9004:2005 ebenfalls eine Entwicklung in Richtung des Total Quality Management, die ihre praktische Um-

---

6 S. Qualitätsplattform der Verbände des »Kontaktgesprächs Psychiatrie«: Qualitätsentwicklung in regionalen Verbundsystemen vom 11.12.2003

7 S. ZINGEL, H. (2007: 23 u. 46) und s. Glossar

setzung im Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM<sup>8</sup>) und ihrem European Quality Award (EQUA) findet.

Vier Grundorientierungen verdeutlichen das Qualitätsverständnis von PPQ:

- Leitzielorientierung,
- Beteiligungsorientierung,
- Ressourcenorientierung,
- Handlungs- und Umsetzungsorientierung.

### 1.2.1 Leitzielorientierung

Gegen den erkennbaren Trend der »Ökonomisierung des Sozialen« in der gesellschaftlichen und fachlichen Qualitätsdiskussion der letzten Jahre gibt Pro-PsychiatrieQualität bei der Qualitätsentwicklung den ethischen Grundlagen des christlichen Menschenbilds und den gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern entwickelten fachlichen Anforderungen an die Qualität sozialpsychiatrischer Hilfen eindeutig den Vorrang gegenüber ökonomischen Gesichtspunkten.

Um diesen Prämissen gerecht zu werden, orientiert sich PPQ an dem englischen Qualitätssicherungskonzept »homes are for living in«<sup>9</sup>, das in der Bundesrepublik bereits bei Qualitätsentwicklungsprozessen in der Pflege<sup>10</sup> angewandt wurde. Auf PPQ übertragen steht die leitzielorientierte Ausrichtung der sozialpsychiatrischen Praxis (Handlungsebene) im Vordergrund. Zentraler Ansatzpunkt des ganzheitlichen Qualitätsverständnisses ist die Ausrichtung der Haltung von Mitarbeitenden an den übergeordneten Wertvorstellungen, die für die angestrebte Hilfequalität als wesentlich angesehen werden (Zielebene). Diese Leitziele beziehen die Visionen ein, aus denen Mitarbeitende ihre Motivation und Orientierung für die tägliche Arbeit schöpfen. Deshalb sollten die Leitziele in der Formulierung die Handlungsorientierung unterstützen, in der Anzahl die Übersichtlichkeit erleichtern und inhaltlich klar voneinander unterscheidbar sein.

Bei der PPQ-Entwicklung wurden zunächst aus den Anforderungen an sozialpsychiatrische Hilfen (s. S. 16) nach den oben beschriebenen Kriterien diskursiv fachlich-ethische Leitziele abgeleitet für die professionelle Begleitung von psychisch erkrankten und behinderten Menschen. Bei Zielkonflikten wurde zugunsten der Perspektive der Klientinnen und Klienten entschieden. Ergebnis des Diskussionsprozesses sind die PPQ-Leitziele:

1. Würde achten – Rechte sicherstellen
2. Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken

---

8 S. ZINGEL, H. (2007: 25)

9 HARRIS, R.; KLIE, Th.; RAMIN, E (1995)

10 Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg., 1996)

3. Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit übernehmen
4. Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen
5. Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten
6. Leiden und Symptome vermindern
7. mit Ressourcen nachhaltig umgehen.

Die Leitziele bilden die Verknüpfung von fachlichen und ethischen Aspekten sozialpsychiatrischer Hilfen umfassend ab. Zugleich sind hier die Wertorientierungen der christlichen Sozialethik als grundlegende Ausrichtung der PPQ tragenden Bundesfachverbände enthalten, wie sie von NOLLER (2006)<sup>11</sup> begründet werden.

Im *ersten Leitziel* steht – entsprechend Art. 1,1 GG – die Achtung der Würde und die ungeteilte Sicherung der Rechte im Vordergrund. Im Begriff der Würde ist der Autonomiegedanke eingeschlossen, wie er von Kant in seinem Kategorischen Imperativ formuliert ist: »Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte.«<sup>12</sup> Auch der Schutz vor Eingriffen in die Rechte von Klientinnen und Klienten kommt in diesem Leitziel zum Ausdruck. Die Ethik der Würde ist umfassend und beinhaltet neben den rechtlichen Aspekten auch die christliche Vorstellung von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen.<sup>13</sup>

Daran schließt sich die Verantwortung an, die in den Dimensionen von Eigenverantwortung<sup>14</sup> und sozialer Verantwortung die beiden Aspekte der Würde aufnimmt und auslegt. Die Selbstbestimmung in Bezug zur Eigenverantwortung wird im *zweiten Leitziel* betont. Gerade in Krisensituationen soll zwar die Mündigkeit der Betroffenen respektiert und ihre Eigenverantwortung für die seelische Gesundheit gestärkt werden. Bei Gefahr für Leben und Unversehrtheit der Person allerdings ist der uneingeschränkte Schutz in der ethischen Abwägung gegenüber der Selbstbestimmung höher zu bewerten. Hier betont das *dritte Leitziel* die Fürsorge in gegenseitiger Achtsamkeit und zeigt eine Nähe zur Subsidiarität. Das aus der katholischen Soziallehre stammende Prinzip besagt einerseits, dass Hilfen als Hilfe zur Selbsthilfe gewährt werden sollen und andererseits, dass Verantwortung zunächst von nahen Systemen (Familie, Nachbarschaft) übernommen werden, bevor staatliche Hilfen und Eingriffe zum Zuge kommen.

Die spirituellen Grundbedürfnisse des Menschen nimmt das *vierte Leitziel* auf. Ausgehend von der »Transzendenzverwiesenheit« des Handelns im christlichen Menschenbild<sup>15</sup> verweist dieses Leitziel darauf, dass der Glaube in seinen Dimensionen von Ritualität und Spiritualität, von individueller Glaubensfreiheit und

---

11 NOLLER, A. (2006)

12 Zitiert bei BIELEFELD, H. (2006: 313)

13 NOLLER, A. (2006: 27 ff.)

14 BAUR-MAINKA, M. (2001: 192)

15 WERTGEN, W. (2001: 57 ff.)

ritueller Wiederkehr als eine Ressource des Lebens und der Gesundheit gesehen und in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen gefördert wird.<sup>16</sup>

Im *fünften Leitziel* kommt die Gestaltung professioneller Hilfen als Teilhabe zum Ausdruck, in deren solidarische und gerechte Umsetzung die Verantwortung des Gemeinwesens einbezogen ist. Diese Verantwortung in Gegenseitigkeit und in Gemeinschaft orientiert sich an der Verantwortungsethik Martin Bubers, die soziales Handeln aus der Beziehung, aus der Begegnung und Gegenseitigkeit zwischen Menschen begründet (»Ich werde am Du«<sup>17</sup>). Auf die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen bezogen, ist in diesem dialogischen Ansatz die Aufforderung an jeden Einzelnen und das Gemeinwesen enthalten, sich mit Achtsamkeit der Situation jedes Menschen, also auch des psychisch erkrankten Menschen zuzuwenden, seine Individualität wahrzunehmen und gleichberechtigt zu respektieren. Auf diese Weise sind Gemeinschaft und gerechte Teilhabe untrennbar miteinander verbunden.

Die *Leitziele sechs und sieben* verknüpfen die professionelle Hilfen mit dem Erhalt und der Verbesserung der Lebensqualität durch Reduzierung von Leiden und verpflichten sie zum nachhaltigen Umgang mit den Ressourcen. Bei Dörner<sup>18</sup> finden sich diese Leitziele, bezogen auf die sozialpsychiatrische Handlungsebene: »Daher gilt hier mein ›kategorischer Imperativ‹, den ich für den Sozialbereich – komplementär zum Wirtschaftsbereich – so formuliert habe: Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz aller deiner Ressourcen (an Kraft, Zeit, manpower usw.) immer beim jeweils Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt.« Dieses Plädoyer unterstützt die Position von PPQ in der gesellschaftlichen Debatte über den engen Zusammenhang von gewünschtem Qualitätsstandard in der Sozialpsychiatrie und den dafür erforderlichen finanziellen Mitteln.

Nach der diskursiven Entwicklung der Leitziele hat sich die bundesweite PPQ-Projektgruppe auf die für die Beschreibung der unterschiedlichen sozialpsychiatrischen Angebote wesentlichsten Leistungsprozesse verständigt:

- Kontaktaufnahme, Zugang
- Planung der Hilfen
- Bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfe (Betreuung/Rehabilitation, Grundversorgung, Wohnen/Gebäude/Ausstattung),
- Koordination der Dienstleistungen im Einzelfall,
- Personaleinsatz und -organisation,
- Personalqualifikation,
- Leistungsdokumentation,

---

16 S. JETTER, W. (1978)

17 BANZHAF, G. (2002: 33 ff.)

18 DÖRNER, K. (2001: 71)

- Verwaltung/Abrechnung,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Gemeinwesenorientierung.

Um die PPQ-Leitziele bei der Erstellung von Qualitätsindikatoren möglichst in allen Prozessen eines sozialpsychiatrischen Angebots zu berücksichtigen, wurden die Leitziele den genannten Leistungsprozessen in einer Matrix gegenübergestellt. Im Gegensatz zu den Leitzielen erheben die dargestellten Leistungsprozesse keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie können und sollen an die spezifischen Dienstleistungen des jeweiligen sozialpsychiatrischen Angebots angepasst werden. Mit dem Arbeitsinstrument der Matrix werden einerseits die Leistungsprozesse sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen mit der fachlich-ethischen Orientierung jedes Leitziels systematisch verknüpft. Zum anderen lassen sich darüber aus unterschiedlichen Blickwinkeln (z. B. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, professionell Mitarbeitende, Leistungserbringer, Leistungsträger) Indikatoren für die Qualität in den für das jeweilige sozialpsychiatrische Angebot wesentlichen Prozessen formulieren. Dies kann in Aussage- oder Frageform geschehen, je nach dem Zweck, zu dem das Instrument bei der Qualitätsentwicklung genutzt wird. Die partizipative Erarbeitung von Qualitätsindikatoren schafft gleichzeitig Raum für das fachliche und ethische Gestaltungsinteresse der Beteiligten und sichert eine offene und wertschätzende Kommunikation (s. Abbildung 3, S. 22).

Im Folgenden sind beispielhaft aus dem Leitziel *Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken* abgeleitete Qualitätsindikatoren für den Leistungsprozess Kontaktaufnahme/Zugang eines Sozialpsychiatrischen Diensts (SpDi) aufgelistet:

#### **Leistungsprozess »Kontaktaufnahme/Zugang«**

##### **Leitziel Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken**

- Wird bei der Gestaltung des Erstkontakts den Wünschen der/des Hilfesuchenden entsprochen (Hausbesuch/Besuch in der Klinik/Gespräch im SpDi)?
- Werden der Beratungsauftrag und die Kontaktform mit ihr/ihm ausgehandelt?
- Wird das Recht der Hilfe suchenden Person akzeptiert, die Beratung bzw. den Kontakt zu verweigern?
- Liegt ein Einverständnis der Hilfe suchenden Person zur Einbeziehung der Angehörigen in die Hilfeplanung vor?
- Wird das Recht der Angehörigen beachtet, bei der ablehnenden Haltung der Klientin/des Klienten eine eigenständige Beratung in Anspruch zu nehmen? Sind bei minderjährigen Kindern psychisch erkrankter Eltern der Schutz der Kinder und die Abwendung einer möglichen Gefährdung ihres Wohles gewährleistet?

Die Qualitätsentwicklung eines Dienstes/einer Einrichtung mithilfe der PPQ-Matrix fördert den multilogischen Diskurs über Qualität und stellt gleichzeitig einen

<b>Leitziele</b>	Würde achten – Rechte sicherstellen	Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken	Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit übernehmen	Glaubens- und Sinn-erfahrungen ermöglichen	Teilhabe im Gemeinwesen solidarisch gestalten	Leiden und Symptome vermindern	Mit Ressourcen nachhaltig umgehen
<b>Leistungsprozesse</b>							
Kontaktaufnahme/ Zugang							
Planung der Hilfen							
Bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfe							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung/Rehabilitation</li> <li>• Grundversorgung</li> <li>• Wohnen/Gebäude/ Ausstattung</li> </ul>							
Koordination der Dienstleistung im Einzelfall							
Personaleinsatz und -organisation							
Personalqualifikation							
Leistungsdokumentation							
Verwaltung/Abrechnung							
Öffentlichkeitsarbeit							
Gemeinwesenorientierung							

Abb. 3: ProPsychiatrieQualität (PPQ) – Matrix zur Gewinnung von leitzielorientierten Qualitätsindikatoren

methodischen Einstieg in die systematische Qualitätszirkel- und Kleingruppenarbeit der Qualitätsmanagementkonzeption dar (vgl. Kap. 2). Außerdem lassen sich aus den formulierten Indikatoren in einem nächsten Schritt Standards als Kriterien für die Qualität entwickeln, über die dann das Qualitätsniveau des sozialpsychiatrischen Angebots definiert wird.

### 1.2.2 Beteiligungsorientierung

Die dialogische Entwicklung der PPQ-Matrix macht die partizipative Grundorientierung von ProPsychiatrieQualität deutlich. Eine Qualitätsbeschreibung unter aktiver Beteiligung aller relevanten Bezugsgruppen ist ein Gewinn für jeden Dienst und jede Einrichtung in der Sozialpsychiatrie. Durch den gleichberechtigten Diskurs von professionell Mitarbeitenden, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen entsteht eine bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfequalität. Zugleich nutzt die damit verbundene »Verhandlungskultur auf Augenhöhe« das Expertenwissen der am Dialog Beteiligten: Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als Experten aus Erfahrung, professionell Mitarbeitende als Experten durch Ausbildung und Beruf.<sup>19</sup> Im Prozess der diskursiv entwickelten Qualität werden Interessenkonflikte transparent, kommunizierbar und durch leitzielorientierte Entscheidungen Lösungen zugeführt. Gemeinsam erarbeitete Qualitätsindikatoren fördern deren Umsetzung auf der Handlungsebene.

Vor diesem Hintergrund sind sozialpsychiatrische Hilfen mit ihrer dialogischen Ausrichtung auf diesen Prozess bestens vorbereitet. Die diskursive Erarbeitung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses wird damit selbst zu einem Qualitätsmerkmal des PPQ-Managementkonzepts (s. Kap. 2) und sollte in der Alltagspraxis<sup>20</sup> der Dienste und Einrichtungen nachhaltig institutionalisiert werden.

Auf der gesellschaftlichen Ebene zielt die konsequente Umsetzung der Beteiligungsorientierung von PPQ auf die uneingeschränkte Teilhabe jedes Menschen mit seiner Individualität in allen Lebensbereichen, wie sie im sozialetischen Begriff der Sozialen Inklusion beschrieben wird. Nicht mehr der psychisch erkrankte Mensch hat sich den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen, sondern die Gesellschaft gestaltet Strukturen, in denen sich Menschen mit Besonderheiten nach ihren Wünschen und Möglichkeiten entfalten können.<sup>21</sup> Auf dieser Grundlage unterstützen Dienste und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie den Menschen mit Hilfebedarf bei der Durchsetzung seiner gesellschaftlichen

---

19 S. BOCK (2004)

20 S. WERTGEN (2001: 61)

21 S. PPQ-Leitziel 5: Teilhabe im Gemeinwesen solidarisch gestalten

Chancengleichheit und der Gestaltung solidarischer Netze. Darüber hinaus fördert die multilogische Beteiligung von Bürgerhelfern, Vertretern der Sozialplanung und von Leistungsträgern an der leitzielorientierten Qualitätsentwicklung die Entfaltung der Sozialen Inklusion.

### 1.2.3 Ressourcenorientierung

ProPsychiatrieQualität baut auf den langjährigen Bemühungen aller in der Sozialpsychiatrie Tätigen auf, die Qualität von Angeboten und Hilfen ständig zu verbessern. PPQ systematisiert die Qualitätsentwicklung und sorgt für eine nachhaltige Absicherung in der Praxis.

Die trialogische Form der Qualitätsentwicklung (s. Kap. 3.2) bindet einerseits personelle Ressourcen. Andererseits erhöht die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen mittel- und langfristig die Effektivität (Zielerreichung) und die Effizienz (Wirtschaftlichkeit) der Einrichtungen und Dienste.<sup>22</sup> Träger von sozialpsychiatrischen Hilfen, welche die Steuerung von personellen und finanziellen Ressourcen an den PPQ-Leitzielen orientieren, gewinnen durch Transparenz im Diskurs der Qualitätsbeschreibung an Glaubwürdigkeit und sichern mit der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Hilfen und Angebote ihre »Marktposition« und zukünftige Existenz.

Ressourcenorientierung in der personenzentrierten Hilfeerbringung bedeutet für PPQ, psychisch erkrankte Menschen in ihrer Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit und ihren persönlichen Stärken zu unterstützen. Die Konzepte des Empowerments (s. Kap. 3.2.3) und der Salutogenese verdeutlichen diese Ausrichtung in den PPQ-Leitzielen. Hier stehen die Überwindung von persönlichen Blockaden in der Entwicklung und bei der Nutzung eigener Ressourcen im Mittelpunkt, um mit dem Gefühl der Selbstkohärenz die Welt um sich herum als verstehbar und vorhersagbar zu begreifen, sich selbst als wirksam und gestaltend zu erleben und das eigene Leben als sinnvoll und bedeutsam wahrnehmen zu können.

### 1.2.4 Handlungs- und Umsetzungsorientierung

ProPsychiatrieQualität versteht sich als ein praxisintegriertes Qualitätssystem, das auf der Basis der fachlich-ethischen Leitziele und den trialogisch/multilogisch verhandelten Qualitätsindikatoren Methoden zur Umsetzung bereitstellt. Die im

---

22 S. Freiburger Management-Modell für Nonprofit-Organisationen (FMM) in SCHWARZ, P. et al. (2005: 195 ff.)

Internet<sup>23</sup> zur Verfügung stehenden Instrumente sind praxiserprobt und unterstützen die Reflexion und Selbstbewertung der sozialpsychiatrischen Dienste, Einrichtungen und Gemeindepsychiatrischen Verbände. Innerhalb der Trägerstrukturen sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen werden bei dieser Form der Qualitätsentwicklung die personenzentrierten Kundenprozesse mit den Organisationsprozessen des Trägers verknüpft (Kap. 3.5.2). Gleichzeitig eignet sich die PPQ-Matrix in gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen zur Festlegung von regionalen Qualitätsstandards gleicher Hilfen, um Leistungen und dafür erforderliche Ressourcen transparent zu machen, zu einer angemessenen »Verpreislichung« von trägerübergreifenden Komplexleistungen beizutragen und Wettbewerb auf vergleichbarem Niveau zu ermöglichen (s. Kap. 2).

Auch die in den Rechtsnormen zur Qualität (s. Kap. 5) gebräuchliche Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität setzt ein an fachlich-ethischen Leitzielen ausgerichtetes Qualitätsverständnis voraus. Erst aus der Verständigung, von welchem Menschenbild, von welchem Verständnis von Gesundheit, Krankheit und menschlicher Entwicklung bei der Strukturierung des Hilfesystems auszugehen ist, lassen sich Bewertungskriterien entwickeln und das Qualitätsniveau von sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen bestimmen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind die Qualitätsdimensionen im analytischen Qualitätsmodell von Donabedian<sup>24</sup>, denen sich die Qualitätsmerkmale von Produkten oder Dienstleistungen zuordnen lassen. Dabei gibt das Modell nicht Kriterien objektiv »guter« Qualität vor, sondern ordnet beispielsweise die von den Erfordernissen der Beteiligten abgeleiteten Qualitätsmerkmale sozialpsychiatrischer Leistungen den genannten Qualitätsdimensionen zu, um sie einer Prüfung zugänglich zu machen. Abbildung 4 definiert die Qualitätsdimensionen von Donabedian und gibt Beispiele für die Zuordnung von Qualitätsmerkmalen sozialpsychiatrischer Leistungen.

Die Stärke des Qualitätsmodells von Donabedian besteht vor allem darin, dass es unterschiedliche sozialpsychiatrische Arbeitsfelder hinsichtlich ihrer Qualität vergleichbar macht und die Qualitätsprüfung jenseits spezifischer »Fachsprachen« (Medizin, Psychotherapie, Pflege, Sozialarbeit, Ergotherapie) unterstützt. Schließlich verbessert die Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen die Leistungstransparenz, weil auf diese Weise die Abhängigkeit beispielsweise von Merkmalen der Ergebnisqualität von solchen der Strukturqualität verdeutlicht werden kann. Gleichzeitig ist die »universelle Nützlichkeit« des Donabedian-Modells auch seine größte Schwäche. Indem es jede Art von Dienstleistung und Organisation auf jedem Qualitätsniveau einer Analyse zugänglich macht, setzt es ein normatives

---

23 [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

24 DONABEDIAN, A. (1980)

	<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>Ergebnisqualität</b>
<b>Leitfrage</b>	Wer soll wie qualifiziert mit welcher Ausstattung welche Aufgaben in der Versorgung wahrnehmen?	Wie sollen die Aufgaben wahrgenommen werden?	In welchem Umfang werden die Ziele erreicht?
<b>Inhalte</b>	Rahmenbedingungen des Leistungserstellungsprozesses	Für die Dienstleistung wesentliche Abläufe	Ergebnisse der Dienstleistung
<b>logisches Zuordnungskriterium</b>	Bedingungsebene	Handlungsebene	Zielebene
<b>beispielhafte Qualitätsmerkmale für die Sozialpsychiatrie</b>	Einbindung in die Region, Lage und Erreichbarkeit des Dienstes oder der Einrichtung, Öffnungszeiten, räumliches Angebot, Anzahl und Qualifikation des Personals	personenzentrierte Hilfeplanung, Leistungsdokumentation, Betreuungskontinuität, Bezugspersonensystem, Kooperation und Vernetzung	Reduktion der Medikamenteneinnahme, Besserung der Symptomatik, Verweildauer in der Einrichtung, Nutzerzufriedenheit, Abbruchquote

Abb. 4: Qualitätsdimensionen nach Donabedian am Beispiel Sozialpsychiatrischer Dienste

Qualitätsverständnis voraus, wie es ProPsychiatrieQualität mit den fachlich-ethischen Leitzielen beschreibt.

Um die »Anschlussfähigkeit« von PPQ an die rechtlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen, lassen sich die mithilfe der PPQ-Matrix entwickelten leitzielorientierten Qualitätsindikatoren auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian zurückführen. Damit wird die in den rechtlichen Grundlagen enthaltene Systematik aufgegriffen und einer Qualitätsprüfung nach den gesetzlichen Mindeststandards zugänglich. Abbildung 5 zeigt die Rückführung von Qualitätsindikatoren beispielhaft für einen Sozialpsychiatrischen Dienst:

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Leistungsprozess</b>	<b>Leitziel nach Donabedian</b>	<b>Qualitätsdimension</b>
Wird die Klientin/der Klient an der Aushandlung des Beratungsauftrags und der Kontaktform beteiligt?	Kontaktaufnahme/ Zugang	Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken	Prozessqualität
Gibt es spezielle Angebote für Angehörige?	Planung der Hilfen	Leiden und Symptome vermindern	Strukturqualität
Wird bei der Betreuung entstigmatisierend gearbeitet?	Hilfen bedarfsgerecht und personenzentriert erbringen	Teilhabe im Gemeinwesen solidarisch gestalten	Prozessqualität und Ergebnisqualität
Sind die Mitarbeitenden ausreichend im Schadensfall abgesichert, erhalten sie im Beschwerdeverfahren eine angemessene Unterstützung durch den Träger?	Personaleinsatz und -organisation	Würde achten – Rechte sicherstellen	Strukturqualität

Qualitätsindikator	Leistungsprozess	Leitziel nach Donabedian	Qualitätsdimension
Sind die Mitarbeitenden des SpD entsprechend qualifiziert, um bei Gewalt- und Konfliktsituationen deeskalierend zu handeln?	Personalqualifikation	Würde achten – Rechte sicherstellen	Strukturqualität
Wird mit der Leistungsdokumentation den Interessen der Leistungsträger entsprochen, um die Wirksamkeit und Effizienz der erbrachten Leistungen nachvollziehen zu können?	Leistungsdokumentation	Mit Ressourcen nachhaltig umgehen	Ergebnisqualität
Werden alle verfügbaren öffentlichen und privaten Finanzierungsressourcen genutzt?	Verwaltung/ Abrechnung	Mit Ressourcen nachhaltig umgehen	Strukturqualität
Fördert die Öffentlichkeitsarbeit die Soziale Inklusion?	Öffentlichkeitsarbeit	Teilhabe im Gemeinwesen solidarisch gestalten	Ergebnisqualität

**Abb. 5:** Rückführung der Qualitätsindikatoren auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes

### 1.3 Literatur

- BANZHAF, G. (2002): Philosophie der Verantwortung. Heidelberg
- BAUR-MAINKA, M. (2001): Die Sicht von ProPsychiatrieQualität (PPQ) zur sozialetischen Analyse von Wertgen. In: BOPP, K., NEUHAUSER, P. (Hrsg.) Theologie der Qualität – Qualität der Theologie. Freiburg. S. 188–193
- BIELEFELD, H. (2006): Autonomie. In: DÜWELL, M. et al. Handbuch der Ethik. Stuttgart und Weimar
- BOCK, Thomas (2004): Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute. In: BOMBOSCH, J., HANSEN, H., BLUME, J. (Hrsg.) Dialog praktisch. Psychiatrie-erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster
- BOMBOSCH, J., HANSEN, H., BLUME, J. (Hrsg.) (2004): Dialog praktisch. Psychiatrie-erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster
- BOPP, K., NEUHAUSER, P. (Hrsg.) (2001): Theologie der Qualität – Qualität der Theologie. Freiburg
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (2008): Basiswissen: Begriffe. Internet: [www.dgq.de/wui/wui-basis-begriffe\\_qualitaetsmanagement.htm](http://www.dgq.de/wui/wui-basis-begriffe_qualitaetsmanagement.htm)
- DONABEDIAN, A. (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1: The definition of Quality and Approaches to its Assessment. Am Arbor
- DÖRNER, K. (2001): Rehabilitation und Ethik. In: KAPPERT-GONTER, K., SCHMITZ, H. (Hrsg.) Chancen ergreifen. Münster
- DÜWELL, M. et al. (Hrsg.) (2006): Handbuch der Ethik. Stuttgart und Weimar
- HARRIS, R., KLIE, Th., RAMIN, E (1995): Heime zum Leben. Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung. Hannover

- JETTER, W. (1978): Symbol und Ritual. Göttingen
- KAPPERT-GONTER, K., SCHMITZ, H. (Hrsg.) (2001): Chancen ergreifen. Münster
- NOLLER, A. (2006). PPQ-Matrix zur leitzielorientierten Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Internet: [www.ppq.info](http://www.ppq.info)
- NOLLER, A. (2006). Die Kontroverse um die Personenzentrierung. In: Kerbe, 25, 1: 27–31
- SCHWARZ, P. et al. (2005): Das Freiburger Management-Modell für Nonprofit-Organisationen (NPO). 5. überarbeitete Auflage. Bern-Stuttgart-Wien
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (1996). Regionale Qualitätssicherung in der Pflege. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart
- WERTGEN, W. (2001): Sozialethische Analyse von Qualitätsmanagementkonzepten sozialer Dienste und Einrichtungen. In: BOPP, K., NEUHAUSER, P. (Hrsg.) Theologie der Qualität – Qualität der Theologie. Freiburg. S. 46–186
- ZINGEL, H. (2007): Qualitätsmanagement und die ISO 9000er Normenfamilie. Internet: [www.zingel.de/pdf/08iso.pdf](http://www.zingel.de/pdf/08iso.pdf)

## 2 Die Qualitätsmanagement-Konzeption von ProPsychiatrieQualität

- 2 Die Qualitätsmanagement-Konzeption von ProPsychiatrieQualität 30
  - 2.1 Die PPQ-Managementkonzeption in sieben Thesen 32
  - 2.2 Implementierung von ProPsychiatrieQualität (PPQ) 38
    - 2.2.1 PPQ-Checkliste zur Gestaltung von QM-Prozessen 38
    - 2.2.2 Leitzielorientierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren als Einstieg in die Qualitätszirkelarbeit die Arbeit mit der PPQ-Matrix 39
    - 2.2.3 Die Strukturierten Qualitätsberichte – Audit-Checklisten zur Selbst- und Fremdevaluation 40
    - 2.2.4 Aufbau einer Qualitätsmanagement-Dokumentation: Entwicklung eines PPQ-Handwerksbuchs 41
  - 2.3 PPQ in anderen Arbeitsfeldern am Beispiel der Behindertenhilfe 43
    - 2.3.1 Der Empowerment-Ansatz in der Behindertenhilfe 43
    - 2.3.2 Hilfeplanung und Hilfestaltung 44
    - 2.3.3 Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer 44
    - 2.3.4 Beteiligung der Angehörigen 46
    - 2.3.5 Gemeinwesenorientierung 47
    - 2.3.6 Organisations- und Personalentwicklung 47
  - 2.4 Literatur 48

## 2 Die Qualitätsmanagement-Konzeption von ProPsychiatrieQualität

### Abstract

Die systematische Implementierung von QM stützt sich auf eine Architektur des QM-Systems, das die relevanten Dimensionen der Qualitätsentwicklung des Unternehmens benennt sowie, darauf bezogen, Qualitätsindikatoren und Verfahrensweisen definiert. Sämtliche Aktivitäten eines sozialen Dienstleistungsunternehmens lassen sich den folgenden Qualitätsdimensionen von PPQ zuordnen:

- Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation
- Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen
- Beteiligung der Angehörigen
- Gemeinwesenorientierung
- Organisationsentwicklung
- Personalentwicklung

Mit der Verständigung über die Architektur der QM-Konzeption von PPQ ist die Grundlage geschaffen, um darauf aufbauend zu jedem Zeitpunkt des Prozesses differenzierte Verabredungen in Form eines PPQ-Bau- und Entwicklungsplans zu treffen. Im Einzelnen sollte der Bau- und Entwicklungsplan die jeweils aktuellen und verbindlichen Vereinbarungen über die Projektstruktur und die zu Beteiligten enthalten sowie Zielvereinbarungen, Zeitpläne und Absprachen über die im Laufe des Prozesses vorgesehenen Rückmeldungen an die Leitung. Qualitätsentwicklung ist als fortlaufender Prozess zu verstehen. Dieser hat in erster Linie das Ziel, erwünschte Haltungen und Handlungsweisen bei der Gestaltung sozialer Dienstleistungen zu fördern. Die dazu erarbeiteten Instrumente und Verfahrensweisen werden nach ihrer praktischen Erprobung von der Leitung autorisiert und im einrichtungsinternen PPQ-Handwerksbuch erfasst. Für die praktische Gestaltung von PPQ-basierten QM-Prozessen steht eine differenzierte Checkliste zur Verfügung, eine Gliederung zur Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen PPQ-Handwerksbuchs sowie strukturierte Qualitätsberichte zur Selbst- und Fremdbewertung sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen. PPQ wurde im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie entwickelt. Inzwischen gibt es darüber hinaus vielfältige Erfahrungen mit dem Ansatz des leitzielorientierten QM auch in anderen Arbeitsfeldern. So wird die Anwendung von PPQ beispielsweise für die Behindertenhilfe ausführlich dargestellt.

Qualitätsmanagement im Sinne von PPQ ist Ausgangspunkt und Zielperspektive aller Leitungsebenen eines Sozialunternehmens, des alltäglichen Handelns aller an der sozialen Dienstleistung beteiligten Akteure, der ständigen Reorganisation und der Zukunftsorientierung eines Unternehmens auf allen seinen Funktionsebenen. Qualitätsmanagement ist also nicht als spezifische Aufgabe eines damit betrauten Zirkels oder eines einzelnen Beauftragten zu verstehen. Das würde QM auf ein Instrument zur bloßen Prozessoptimierung oder lediglich zum Aushängeschild gegenüber Nutzerinnen und Nutzern sowie Leistungsträgern reduzieren.

Qualitätsmanagement dient vielmehr der unmittelbaren Realisierung des Unternehmenszwecks, die sozialen Dienstleistungsprozesse so zu gestalten und weiterzuentwickeln, dass sie mit den verfügbaren Ressourcen in hoher Qualität zu wettbewerbsfähigen Preisen erbracht werden.

Zentrales Merkmal von PPQ ist die Ausrichtung aller Qualitätsprozesse an ethischen und fachlichen Leitzielen auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes. Das Qualitätsmanagement mit PPQ konkretisiert die zuvor definierten Leitziele und richtet alle Aktivitäten des Unternehmens darauf aus.

Ein Sozialunternehmen benötigt dafür eine QM-Konzeption, die alle relevanten Bereiche des Unternehmens umfasst. Sie enthält Verabredungen und Verfahrensweisen für die dauerhafte Entwicklung und Sicherung der Qualitätsprozesse. Die systematische Implementierung von QM stützt sich auf

1. eine Architektur des QM-Systems, welche die relevanten Felder der Qualitätsentwicklung des Unternehmens benennt sowie Standards und Verfahrensweisen definiert;
2. einen Bau- und Entwicklungsplan, der prozessbegleitend alle für die Qualitätsentwicklung erforderlichen Aktivitäten integriert, koordiniert und auf dem aktuellen Stand hält.

Prozesse der Qualitätsentwicklung müssen das gesamte Unternehmen mit seinen Innen- und Außenbeziehungen in den Blick nehmen. Sie müssen sich also dieser Komplexität maximal öffnen und gleichzeitig durch eine konsequente Prioritätensetzung diese Komplexität so reduzieren, dass sich daraus konkrete Schritte in definierten Zeiträumen ableiten lassen.

Die QM-Konzeption ist zentrales Managementinstrument der Leitung. Sie dient sowohl der gemeinsamen Standortbestimmung als auch der Ziel- und Handlungsorientierung für alle Prozessbeteiligten.

Für Sozialunternehmen ist die Einbeziehung in regionale Verbundsysteme eine existenzielle Voraussetzung und eine wesentliche Zielsetzung ihrer Arbeit. Daher sollten Qualitätsentwicklungsprozesse im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie soweit wie möglich innerhalb eines regionalen Verbundsystems abgestimmt und gestaltet werden. Bedarfsgerechte und personenzentrierte Dienstleistungen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen werden als integrierte

Komplexleistung im regionalen Hilfesystem trägerübergreifend erbracht. Das erfordert zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätsstandards im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV).

Ausgangspunkt der PPQ-Konzeption ist das im ersten Kapitel dargestellte leitzielorientierte Qualitätsverständnis. Qualitätsentwicklungsprozesse auf der Grundlage von ProPsychiatrieQualität leben von ihrer Offenheit, ihrer Beteiligungskultur, ihrer Orientierung am Prozess und ihrer fortschreitenden Verbindlichkeit. Als interner, das gesamte Unternehmen betreffender Prozess ermöglicht PPQ:

- bestehende, notwendige und geplante Aktivitäten der Qualitätsentwicklung in einen systematischen Zusammenhang zu bringen,
- die verschiedenen Einzelaktivitäten und Prozesse an der durch Leitziele getragenen Grundhaltung auszurichten und zu verbinden,
- die Aktivitäten des Qualitätsmanagements über die verschiedenen hierarchischen Ebenen hinweg abzustimmen und zu koordinieren,
- kontinuierliche Qualitätsentwicklungsprozesse einzuführen und zu vertiefen,
- den erreichten Stand der Entwicklung und die eigenen Bemühungen intern zu evaluieren,
- daraus neue prozessorientierte Anregungen zu gewinnen,
- Standards zu entwickeln,
- Erreichtes zu dokumentieren und nach außen zu kommunizieren,
- strategische und operative Ziele für die Zukunft festzulegen.

PPQ ist der Förderung und Entwicklung einer dialogischen Sozialpsychiatrie verpflichtet. Dies setzt voraus, dass der kontinuierliche und rückgekoppelte Prozess der strategischen und operativen Planung, der Weiterentwicklung der Dienste und Einrichtungen sowie deren Evaluation unter Einbeziehung der systematisch erhobenen Bewertungen der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen und der Mitarbeitenden erfolgen.

## 2.1 Die PPQ-Managementkonzeption in sieben Thesen

### These 1

*Grundlage für die interne QM-Konzeption ProPsychiatrieQualität sind das mehrdimensionale, leitzielorientierte Qualitätsverständnis und die dialogisch entwickelten Qualitätsindikatoren.*

Da Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements nicht losgelöst vom jeweils erarbeiteten Qualitätsverständnis konzipiert werden können, bilden die PPQ-Indikatoren die Grundlage für die Auswahl der Methoden und Instrumente.

Auch die an der Normenreihe DIN EN ISO 9000 ff.<sup>25</sup> oder am Konzept der European Foundation for Quality Management (EFQM)<sup>26</sup> orientierten Verfahren erfordern stets die offene oder implizite Verständigung über Qualitätskriterien.

Der Schwerpunkt der Qualitätsbetrachtung liegt bei der DIN-EN-ISO-Normenreihe auf der Organisation des Betriebes sowie der Festlegung von Organisationsregeln und Arbeitsprozessen. Das werteorientierte und fachlich begründete Qualitätsverständnis von PPQ schafft für die professionelle Grundhaltung innerhalb der sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen die ethisch-fachlichen Voraussetzungen.

Die Konzepte der Selbst- und Fremdbewertung sowie des Vergleichs von Diensten und Einrichtungen auf der Basis von EFQM liefern eine Struktur für die differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Dimensionen der Qualität sozialer Dienstleistungen. Für die vorausgehende Klärung, von welchem Verständnis der Würde des Menschen, von welchem Konzept der menschlichen Entwicklung und der sozialen Gemeinschaft ausgegangen wird und welche Qualitätsansprüche sich daraus gegenüber den sozialpsychiatrischen Hilfen und ihren Organisationen formulieren lassen, stellt PPQ die ethisch-fachliche Basis zur Verfügung.

Das leitzielorientierte Qualitätsverständnis von PPQ und sein Methodeninstrumentarium bieten für den Bereich der Sozialpsychiatrie und für andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit ein übergreifendes QM-System, das bei Sozialunternehmen mit heterogenen sozialen Dienstleistungen und unterschiedlichen QM-Systemen auch zu den Verfahren nach DIN EN ISO und EFQM komplett »anschlussfähig« ist (s. Kap. 4).

## These 2

*ProPsychiatrieQualität baut auf den in den Einrichtungen und Diensten praktizierten Instrumenten und Methoden des QM auf und integriert sie zu einer leitzielorientierten Gesamtkonzeption.*

Das Qualitätsverständnis von PPQ knüpft an die Visionen an, aus denen die Mitarbeitenden ihre Motivation und Orientierung für eine gute Qualität ihrer Dienstleistung schöpfen. Es zielt auf die Haltungen, Einstellungen und Kompetenzen der Mitarbeitenden in den vielfältigen Arbeitsabläufen und Begegnungen im sozialpsychiatrischen Alltag. Die Einführung von PPQ in Einrichtungen und Diensten der Sozialpsychiatrie ist systemisch als Intervention in kontinuierliche Veränderungsprozesse zu verstehen. Die partizipative Gestaltung dieser Prozesse

---

25 DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (2005); DIN EN ISO 9000: 2005, Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000: 2005). Beuth Verlag Berlin.

26 European Foundation for Quality Management (EFQM) (Hrsg.) (1997): Selbstbewertung – Richtlinien für Unternehmen. Brüssel.

gibt Raum für Eigenmotivation und Gestaltungsinteressen der Beteiligten sowie für ein gemeinsames Verständnis der Bedeutung des sozialen Unternehmenszwecks.

Die Erfahrungen in der Umsetzung von PPQ haben gezeigt, dass es bereits viele bewährte Instrumente und Methoden des Qualitätsmanagements gibt, die sich in eine leitzielorientierte Gesamtkonzeption integrieren lassen. Bei der Bewertung bisher praktizierter Methoden und Verfahren bietet PPQ mit den vier Grundorientierungen Leitziele, Beteiligung, Ressourcen und Handlung (s. Kap. 1.2) ein leicht umsetzbares Kriterienraster mit folgenden Leitfragen:

- Wie setzen wir in unseren Leistungsprozessen die Orientierung an den ethisch-fachlichen Leitzielen um (s. Abb. 3, S. 22)  
(Leitzielorientierung)
- Inwieweit sind Mitarbeitende, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige an der Erstellung und Umsetzung der Instrumente und Methoden beteiligt?  
(Beteiligungsorientierung)
- Was machen wir gut, wo haben wir Stärken?  
(Ressourcenorientierung)

### **These 3**

*Die Einführung von ProPsychiatrieQualität als Qualitätssystem erfordert nach einem partizipativ organisierten Entscheidungsprozess der Leitung einen Abstimmungsprozess im Gemeindepsychiatrischen Verbund mit dem Ziel, zu regional gültigen Qualitätsstandards vergleichbarer sozialer Dienstleistungen zu kommen.*

Die Einführung eines QM-Prozesses ist eine Intervention in ein komplexes System. Sie setzt nach PPQ einen partizipativen Entscheidungsprozess innerhalb der Einrichtung voraus. Der auf dieser Grundlage getroffene Implementierungsbeschluss der Leitungsebene sollte Aussagen darüber enthalten,

- welche Dimensionen im Rahmen des QM-Systems bearbeitet werden sollen (Architektur),
- mit welcher zeitlichen Perspektive und mit welcher Beteiligung der Prozess gestaltet wird (Bau- und Entwicklungsplan),
- wer an diesem Prozess mitwirkt,
- wer die Prozessverantwortung trägt,
- in welchen zeitlichen Abständen über die Ergebnisse des Prozesses mit der Leitungsebene beraten wird (vereinbarte Rückkoppelungsschleifen über Zwischenschritte und Ergebnisse),
- welche Ressourcen für den Dienstleistungsprozess zur Verfügung gestellt werden können und müssen,
- mit welchen Verfahren und Instrumenten in welchen Abständen Bewertun-

gen von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitenden erhoben werden,

- wie auf regional gültige Qualitätsstandards Bezug genommen wird.

Weil sozialpsychiatrische Dienstleistungen trägerübergreifend im Gemeindepsychiatrischen Verbund, dem individuellen Hilfebedarf des Menschen mit psychischer Erkrankung entsprechend, als ambulante bzw. teil- oder vollstationäre Komplexleistungen erbracht werden, ist ein regionaler Abstimmungsprozess über Qualitätsstandards vergleichbarer Hilfen erforderlich. In diese »regionale Qualitätsvereinbarung« fließen die Ressourcenplanungen und die verabredeten Leistungsstandards ein. Durch die Einbeziehung der gültigen Leistungsvereinbarungen mit den Leistungsträgern werden Leistungen regional vergleichbar und ein Wettbewerb unterschiedlicher Anbieter auf vergleichbarem Niveau erreicht.

#### **These 4**

*Für große Komplexleistungserbringer mit unterschiedlichen ambulanten und stationären Dienstleistungen und unterschiedlichen Zielgruppen bietet PPQ das Fundament für die strategische Unternehmensentscheidung, nach welchen Leitzielen die Umsetzung unterschiedlicher Qualitätssysteme unternehmensweit gesteuert werden soll.*

Heterogene Sozialunternehmen mit unterschiedlichen Leistungen und Zielgruppen stehen vor der Herausforderung, die Qualität ihrer Dienstleistung – den rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend – mit verschiedenen Qualitätssystemen zu steuern. Die Integration der Qualitätssysteme und die Steuerung der Qualität der Dienstleistung erfolgt auf der Basis einer unternehmensweiten Qualitätsplattform. Die PPQ-Architektur liefert dazu einen Zielgruppen übergreifenden Rahmen, um QM-Systeme unterschiedlicher Arbeitsfelder zu integrieren. Die Leitzielorientierung von PPQ bietet hierbei eine wesentliche Grundlage, um das Proprium der Qualitätspolitik nach innen und außen zu kommunizieren.

#### **These 5**

*Sämtliche Aktivitäten eines sozialen Dienstleistungsunternehmens lassen sich den Qualitätsdimensionen von PPQ zuordnen. Über diese Bausteine der PPQ-Architektur wird eine nachhaltige Systematisierung bestehender und geplanter QM-Aktivitäten erreicht.*

Für die Umsetzung von Qualitätsstandards stellt PPQ erprobte Methoden und Verfahrensweisen zur Verfügung, die sich an den sechs Qualitätsdimensionen orientieren:

- Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation
- Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen
- Beteiligung der Angehörigen
- Gemeinwesenorientierung
- Organisationsentwicklung
- Personalentwicklung

### **These 6**

Mit der Verständigung über die Architektur der PPQ-Konzeption ist die Grundlage geschaffen, um darauf aufbauend zu jedem Zeitpunkt des Prozesses differenzierte Verabredungen in Form eines PPQ-Bau- und Entwicklungsplans zu treffen.

Der Bau- und Entwicklungsplan enthält die jeweils aktuellen und verbindlichen

- Verabredungen über die Projektstruktur,
- Verabredungen über die zu beteiligenden Personen und Institutionen,
- Zielvereinbarungen,
- Zeitpläne,
- Vereinbarungen über die im Laufe des Prozesses vorgesehenen Rückmeldungen an die Leitung,
- Vereinbarungen über die Art und Weise, wie neue QM-Verfahren und -Instrumente autorisiert werden,
- Vereinbarungen über die Instrumente zur Evaluation der Qualitätsentwicklung (Nutzung Strukturierter Qualitätsberichte, Befragungen von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitenden).

Qualitätsentwicklung ist ein fortlaufender Prozess. Dieser hat in erster Linie das Ziel, erwünschte Haltungen und Handlungsweisen bei der Gestaltung sozialer Dienstleistungen zu fördern. Die dazu erarbeiteten Instrumente und Verfahrensweisen werden nach ihrer praktischen Erprobung von der Leitung autorisiert und im einrichtungsinternen PPQ-Handwerksbuch erfasst. Dort ist jeweils auch die Architektur und der vereinbarte Bau- und Entwicklungsplan des QM-Systems festgehalten.

### **These 7**

*Der interne PPQ-Entwicklungsprozess erfordert eine systematische Qualitätszirkelarbeit. Sie gewährleistet eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität und eine umfassende Einbindung der Mitarbeitenden sowie der Nutzerinnen und Nutzer in den Verbesserungsprozess. Die Führungskräfte haben dabei Vorbildfunktion.*

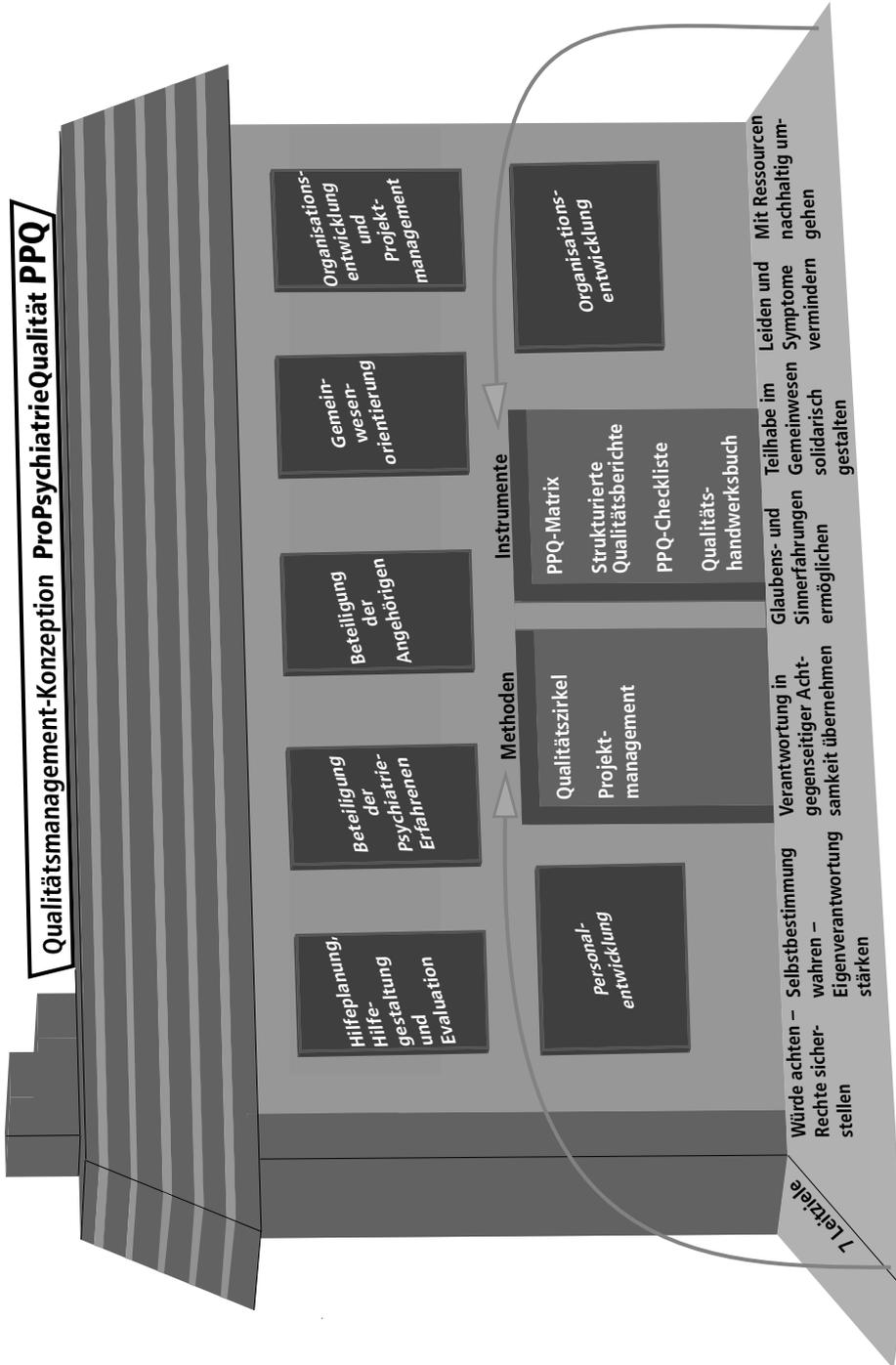


Abb. 6: Architektur der QM-Konzeption von ProPsychiatrieQualität (PPQ)

Qualitätsmanagement setzt vor allem voraus, dass diese Aufgaben systematisch und kontinuierlich wahrgenommen werden. Dies kann am besten durch eine verbindliche Qualitätszirkelarbeit erreicht werden. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Qualitätszirkel in der Leitungsstruktur verankert und so auch die Führungskräfte in den Verbesserungsprozess einbezogen sind. Dadurch werden Doppelstrukturen vermieden, Entscheidungen und die Umsetzung von notwendigen Veränderungen beschleunigt.

## 2.2 Implementierung von ProPsychiatrieQualität (PPQ)

Mithilfe folgender Instrumente können QM-Prozesse in sozialen Diensten und Einrichtungen eingeführt, kontinuierlich weiterentwickelt, evaluiert und dokumentiert werden.

### 2.2.1 PPQ-Checkliste zur Gestaltung von QM-Prozessen

Als Hilfestellung zur Auftragsklärung, zur Gestaltung der Architektur von PPQ und zur schrittweisen Entfaltung eines Bau- und Entwicklungsplans dient die PPQ-Checkliste:

#### Auftragsklärung

1. **Beauftragung durch die Leitungsebene**  
(Vorstand/Abteilungsleitung/Bereichsleitung)  
Für die Einführung eines QM-Systems gibt es einen klaren Auftrag und eine oder mehrere prozessverantwortliche Personen.  
Zielsetzung und Vorgehensweise werden in den Gremien der Einrichtung beraten.  
Zeitpunkt und Form der Rückmeldungen über den sich entwickelnden QM-Prozess werden vereinbart.  
Es wird vereinbart, wer bzw. welches Gremium befugt ist, neue Verfahrensweisen einzuführen und zu autorisieren.
2. **Einführung eines träger- oder verbundspezifischen Qualitätszirkels**
  - Ein einrichtungs- oder verbundbezogener Qualitätszirkel wird mit der Gestaltung des QM-Prozesses beauftragt.
3. **Verständigung über die für den QM-Prozess gültigen Leitziele, Qualitätsindikatoren und anzuwendenden Verfahrensweisen**
  - Anhand der PPQ-Matrix und der bundesweiten PPQ-Indikatoren werden einrichtungs- und verbundspezifische Leitziele, Indikatoren und Verfahren verabredet, die als Grundlage für die Bearbeitung der verschiedenen Qualitätsdimensionen dienen.

#### Architektur des PPQ-Managementsystems

4. **Festlegung der für das soziale Unternehmen relevanten Qualitätsdimensionen**
  - Personenzentrierte Hilfeplanung und -leistung
  - Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen
  - Beteiligung der Angehörigen

- Gemeinwesenorientierung
- Organisationsentwicklung
- Personalentwicklung

### **Bau- und Entwicklungsplan**

#### **5. Kontextklärung**

- Welche Themenstellungen/Projekte können in Kooperation mit anderen Trägern im GPV gestaltet werden?
- Für welche QM-Dimensionen liegen trägerinterne oder trägerübergreifende Standards vor?
- Für welche QM-Dimensionen müssen Standards trägerintern oder verbundsbezogen entwickelt werden?

#### **6. Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen**

- Wie und mit welcher Zielsetzung werden von Anfang an Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige an der Gestaltung, Durchführung und Evaluation von QM-Prozessen beteiligt?

#### **7. Bilanzierung und Selbstbewertung der bisherigen QM-Aktivitäten**

- Bestandserhebung der in der Einrichtung und im Verbund bereits vorhandenen Elemente eines QM-Systems (Bestandssicherung),
- Abgleich der bisherigen Praxis anhand der bundesweiten PPQ-Indikatoren,
- Erstellung von Auditchecklisten auf der Basis von Qualitätsindikatoren,
- Durchführung eines Audits.

#### **8. Priorisierung der künftigen QM-Aktivitäten für einen definierten Zeitraum**

- Erarbeitung eines Problem- und Maßnahmenkatalogs,
- Abklärung der Prioritäten unter Einbeziehung der Leitung, der Mitarbeitenden sowie der Nutzerinnen und Nutzer, gegebenenfalls der Partner im Verbund.

#### **9. Festlegung regelmäßiger Überprüfungs- und Bewertungszeitpunkte**

- Die Ergebnisse der Qualitätsentwicklung werden im Qualitätszirkel reflektiert und evaluiert.
- Über die Ergebnisse der QM-Prozesse werden die Leitungsebene bzw. Verbundsgremien regelmäßig informiert.
- Die Leitungsebene/die Verbundsgremien sowie die Nutzerinnen und Nutzer werden bei wichtigen strategischen Entscheidungen und Prioritätensetzungen einbezogen.

#### **10. Schrittweise Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen PPQ-Handwerksbuchs**

- Alle Grundlagen, Verfahrensanweisungen, Standards sowie die einrichtungs- und verbundsspezifischen Vereinbarungen werden in einem Handwerksbuch dokumentiert und laufend fortentwickelt.

### **2.2.2 Leitzielorientierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren als Einstieg in die Qualitätszirkelarbeit – die Arbeit mit der PPQ-Matrix**

Als Einstieg in die systematische Arbeit eines Qualitätszirkels (QZ) ist die leitzielorientierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren vor allem dann hilfreich, wenn in Teams zunächst ein gemeinsames Qualitätsverständnis erarbeitet werden soll und/oder die aktuelle sozialpsychiatrische Praxis des Dienstes oder der Einrichtung reflektiert wird. Folgende Vorgehensweisen haben sich bei der Einführung von PPQ in der Praxis bewährt:

Die Qualitätsindikatoren werden durch einen QZ entwickelt, in dem unterschiedliche Hierarchieebenen und Arbeitsbereiche vertreten sind. Um die nut-

zerorientierte Sichtweise zu gewährleisten, ist es unabdingbar, auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige von Anfang an zu beteiligen.

Zur Erarbeitung der Qualitätsindikatoren dient die PPQ-Matrix als zentrale Arbeitshilfe. Aus der systematischen Verknüpfung von relevanten Leistungsprozessen der Einrichtung/des Dienstes mit allen PPQ-Leitzielen entstehen die Qualitätsindikatoren der Dienstleistung. Dabei wird immer die Frage gestellt, was das einzelne Leitziel für die Leistungsprozesse bedeutet (z. B.: Was heißt Würde achten, Rechte sicherstellen bei der Kontaktaufnahme, was bedeutet Leiden und Symptome vermindern etc.?).

Die PPQ-Matrix muss nicht lückenlos ausgefüllt werden. Doppelungen können vorkommen und in Kauf genommen werden. Die Leitziele sollen eine zielorientierte Sichtweise bei der Erarbeitung der Qualitätsindikatoren fördern. Die Qualitätsindikatoren können als normative Aussage oder in Frageform formuliert werden.

Die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren im Team fördert den intensiven Austausch über das gemeinsame Verständnis sozialpsychiatrischer Arbeit, über unterschiedliche Ansprüche und Erwartungen sowie über die Gestaltung der Arbeitsabläufe im Alltag. Als Ergebnis dieses Prozesses steht ein differenziertes Instrument von leitzielorientierten Qualitätsindikatoren zur Verfügung, welches das Selbstverständnis und die Qualitätserwartungen sowohl des Trägers wie auch der Mitarbeitenden, der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie der bürgerschaftlich Engagierten abbildet.

Weiterführend ist es möglich, die entwickelten Indikatoren als ein Instrument zur Selbstbewertung der Arbeit im Team zu nutzen. Anhand der Indikatoren können im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit einzelne Leistungsbereiche einer vertieften Reflexion unterzogen werden.

### **2.2.3 Die Strukturierten Qualitätsberichte – Audit-Checklisten zur Selbst- und Fremdevaluation**

Qualität entsteht durch die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses, bei der Reflexion der zurückliegenden Arbeit und bei der Planung und Ausführung der kommenden Aufgaben. Dies ist ein alltäglicher Ablauf in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen.

Die für PPQ entwickelten Strukturierten Qualitätsberichte (SQB) übernehmen bei der PPQ-Implementierung unterschiedliche Funktionen:

- Sie regen Qualitätsentwicklungsprozesse an – wie die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren mithilfe der PPQ-Matrix innerhalb der Qualitätszirkel – und tragen zu einem gemeinsamen Qualitätsverständnis bei.
- Sie unterstützen die Festlegung verbindlicher einrichtungsbezogener, regionaler

und/oder überregionaler Standards, die systematische Selbst- und Fremdbewertung von sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen sowie, prozessorientiert, die Vereinbarung von Entwicklungszielen und Aufgaben für einen definierten Zeitraum.

- Sie dienen der Leitung zur systematischen Gesamtbewertung des Entwicklungsstands in den sechs PPQ-Qualitätsdimensionen.
- Zu diesem Zweck wurde ein gesonderter Strukturierter Qualitätsbericht für das Management erarbeitet. Dabei wird vorausgesetzt, dass partizipatives sozialpsychiatrisches Grundverständnis im Sinne von PPQ sich auch in der Art und Weise niederschlägt, wie ein Unternehmen seine strategische und operative Entwicklung plant, realisiert und evaluiert.

Die Strukturierten Qualitätsberichte sind zunächst selbstevaluative Instrumente. Sie stellen Fragen zu ausgewählten Merkmalen der Arbeit, denen die Qualitätsindikatoren von PPQ zugrunde liegen. Als Instrumente zur eigenen Qualitätsbeurteilung übernehmen sie die Funktion einer Audit-Checkliste.

Die Strukturierten Qualitätsberichte sind gleichzeitig das Instrument zur Dokumentation der Ergebnisse von Qualitätsprozessen auf der Ebene des Gesamtunternehmens und seiner Teilbereiche:

- bei der Reflexion und Bewertung der Qualitätsziele des Vorjahres,
- bei der gemeinsamen Festlegung eines sinnvollen und erreichbaren Qualitätsziels des Dienstes oder der Einrichtung für das Folgejahr.

Zusätzlich sind die SQB als Instrumente zur Fremdevaluation oder zur gegenseitigen Evaluation von Diensten und Einrichtungen einsetzbar, die sich in gemeinsamen Qualitätsverbänden organisieren.

Für PPQ wurden Strukturierte Qualitätsberichte für die Arbeitsbereiche der Sozialpsychiatrie, der Behindertenhilfe und für das Management auf der Basis der für diese PPQ-Qualitätsdimensionen erarbeiteten Qualitätsindikatoren erstellt.<sup>27</sup>

#### **2.2.4 Aufbau einer Qualitätsmanagement-Dokumentation: Entwicklung eines PPQ-Handwerksbuchs**

Qualitätsentwicklung setzt zur Sicherung nach innen und außen die umfassende Dokumentation vereinbarter Ziele und Maßnahmen voraus. In einem internen PPQ-Handwerksbuch lassen sich die unterschiedlichen Ebenen des Qualitätsmanagements abbilden. Als Handwerksbuch spiegelt es den jeweils aktuellen Stand der alltäglichen Qualitätsaktivitäten des Dienstes oder der Einrichtung wider (Standards, Verfahrensanweisungen, Vereinbarungen etc.). Auf diese Weise wird

---

27 [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

die leitzielorientierte Haltung der Mitarbeitenden unterstützt und das aktuelle Qualitätsniveau überprüfbar dokumentiert.

Die folgende Gliederung des PPQ-Handwerksbuchs hat sich als Grundstruktur und Orientierung in der Praxis bewährt:

#### 2.2.4.1 PPQ-Handwerksbuch

1. Grundlagen der Qualitätsentwicklung
  - o Leitbild
  - o Qualitätsziele/Qualitätspolitik
  - o Organisationsstruktur/Organigramm
  - o ...
2. Qualitätsmanagementsystem
  - o Maßnahmen des internen Managements (z. B. Konzeption des Qualitätszirkels)
  - o Maßnahmen des externen Managements (z. B. Zertifizierung, Beratung von außen z. B. durch den Besuchs- und Beratungsdienst)
  - o Dokumentationssysteme (z. B. »Strukturierter Qualitätsbericht«)
  - o ...
3. Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation
  - o Instrument zur Hilfeplanung (z. B. IBRP)
  - o Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer an der Hilfeplanung
  - o ...
4. Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen
  - o Befragung der Psychiatrie-Erfahrenen
  - o Selbsthilfegruppen
  - o Mitarbeit in Gremien
  - o ...
5. Beteiligung der Angehörigen
  - o Befragung der Angehörigen
  - o Angehörigengruppen
  - o Mitarbeit in Beiräten und Begleitgremien
  - o ...
6. Gemeinwesenorientierung
  - o Einbindung in regionale Versorgungsstrukturen
  - o Kooperationsverträge
  - o GPV-Verträge
  - o Hilfeplankonferenzen
  - o ...
7. Organisationsentwicklung
  - o Öffnungszeiten, Dienstplangestaltung, Vertretungsregelungen
  - o Geschäftsordnung

- Zuständigkeiten
  - Beschwerdewege
  - Verfahrensanweisungen/Prozessbeschreibungen
  - ...
8. Personalentwicklung
- Qualifikationen/Stellenbeschreibungen
  - Stellenschlüssel
  - Fortbildungskonzept/-planung
  - ...

## 2.3 PPQ in anderen Arbeitsfeldern am Beispiel der Behindertenhilfe

Grundsätze und die Architektur von PPQ lassen sich auf das Arbeitsfeld der Behindertenhilfe übertragen. Dabei sind einige Besonderheiten zu beachten, die aus der Erfahrung der Stiftung Das Rauhe Haus, Hamburg und des Bodelschwinghof Mechterstädt e. V. verdeutlicht werden.

### 2.3.1 Der Empowerment-Ansatz in der Behindertenhilfe

Unterstützung von Menschen mit einer geistigen oder Mehrfachbehinderung<sup>28</sup> zur Teilhabe an der Gesellschaft steht immer im Spannungsfeld zwischen Assistenz zur Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und gleichzeitiger Schutz der Menschen mit Behinderung von Risiken.

Die Grundhaltung der Mitarbeitenden und die damit verbundene Orientierung am christlichen Menschenbild sind auch hier die entscheidende Voraussetzung für gelingende Entwicklungen. Hilfreich erweist sich dabei der Empowerment-Ansatz.

Der Empowerment-Ansatz betrachtet den Menschen mit Behinderung als kompetenten Experten in eigener Sache, als Akteur der eigenen Entwicklung. Darin unterstützen, assistieren und begleiten ihn professionell Helfende. Ihr Blick konzentriert sich auf die individuelle Lebenssituation, die individuellen Ressourcen, soziale Unterstützungsformen und -systeme. Ziel ist die größtmögliche Selbstbestimmung – nicht zu verwechseln mit Selbstständigkeit, denn auch für

---

28 Der Ausdruck »Geistige Behinderung« ist heute äußerst umstritten, da er von vielen Menschen als diskriminierend empfunden wird. Als Alternative schlägt z. B. »People first« die Bezeichnung »Menschen mit Lernschwierigkeiten« vor. Zur weiteren Diskussion dieser Problematik: s. [www.people1.de](http://www.people1.de).

Menschen mit stark eingeschränkter Selbstständigkeit trifft dieses Ziel zu. Dabei muss immer wieder überprüft werden, welche Form der Unterstützung benötigt wird, welche zunächst noch gegeben werden muss, um Autonomie zu fördern. Welche Unterstützung kann wegfallen zugunsten von mehr Autonomie? Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu fördern kann unter Umständen auch bedeuten, sie zu befähigen, Gewohntes zu verlassen und Schritte in eine zunächst neue, fordernde Umgebung zu gehen. Die Gratwanderung zwischen Ermutigung zum selbstbestimmten Handeln und Beachtung des Rechts auf Schutz und Sicherheit stellt hohe Anforderungen an die Sensibilität und Professionalität aller Beteiligten, die auch in der Hilfeplanung von Bedeutung sind.

### **2.3.2 Hilfeplanung und Hilfestaltung**

Im Kapitel 3.1 wird auf die Grundsätze von Hilfeplanung und Hilfestaltung ausführlich eingegangen. Ein damit vergleichbares Vorgehen findet sich in der Behindertenhilfe. Die Kompetenzen, Wünsche und Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer werden erfasst, es werden Ressourcen und Einschränkungen beschrieben und daraus notwendige Schritte abgeleitet, die mit geeigneten Methoden, Verantwortlichkeiten und Zeitressourcen unterlegt werden. Eine konsequente Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer wichtigsten Bezugspersonen an der Hilfeplanung ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung. Dokumentation und Evaluation sind notwendige Bestandteile des Verfahrens.

### **2.3.3 Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer**

Selbstbestimmung von Menschen mit einer geistigen Behinderung zu achten ist damit verbunden, sich immer wieder bewusst zu machen, dass ein großer Teil dieser Menschen nicht lesen und schreiben kann und von daher Informationsdefizite bestehen können. Dies führt dazu, dass Nutzerinnen und Nutzer weder über ihre Rechte noch über Beteiligungsmöglichkeiten Bescheid wissen und sie folglich auch nicht wahrnehmen können.

Wichtige Voraussetzung für die gelingende Teilhabe der Nutzerinnen und Nutzer ist es deshalb, u. a. Informationen in leicht verständlicher Sprache zu vermitteln bzw. das Material in leicht verständliche Sprache oder Bildersprache zu übersetzen. Informationen in ein Aufnahmegerät zu sprechen und sie anschließend auf CD zu brennen kann ein weiteres Hilfsmittel sein, um zu informieren (z. B. Protokolle von Sitzungen, an denen Nutzerinnen und Nutzer beteiligt sind, die nicht lesen können).

Die folgenden Empfehlungen und Beschreibungen basieren auf der Arbeit des Nutzer-Qualitätszirkels der Stiftung Das Rauhe Haus in Hamburg.

Mit welchem Verfahren die Auswahl der Teilnehmenden am Nutzer-Qualitätszirkel vorgenommen wird, entscheidet jede Einrichtung für sich. Im Rauhen Haus wurden anfangs Mitglieder der Beiräte des ambulanten und des stationären Bereichs, die ihr Interesse zur Teilnahme bekundet hatten, von den Beiräten in den Qualitätszirkel delegiert. Die Mischung aus Teilnehmenden, die ambulant unterstützt werden, und Teilnehmenden aus stationären Einrichtungen wird von den Nutzerinnen und Nutzern gewünscht und als sehr positiv gewertet.

Es ist zu empfehlen, dass die Mitglieder des Qualitätszirkels über einen längeren Zeitraum (mindestens vier Jahre) zusammenarbeiten. Die Anforderung, nicht nur die eigenen Themen einzubringen, sondern die Dienstleistungsqualität der gesamten Einrichtung gemeinsam zu verbessern, ist sehr hoch. Gefördert wird dies, wenn die Teilnehmenden wissen, dass die anderen Nutzerinnen und Nutzer, die Mitarbeitenden und die Leitung regelmäßig über die Ergebnisse informiert werden (Protokolle). Im Rauhen Haus wird der Nutzer-Qualitätszirkel bei den Treffen regelmäßig mit einer Video-Kamera gefilmt. Selbstverständlich muss hierfür vorher die Genehmigung der Teilnehmenden eingeholt werden. Die DVD wird dann über die Leitungskräfte an die Mitarbeitenden, Nutzerinnen und Nutzer verteilt.

Die eigene Meinung zu vertreten, ist für viele Menschen mit Lernschwierigkeiten eine weitere Herausforderung. Sie haben seit früher Kindheit erfahren, dass andere Menschen wissen, was für sie gut ist. Moderierende eines Qualitätszirkels der Nutzerinnen und Nutzer müssen sich stets der Möglichkeit bewusst sein, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung sich stark an den Meinungen von nicht behinderten Menschen orientieren, vor allem dann, wenn sie ihnen vertrauen. Die Moderierenden müssen auch bei Informationen, die sie geben, immer darauf achten, nicht die eigene Meinung in die Information einfließen zu lassen. Die wertschätzende Haltung der Mitarbeitenden und das Ermutigen, den eigenen Standpunkt zu finden und zu vertreten, sind sowohl im alltäglichen Unterstützungsprozess als auch im Qualitätszirkel Voraussetzungen für eine konstruktive Zusammenarbeit.

Wichtig ist es auch hier, dass Moderierende eine einfache Sprache verwenden. Die Nutzerinnen und Nutzer werden ermutigt zu unterbrechen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Kleine Rituale wie z. B. ein Schild mit »Stop, bitte leichte Sprache« haben sich als hilfreich erwiesen.

Im Qualitätszirkel der Nutzerinnen und Nutzer werden sowohl die von ihnen eingebrachten Themen besprochen und Qualitätsindikatoren erarbeitet als auch die von den Mitarbeitenden entwickelten Standards bewertet. Bei Interessenkonflikten werden die unterschiedlichen Sichtweisen auf einem Treffen von Nutze-

rinnen, Mitarbeitenden und ggf. der Leitung diskutiert und ein gemeinsames Ergebnis ausgehandelt.

Die Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer in die Qualitätsentwicklung und vor allem die in den Qualitätszirkeln erarbeiteten Ergebnisse, die aufzeigen, dass die Menschen mit Lernschwierigkeiten immer mehr Selbstbewusstsein und Kritikfähigkeit entwickeln, werden von den Mitarbeitenden als sehr positive Rückmeldung an ihre Arbeit und ihre Haltung den Nutzerinnen und Nutzern gegenüber gewertet.

### 2.3.4 Beteiligung der Angehörigen

Angehörige von Menschen mit Behinderungen erwarten von unterstützenden Systemen, dass ihre Autonomie gewahrt wird, ihre Bedürfnisse wahrgenommen und anerkannt und die Menschen mit Behinderungen adäquat begleitet werden. Eine Herausforderung für professionelles Handeln ist es, die oftmals engen Familienbeziehungen in ihrer Entwicklung zu begleiten, Selbstständigkeit auf beiden Seiten zu fördern und Ablösungsprozesse erwachsener Menschen aus der Familie zu unterstützen. Dabei ist die Angst der Angehörigen sehr ernst zu nehmen, dass der Mensch mit Behinderungen überfordert wird oder scheitern könnte. Ein einfühlsames Miteinander ist hier notwendig. Angehörige sind in ihrer häuslichen Situation oftmals allein gelassen, auch wenn die gesellschaftliche Sicht auf Eltern von Menschen mit Behinderungen eher von Mitgefühl geprägt ist. Sie sind in die Beschützerrolle hinein gewachsen und füllen diese auch in hohem Lebensalter noch aus.

Eine Haltung der Mitarbeitenden, die Angehörigen signalisiert, dass sie wichtige Partner im Prozess sind, fördert das Loslassen können. Schuldgefühle, weil man das eigene Kind doch nicht weggeben kann, führen häufig zu überfordernden Situationen. Für eine gelingende Ablösung ist die Einbeziehung der Angehörigen notwendig, z. B. orientiert am PPQ-Leitziel der Wahrung der Selbstbestimmung und der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit.

Trialogische Arbeit ist im Bereich der Behindertenhilfe noch wenig entwickelt. Entsprechende Angebote sind in den Einrichtungen und Diensten unterschiedlich etabliert. So haben die Betreuungskonferenzen, in denen die Hilfeplanung besprochen und verabschiedet wird, im Rauhen Haus eine lange Tradition. Hierzu werden, wenn der Nutzerinnen und Nutzer es wünschen, auch die Angehörigen eingeladen.

Anders als in der Sozialpsychiatrie haben sich in der Behindertenhilfe schon früh bundesweit sehr engagierte Elternverbände zusammengeschlossen, wie z. B. die Lebenshilfe. Deren Angebote reichen mittlerweile von konkreten Unterstüt-

zungsformen für Eltern über Fortbildungsreihen bis hin zur Trägerschaft von Einrichtungen und Diensten.

### **2.3.5 Gemeinwesenorientierung**

Vergleichbare Verbände von Trägern in der Region wie in der Sozialpsychiatrie haben sich bisher in der Behindertenhilfe nicht etablieren können.

Im Zuge zunehmender ambulanter Unterstützungsangebote und der Einführung des Persönlichen Budgets findet aber auch hier eine verstärkte Orientierung am Sozialraum und seinen Ressourcen statt. Konzepte wie Lebensweltorientierung und Community Living werden als Basis für professionelle Arbeit gesehen.

Auf der Grundlage dieser Konzepte wurde im Rauhen Haus ein breites Spektrum von Methoden entwickelt, um sowohl die Ressourcen des Stadtteils/des Quartiers zu nutzen als auch die individuellen Netzwerke der Nutzerinnen und Nutzer zu erhalten bzw. zu aktivieren.

Die im Kapitel 3.4 beschriebenen fachlich-methodischen Handlungsgrundlagen lassen sich auch auf die Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten übertragen.

Im Bodelschwingh-Hof Mechterstädt e. V. ist z. B. die Mitarbeit in der örtlichen Kirchengemeinde ein wesentliches Einrichtungsziel. Dazu gehören die Öffnung der Einrichtungen für die Gemeindegemeinschaft und die aktive Beteiligung der Menschen an der Arbeit in der Kirchengemeinde. Das Miteinander fördert das Verstehen und die gegenseitige Akzeptanz.

### **2.3.6 Organisations- und Personalentwicklung**

Alle in den Kapiteln 3.5 und 3.6 und seinen Unterabschnitten beschriebenen Grundsätze lassen sich auf soziale und pflegerische Arbeitsfelder außerhalb der Sozialpsychiatrie übertragen. Natürlich ist bei einem solchen Vorgehen die Besonderheit der Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, alte Menschen mit und ohne Pflegebedürftigkeit, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen) zu berücksichtigen. Das gilt besonders bei der Auswahl geeigneter Methoden, der Sprache, der Wortwahl usw. Unabhängig davon sind die Leitziele von PPQ in allen genannten Arbeitsbereichen uneingeschränkt anwendbar.

## 2.4 Literatur

BUNDESMANN, Th. (2006): Das Empowerment-Konzept, Care-Handbuch, Behindertenhilfe des Rauhen Hauses. Hamburg.

DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (2005): DIN EN ISO 9000: 2005, Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000: 2005). Berlin.

European Foundation for Quality Management (EFQM) (Hrsg.) (1997). Selbstbewertung – Richtlinien für Unternehmen. Brüssel.

## **3 Bausteine einer internen Qualitätsmanagement-Konzeption: Ausgewählte Maßnahmen und Instrumente**

- 3 Bausteine einer internen Qualitätsmanagement-Konzeption:  
Ausgewählte Maßnahmen und Instrumente 51**
- 3.1 Hilfeplanung, Hilfestaltung und Evaluation 51**
- 3.1.1 Aktueller Stand der Fachdiskussion 52**
- 3.1.2 Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) und  
darauf aufbauende Systeme der Hilfeplanung 55**
- 3.1.3 Erfassung des Hilfebedarfs und Bildung von Hilfebedarfsgruppen  
nach dem Metzler-Verfahren 56**
- 3.1.4 Hilfeplankonferenzen als Instrumente regionaler Steuerung 58**
- 3.1.5 Implementierung eines EDV-gestützten Klientendokumentations-  
und Hilfeplanungssystems 60**
- 3.1.6 Datenschutzrechtliche Erfordernisse der individuellen Hilfeplanung 62**
- 3.1.7 Ergebnisevaluation 62**
- 3.1.8 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Hilfeplanung, Hilfestaltung und Evaluation 63**
- 3.1.9 Literatur 63**
- 3.2 Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen 64**
- 3.2.1 Trialog – Grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur des PPQ-Systems 65**
- 3.2.2 Trialog-Foren und Psychoseseinare 66**
- 3.2.3 Empowerment – Selbstbefähigung fördern und unterstützen 68**
- 3.2.4 Recovery – Genesung ist möglich. Hoffnung macht Sinn! 70**
- 3.2.5 Anti-Stigma-Arbeit 72**
- 3.2.6 Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger zur Entwicklung  
von Empowerment und Recovery 74**
- 3.2.7 Psychiatrie-Erfahrene als Lehrende, Mitarbeitende, Praktikantinnen  
und Praktikanten 75**
- 3.2.8 Beschwerde- und Verbesserungsmanagement – Unabhängige trialogische  
Beschwerdestellen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) 77**
- 3.2.9 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen 79**
- 3.2.10 Literatur 80**
- 3.3 Beteiligung der Angehörigen 81**
- 3.3.1 Ansätze der Angehörigenarbeit 81**
- 3.3.2 Angehörigengruppen 83**
- 3.3.3 Angehörigenbefragungen 83**
- 3.3.4 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Beteiligung der Angehörigen 84**
- 3.3.5 Literatur 85**

- 3.4 **Gemeinwesenorientierung 86**
  - 3.4.1 **Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit und Sozialpsychiatrie 87**
  - 3.4.2 **Gemeinwesenorientierung als eine wesentliche Leistungsdimension für die Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Arbeit 88**
  - 3.4.3 **Förderung sozialer Inklusion und Partizipation – Anregung bürgerschaftlichen Engagements 90**
  - 3.4.4 **Kooperation und Vernetzung in gemeindepsychiatrischen Verbänden 92**
  - 3.4.5 **Gestaltung des regionalen Raumes 93**
  - 3.4.6 **Gemeinwesenorientierte Qualitätsentwicklungsverfahren 94**
  - 3.4.7 **PPQ-Qualitätsindikatoren zur Gemeinwesenorientierung 96**
  - 3.4.8 **Literatur 97**
- 3.5 **Organisationsentwicklung und Projektmanagement 97**
  - 3.5.1 **Definition und Verständnis von Organisationsentwicklung 98**
  - 3.5.2 **Prinzipien einer Organisationsentwicklung nach PPQ 99**
  - 3.5.3 **Gestaltung der Organisationsentwicklung 103**
  - 3.5.4 **Organisationsentwicklung durch Projektmanagement (PM) 108**
  - 3.5.5 **Beispiele für Projektthemen aus der Weiterbildung »Pro Psychiatrie Qualität – Transfer in die Praxis« 115**
  - 3.5.6 **PPQ-Qualitätsindikatoren zur Organisationsentwicklung 116**
  - 3.5.7 **Literatur 117**
- 3.6 **Personalentwicklung als Baustein des Qualitätsmanagements 118**
  - 3.6.1 **Stellenwert und Rahmenbedingungen der Personalentwicklung in PPQ 118**
  - 3.6.2 **Systematische Personalentwicklung als Bestandteil des Qualitätsmanagements 120**
  - 3.6.3 **Instrumente der Personalentwicklung 121**
  - 3.6.4 **PE-Maßnahmengestaltung und Bildungscontrolling 128**
  - 3.6.5 **PPQ-Qualitätsindikatoren zur Personalentwicklung 128**
  - 3.6.6 **Literatur 129**

### 3 Bausteine einer internen Qualitätsmanagement-Konzeption: Ausgewählte Maßnahmen und Instrumente

#### 3.1 Hilfeplanung, Hilfestaltung und Evaluation

##### Abstract

Personenzentrierung ist die Basis sozialpsychiatrischen Handelns. Sie gibt als Kernprozess die Richtung vor. Alle anderen Prozesse müssen sich dieser Sichtweise unterordnen. Individuelle Hilfeplanung und -gestaltung im Sinn von PPQ orientieren sich konsequent an den PPQ-Leitzielen.

Die Beteiligung der Hilfe suchenden Menschen, ihrer Angehörigen und anderer wichtiger Bezugspersonen am Prozess der Hilfeplanung und -erbringung sowie Evaluation ist selbstverständlich.

Individuelle Hilfeplanung orientiert sich nicht am Profil bestehender Einrichtungen, sondern daran, was Leistungsberechtigte zur Erreichung ihrer Ziele benötigen. Individuelle Hilfeplanung bedeutet, dass alle relevanten Lebensbereiche in den Blick genommen werden und der konkrete Hilfebedarf unabhängig von den Konzepten einzelner Leistungserbringer oder den Zuständigkeitsregelungen der Leistungsträger beschrieben wird. Individuelle Hilfeplanung geht über die Feststellung des Hilfebedarfs hinaus. Neben den notwendigen Maßnahmen werden die Verantwortlichkeiten für die Erbringung und für die Koordination der Leistung festgelegt. Regelungen für die Dokumentation und Evaluation werden getroffen.

In der Praxis werden verschiedene Instrumente eingesetzt, die teilweise unterschiedliche Ziele verfolgen. Beispielhaft seien hier der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die auf dieser Grundlage weiterentwickelten Verfahren genannt.

Da individuelle Hilfeplanung nur dann sinnvoll gestaltet werden kann, wenn sie im Kontext der konkreten Bedingungen der Gemeinde gedacht wird, etablieren sich örtliche Hilfeplankonferenzen zur regionalen Steuerung. In ihnen arbeiten Leistungserbringer und -träger gemeinsam an der Verbesserung der Versorgung in der Gemeinde. Die Vereinbarungen zur Zusammenarbeit enthalten auch Regelungen zu datenschutzrechtlichen Fragen.

### 3.1.1 Aktueller Stand der Fachdiskussion

Die Orientierung der sozialpsychiatrischen Hilfen am Menschen in seiner Lebenswelt (s. a. Kap. 3.4.1) ist Ziel und Ausgangspunkt der Reformpsychiatrie. Sie wendet sich damit gegen ein biologisch ausgerichtetes medizinisch-psychiatrisches Modell und ersetzt eine institutionenzentrierte Sichtweise durch eine konsequente personenzentrierte Perspektive.

Die individuelle Hilfeerbringung des personenzentrierten Ansatzes hat erhebliche Folgen für die strukturellen Rahmenbedingungen, die Organisation und die Vernetzung der Hilfen wie auch auf ihre Finanzierungsstrukturen und -modalitäten. Das Individuum in seinem sozialen Kontext steht im Zentrum des Qualitätsverständnisses von ProPsychiatrieQualität. Diese Haltung ist die Basis für alle Kernprozesse des PPQ.

Im Sinn der Leitzielorientierung von PPQ sind die unterstützenden Angebote so zu gestalten, dass die Würde der Person jederzeit geachtet wird und ihre Rechte sichergestellt sind. Bei der Gestaltung der notwendigen Hilfen ist die Selbstbestimmung der Menschen zu wahren, ihre Beteiligung und Mitwirkung sicherzustellen sowie ihre Eigenverantwortung zu stärken. Alle am Prozess Beteiligten übernehmen die Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit. Die Privatsphäre wird respektiert, die Sicherheit gewährleistet. Eine wesentliche Ausrichtung der Hilfen auf der Grundlage von PPQ ist es auch, Glaubens- und Sinnerfahrungen zu ermöglichen sowie persönliche Leiden und Symptome zu reduzieren. Grundsätzlich sind alle vorhandenen Ressourcen nachhaltig einzusetzen.

Zur Verwirklichung der individuellen Teilhabe erfolgt die personenzentrierte Erhebung und Feststellung des individuellen Hilfebedarfs grundsätzlich gemeinsam mit dem Hilfe suchenden Menschen. Aus diesem Bedarf leiten sich eine individuelle Hilfeplanung und deren Umsetzung mit entsprechenden Verfahren und Instrumenten ab. Entsprechende Hilfeplanverfahren müssen demnach sicherstellen, dass der Hilfebedarf eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die daraus abzuleitende Hilfeplanung und ihre Umsetzung so erhoben, festgestellt und quantifiziert werden können, dass sie überprüfbar, finanzierbar und gleichzeitig personenzentriert zu erbringen sind.

Hilfeplanung meint je nach struktureller Orientierung und leistungsrechtlicher Grundlage etwas Unterschiedliches: Strukturell ist zu unterscheiden zwischen einer Planung zur Festlegung von Bedarfen bzw. Leistungsumfängen und einer Planung, die einen Prozess von Maßnahmen oder Maßnahmengruppen antizipiert und Bestandteil einer individuellen Maßnahmensteuerung ist.

In den verschiedenen gesetzlichen Grundlagen werden die Begriffe »Hilfeplan«, »Gesamtplan«, »Förder- und Hilfeplan« oder auch »Pflegeplanung« verwendet. Unterschieden werden muss hierbei, welche Funktion die verschiedenen Pläne haben und wer für ihre Erstellung verantwortlich ist.

Im »Hilfeplan« der Jugendhilfe nach § 36 SGB VIII mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen werden die Vereinbarungen zwischen Leistungsträger und Leistungsempfänger definiert. Ein ähnliches Konstrukt findet sich im § 12 SGB XII mit dem »Förderplan«, der einer Leistungsabsprache zwischen Leistungsträger und -empfänger zugrunde liegt. Der Begriff des »Hilfeplans« selbst wird im SGB XII nicht verwendet. Im Hilfeplan der Jugendhilfe und im Förderplan der Sozialhilfe sind jeweils die Ziele, der Leistungszeitraum und die einzelnen Maßnahmen zu beschreiben. Auch der gewünschte Leistungserbringer ist durch den Leistungsempfänger zu wählen. Hierauf beziehen sich auch die Festlegungen der §§ 11 f. SGB IX, die Aussagen zum Hilfebedarf und zur Erbringung von Teilhabeleistungen treffen. Der Gesamtplan nach § 58 SGB XII verpflichtet den Leistungsträger zur planmäßigen Koordination seiner verschiedenen Leistungen und denen, die von anderen Leistungsträgern erbracht werden können. Der Leistungsträger nach SGB XII ist verpflichtet, den vollständigen Bedarf einer leistungsberechtigten Person im Rahmen des Gesamtplans zu erfassen. Dazu gehören möglicherweise auch Aspekte, für die ein anderer Leistungsträger zuständig sein kann, z. B. im Rahmen der Hilfe zur Arbeit oder bei der medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen sind im Gesamtplan mit zu berücksichtigen. Der Gesamtplan ist kein Hilfeplan, kann aber im Rahmen einzelner Leistungen eine Hilfeplanung umfassen.

Zum Persönlichen Budget nach § 17 SGB IX wird zwischen Leistungsträger und Leistungsberechtigtem eine Zielvereinbarung abgeschlossen, die ebenfalls auf dem aktuellen Bedarf, den individuellen Zielen und Wünschen sowie den daraus sich ergebenden konkreten Maßnahmen beruht.

Ergänzend zu diesen Plänen erstellen Einrichtungen und Dienste individuelle Hilfepläne, in denen die konkrete Begleitung und Unterstützung auf der Basis des individuell erhobenen Bedarfs beschrieben ist.

In den Regionen, wo sich Leistungsträger und -erbringer in Hilfeplan- bzw. Fallkonferenzen organisieren, bildet der unter leistungsrechtlichem Aspekt erstellte Plan meist den Rahmen der Leistung und wird durch die Konkretisierung des Dienstes oder der Einrichtung ergänzt. In verschiedenen Regionen gibt es Vereinbarungen, dass dort, wo erstmals Unterstützung nachgefragt wird, auch der konkrete Bedarf erhoben wird und Vorschläge zu geeigneten Maßnahmen erarbeitet werden. Dieser Hilfeplan wird in der Hilfeplankonferenz (s. Kap. 3.1.4) besprochen und von den Leistungsträgern und -erbringern auf Plausibilität geprüft. Es werden konkrete Maßnahmen und Verantwortlichkeiten festgelegt. Dieses Verfahren sichert den Grundsatz des § 12 SGB IX, dass »die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden«.

In jedem Fall zielt Hilfeplanung auf die Ermöglichung, Verbesserung und Stabilisierung von individueller Teilhabe an allen sozialen Bezugssystemen. Deshalb

ist die Bezeichnung »Teilhabeplanung« auch dem Ausdruck »Hilfeplanung« vorzuziehen. Da diese Begriffswahl sich noch nicht durchgesetzt hat, wird hier darauf verwiesen und weiter der bereits eingeführte – jedoch zu problematisierende – Begriff der »Hilfeplanung« verwendet.

Der Gesamtplan nach SGB XII liegt in der Gesamtverantwortung des Leistungsträgers. Dieser hat zur Erstellung des Gesamtplans den Menschen mit Behinderung und die einzelnen Beteiligten einzubeziehen. Er orientiert sich bei der Erarbeitung des Gesamtplans nicht am Profil bestehender Einrichtungen, sondern daran, was der jeweilige Leistungsberechtigte für die Erreichung seiner Ziele benötigt. Individuelle Hilfeplanung bedeutet, dass alle relevanten Lebensbereiche in den Blick genommen werden und der konkrete Hilfebedarf unabhängig von den Konzepten einzelner Leistungserbringer oder den Zuständigkeitsregelungen der Leistungsträger beschrieben wird. Meist bleibt der Gesamtplan jedoch auf die Leistungen des Sozialhilfeträgers beschränkt, obwohl andere, vorrangige Leistungsträger existieren. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger zur Abdeckung des individuellen Bedarfs eines Menschen wird derzeit nur in Einzelfällen realisiert. Hier besteht in der Region eine Gestaltungsaufgabe für alle Beteiligten.

Die individuelle Hilfeplanung geht über die Feststellung des Hilfebedarfs hinaus. Neben den notwendigen Maßnahmen werden die Verantwortlichkeiten für die Erbringung und für die Koordination der Leistung festgelegt.

Planung ist Bestandteil eines Prozesses. Dies bedeutet zumindest Folgendes:

1. Ziele können sich ändern, Situationen können sich ändern, und zur Bedarfsdeckung notwendige Leistungen können sich ändern. Planung ist dynamisch und nicht statisch zu begreifen. Sie ist stabil im Planungszeitraum, es sei denn, eine nicht vorhersehbare Veränderung der Situation erzwingt eine Änderung der Planung. Sie ist dynamisch in der Fortschreibung.<sup>29</sup>
2. Hilfeplanung ist ein kommunikativer und dialogisch zu gestaltender Prozess. Er bedeutet Auseinandersetzung mit Wünschen und Zielen der Klientin oder des Klienten, mit der Sicht anderer Beteiligter und mit der eigenen Rolle. Auch interkulturelle und Genderaspekte müssen berücksichtigt werden.

Im Rahmen sozialpsychiatrischer Hilfen sind unterschiedliche Herangehensweisen von Bedeutung, die gegenwärtig teilweise kontrovers diskutiert und in den Bundesländern auch unterschiedlich angewandt werden. Die hier vorgestellten Verfahren werden sowohl in der Arbeit der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer angewendet. Einheitliche bzw. abgestimmte Verfahren gibt es jedoch nur dort, wo sich die Beteiligten gemeinsam dazu verständigt haben. Diese Verfahren unterscheiden sich in Bezug auf ihre Zielsetzung, ihre Funktionalität für das sozialpsychiatrische Arbeitsfeld und im Hinblick auf ihre Bedeutung für den Prozess der gemeindepsychiatrischen Strukturentwicklung.

---

<sup>29</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (2004)

### 3.1.2 Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)<sup>30</sup> und darauf aufbauende Systeme der Hilfeplanung

Der IBRP ist ein System, das mehrere Ebenen des Hilfeprozesses miteinander zu verflechten sucht:

- Die Erhebung des individuellen Bedarfs an Hilfen gemeinsam mit dem Hilfe suchenden Menschen auf der Grundlage der persönlichen Lebensplanung; daraus wird die Ziel- und Hilfeplanung erarbeitet,
- die funktionsbezogene Vernetzung und Bündelung der Hilfen (Komplexleistung),
- die regionale Versorgungsverpflichtung und Koordination der Finanzierungsmodalitäten durch die Leistungsträger untereinander.

Der IBRP wurde in verschiedenen Bundesländern modifiziert und fortentwickelt. Die *individuelle Hilfeplanung Rheinland-Pfalz (IHP)* gilt gleichermaßen für alle Menschen mit Behinderung und für Menschen in besonderen Lebensverhältnissen mit sozialen Schwierigkeiten. Sie gibt einen methodischen Rahmen und die gleichartige Folge einzelner Schritte vor. Unabhängig davon sind in den jeweiligen Bereichen der Behindertenhilfe auch weiterhin differenzierte (im weitesten Sinne) diagnostische Verfahren erforderlich, um besondere Fragestellungen und Ausprägungen von Behinderung möglichst genau ermitteln und darstellen zu können. Die Ergebnisse dieser Verfahren fließen in die Hilfeplanung mit ein. Auswahl, Anwendung und Ergebnissicherung fallen in die Kompetenz der Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die *individuelle Hilfeplanung des Landschaftsverbandes Rheinland* erfolgt in zehn Schritten. Die Hilfeplanung ist eine strukturierte Informationssammlung, mit der die Frage beantwortet wird: »Welche Hilfen zur Teilhabe braucht der Mensch mit Behinderungen, um seine angestrebte Lebensform verwirklichen zu können?«<sup>31</sup>

Der *Integrierte Teilhabeplan (ITP)*, der gegenwärtig im Auftrag des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen entwickelt wird, verknüpft den individuellen Bedarf eines Menschen mit Behinderung mit dem zu dessen Erfüllung notwendigen professionellen Aufwand und den dadurch entstehenden Kosten. Er ist für alle Menschen mit Behinderungen anwendbar und basiert auf der ICF. Er ist als Verfahren auf regionale Kooperation und Vernetzung angelegt und kann als Basis für regionale Bedarfsplanung, Controlling und Benchmarking dienen.<sup>32</sup>

---

30 Der IBRP wurde von der Aktion Psychisch Kranke entwickelt. Ausführliche Informationen sowie ein Online-Lernprogramm sind auf der Homepage [www.ibrp-online.de/](http://www.ibrp-online.de/) präsentiert.

31 Landschaftsverband Rheinland (2005)

32 KRONENBERGER, G. (2008)

### 3.1.3 Erfassung des Hilfebedarfs und Bildung von Hilfebedarfsgruppen nach dem Metzler-Verfahren

Das sogenannte »HMB-W-Verfahren«<sup>33</sup> ist ein im Bereich der Behindertenhilfe in vielen Bundesländern als Instrument zur Ermittlung des Hilfebedarfs eingeführtes Verfahren. Es wurde im Zuge der Umsetzung des § 93 BSHG durch die paritätisch von Leistungserbringern und -trägern besetzte Rahmenvertragskommission in den Landesrahmenverträgen verankert. »Das HMB-W-Verfahren dient zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen, beschreibt Hilfebedarf als Durchführung der Hilfeleistung und geht so im Grunde davon aus, dass die gegenwärtige Praxis der Dienste und Einrichtungen dem Bedarf der betroffenen Menschen entspricht.«<sup>34</sup> Das HMB-W-Verfahren dient in der bislang angewandten Fassung nicht zur differenzierten Hilfeplanung. Es ermöglicht nicht die Erhebung des individuellen Hilfebedarfs unabhängig von einem zuvor festgelegten Einrichtungstyp.

Diese Instrumente wurden entwickelt, um den Bedarf Hilfe suchender Menschen zu ermitteln, die eine psychische Erkrankung, eine seelische, körperliche oder geistige Behinderung aufweisen oder die sich in einer besonderen, schwierigen Lebenssituation befinden.

Die Einsatzfelder der genannten Instrumente sind jedoch sehr unterschiedlich. So unterscheiden sich der IBRP und die Formen des IHP sowohl im Hilfeermittlungsverfahren wie auch in der Analyse der Hilfebedürftigkeit erheblich vom Metzler-Verfahren. Die Verfahren verfolgen unterschiedliche Zielperspektiven und sind in diesem Sinne nur begrenzt vergleichbar: Das HMB-W-Verfahren wurde als fachliches Instrument zur Bildung von Bedarfsgruppen im Bereich der Hilfen für Menschen mit Behinderungen entwickelt und begründet damit Maßnahmepauschalen. Im Bereich der Behindertenhilfe ist es weit verbreitet. Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderung und die sich daraus ergebenden Bedarfslagen in einem beziehungs- und entwicklungsorientierten Hilfekontext werden in den Kategorien des HMB-W-Verfahrens nur unzureichend abgebildet. Eine Planung von Hilfen erfolgt in diesem Instrument nicht.

Der IBRP als ein Instrument zur Erfassung des Hilfebedarfs und zur umfassenden Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung wurde für diesen Personenkreis erarbeitet und verbindet Bedarfsermittlung und Hilfeplanung.

Die IHP des Landschaftsverbands Rheinland und in Rheinland-Pfalz ist mit dem Ziel entstanden, Planungsinstrumente für die verschiedenen Gruppen Hilfe suchender Menschen zu entwickeln. Einerseits sollen sie den individuellen Bedarf an Hilfen auf der Grundlage des persönlichen Lebenszieles ermitteln, und

---

33 Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): METZLER, H. (2001)

34 GROMANN, P. (2001)

andererseits soll mit ihnen durch die Einheitlichkeit des Instruments eine hohe Akzeptanz bei den zu beteiligenden Leistungsträgern erreicht werden.

IBRP und IHP dienen auch der Klärung notwendiger personeller Ressourcen, indem sowohl der geplante Zeitanteil für die vereinbarten Maßnahmen als auch die fachlichen Qualifikationen der mit der Umsetzung betrauten Mitarbeitenden beschrieben werden. Bisher wird diese Möglichkeit nur vereinzelt genutzt. Beide Instrumente berücksichtigen damit den leistungsrechtlichen Aspekt und ermöglichen prinzipiell das Ermitteln eines Entgelts für die beschriebene Leistung.

Die Anwendung der einzelnen Verfahren ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. In einigen Bundesländern wurde ein Verfahren als verbindlich ausgewählt. In anderen Bundesländern arbeitet jeder Landkreis, jede kreisfreie Stadt, oftmals sogar jede Einrichtung mit einem anderen Verfahren.

Zur Qualitätssicherung der Bedarfsermittlung, der Planung von Hilfen, ihrer Erbringung und Dokumentation ist es notwendig, sich mindestens auf der Ebene der Kommune zu vernetzen und sich auf ein Verfahren zu einigen. Dort, wo dies schon Praxis ist, berichten die Anwender von einem besseren Verständnis für die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen sowie von einer besseren Kooperation.<sup>35</sup>

Seit einiger Zeit beeinflusst das von der WHO entwickelte Klassifikationsverfahren, die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*<sup>36</sup>, die Diskussion um die Entwicklung von objektiv überprüfbaren Hilfeplansystemen. Für die medizinische Rehabilitation ist die ICF inzwischen das konzeptionelle Bezugssystem.

Die ICF stellt eine gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage für alle dar, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen beteiligt sind. Sie ist jedoch kein Hilfeplanverfahren, wie die im Vorfeld beschriebenen. Ihre Anwendung gewährleistet, dass die verschiedenen Facetten der Persönlichkeit des Hilfe suchenden Menschen möglichst umfassend erfasst werden und bei der Behandlung der Erkrankung und der notwendigen Rehabilitation Berücksichtigung finden. Die gemeinsame Sprache – allgemein verständlich und ohne spezifische Fachbegriffe – ermöglicht die Einbindung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen und verbessert die Qualität des Ergebnisses sowie die Bereitschaft und die Möglichkeiten der Menschen zur Mitwirkung und Gestaltung ihrer Therapien. Die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team wird so erleichtert. Es könnte gelingen, durch die verbesserte Kommunikation aller Beteiligten auch die ambulante und stationäre Behandlung stärker zu verzahnen.

Die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung z. B. durch medizinische und andere Fachdienste für Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe können mit

---

35 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006)

36 Die ICF liegt inzwischen in deutscher Übersetzung vor und ist abrufbar unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

diesem Instrument erfolgen. In einigen Regionen wird die ICF deshalb bereits im Gesamtplanverfahren und in der Hilfeplanung genutzt. Damit bewegen sich medizinische und soziale Arbeit im gleichen Bezugsrahmen.<sup>37</sup>

Viele Fachverbände fordern zu Recht ein bundeseinheitliches Verfahren zur Teilhabepflicht nach der ICF-Systematik.

Die Quellen zu den hier vorgestellten Instrumenten sind auf der Homepage PPQ<sup>38</sup> verzeichnet.

### 3.1.4 Hilfeplankonferenzen als Instrumente regionaler Steuerung

Hilfeplankonferenzen (HPK) sind Zusammenschlüsse von Leistungsträgern und -erbringern auf regionaler Ebene mit dem Ziel, die regionale Versorgungsverantwortung wahrzunehmen. Die Gestaltung der Zusammenarbeit erfolgt meist anhand von schriftlichen Vereinbarungen, die die konkrete Gestaltung der Beratungen, die Zusammensetzung des Gremiums und die Regeln des Miteinanders beinhalten. Sie haben im Wesentlichen zwei Funktionen:

1. Sie bieten den Vertreterinnen und Vertretern der regionalen Versorgungslandschaft und der örtlichen Leistungsträger ein Forum für die Zusammenarbeit und damit die Möglichkeit, die Versorgung bedarfsorientiert zu gestalten und zu steuern.
2. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind sie das dialogische Forum, in dem sie ihre persönlichen Wünsche an die Begleitung und Unterstützung äußern können, aktiv beteiligt sind und an der Gestaltung passgenauer Hilfen mitwirken.

Um den zweiten Aspekt zu realisieren, benötigen betroffene Menschen entsprechende Rahmenbedingungen, die – ganz im Sinne von PPQ – ihre Würde achten und helfen, Leiden und Symptome zu reduzieren. Die Verantwortung für ein gelingendes Miteinander tragen in erster Linie die professionell Helfenden. Eine Atmosphäre des Miteinanders und der gegenseitigen Achtung ist notwendig. Die zahlenmäßige Überlegenheit von Vertretern der Leistungsträger und -erbringer lassen manchen Betroffenen den Mut verlieren. Eine klare Struktur der Besetzung der HPK, die Unterstützung des Hilfe suchenden Menschen durch eine Vertrauensperson und vereinbarte Regeln zum Gesprächsverlauf unter Verwendung einer für die betroffenen Menschen leichten Sprache helfen, mögliche Barrieren abzubauen.

Die Beteiligung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen bzw. anderer naher Bezugspersonen und die Abstimmung erforderlicher Hilfen im Vorfeld sind

---

<sup>37</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006: 24–25)

<sup>38</sup> [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

weitere wichtige Voraussetzungen für das Gelingen der vereinbarten Hilfeplanung. Grundsätze dazu werden im Kap. 3.3 ausführlich beschrieben.

Die Mitarbeit in der HPK ist häufig ein regionales Qualitätskriterium im Miteinander der Leistungserbringer. Für die Leistungserbringer bietet die Arbeit in der Hilfeplankonferenz die Möglichkeit, regionale Entscheidungsprozesse mit zu gestalten.

Hilfeplankonferenzen sind auch regionale Steuerungsgremien. Indem alle Leistungsträger und -erbringer gemeinsam beraten, können Lücken oder Überkapazitäten in der regionalen Versorgungslandschaft definiert und Lösungen für die Fortentwicklung des Versorgungsnetzes gefunden werden. Die Transparenz der Leistungsabstimmung und -gestaltung in der Region wird verbessert.

Regionale Qualitätsstandards werden gewährleistet, indem sich die Beteiligten auf ein verbindliches Verfahren zur Planung von individuellen Hilfen und deren Umsetzung verständigen.

In der aktuellen Praxis gestaltet sich insbesondere die Einbindung der vorrangigen Leistungsträger als schwierig. Häufig werden lediglich Leistungen der Eingliederungshilfe besprochen, während medizinische Leistungen oder solche zur beruflichen Rehabilitation kaum Berücksichtigung finden. Auch die Auffassung einzelner Leistungsträger, allein für die Erstellung des Hilfeplanes zuständig zu sein, hemmt Entwicklungsmöglichkeiten und steht der umfassenden Sicht auf die aktuelle Situation des Menschen im Weg. Hier zeigt sich großer regionaler Handlungs- und Entwicklungsbedarf.

Die positiven Erfahrungen in den Modellregionen zur »Implementation personenbezogener Hilfen«<sup>39</sup> zeigen vielfältige Möglichkeiten und Chancen, die in der regionalen Vernetzung und der daraus erwachsenden Zusammenarbeit stecken.

Hilfeplankonferenzen arbeiten auf der individuellen Ebene mit dem Ziel, erforderliche Hilfen abgestimmt festzulegen und zu erbringen. Alle Leistungserbringer einer Region und die beteiligten Leistungsträger verständigen sich zu Art und Umfang der Hilfen, legen eine koordinierende Bezugsperson fest und vereinbaren den Zeitraum, nach dem die gewährten Hilfen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden sollen.

Grundlage für die Beratung ist der individuell erstellte Hilfeplan nach einem vereinbarten Verfahren. Er wird gemeinsam mit dem Hilfe suchenden Menschen, den Angehörigen, gesetzlichen Betreuern und beteiligten Einrichtungen, Diensten oder Institutionen erarbeitet.

Im Rahmen der Hilfeplankonferenz wird die Plausibilität der im individuellen Hilfeplan vorgeschlagenen Ziele und Maßnahmen geprüft und eine Empfehlung an den zuständigen Leistungsträger ausgesprochen. Damit kann die Entscheidung zur Kostenübernahme zeitnah erfolgen.

---

39 Bundesmodellprojekt der Aktion Psychisch Kranke (APK) Bonn e. V.

Die Arbeit mit Hilfeplankonferenzen setzt vor allem die Bereitschaft aller Beteiligten zur Kooperation voraus. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, ein offenes Miteinander über die Interessen einer einzelnen Einrichtung oder eines Dienstes hinaus führt dazu, dass dem individuellen Bedarf eines einzelnen Menschen in der Region bestmöglich Rechnung getragen wird. Das Verhandeln mit der Klientin/dem Klienten »auf Augenhöhe« bietet vielfältige Chancen für eine gelingende Hilfeplanung. Besonders dann, wenn bisherige soziale Bezüge und Rahmenbedingungen verändert werden sollen, muss die Zusammenarbeit die Basis für das Gelingen bieten.

Die Beteiligung der Hilfe suchenden Menschen schließt nicht aus, dass im Einzelfall Entscheidungen getroffen werden, die nicht die Zustimmung der betroffenen Person finden. Gerade in solchen Fällen ist eine transparente Entscheidungsfindung für alle Beteiligten wichtig.

Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und die verantwortliche Nutzung der dort vorhandenen Ressourcen stellen sicher, dass die Klientin/der Klient sich auch und vor allem außerhalb sogenannter professioneller Angebote Unterstützung suchen kann.

### **3.1.5 Implementierung eines EDV-gestützten Klientendokumentations- und Hilfeplanungssystems**

#### **Projektbericht**

Die ständig zunehmenden Dokumentations- und Verwaltungsanforderungen unterschiedlicher Leistungsträger (Sozialhilfeträger, Krankenkasse, Rentenversicherung) binden bei Leistungserbringern im Sozial- und Gesundheitswesen immer mehr Ressourcen des Fachpersonals. Dabei besteht die Gefahr, dass immer weniger Zeit für die eigentliche Beratung und Betreuung der Klientinnen und Klienten zur Verfügung steht. Auch wegen der zunehmenden Komplexität von psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen (z. B. Doppeldiagnosen, Chronifizierung, etc.) benötigt der Hilfe suchende Mensch eine Kombination unterschiedlicher gemeindenaher Angebote, Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund stellt die vernetzte Datenverarbeitung heute für Einrichtungen und Dienste eine wesentliche Komponente der Qualitätsentwicklung und -sicherung dar.

Unter der Zielvorgabe »Der Mensch im Mittelpunkt – mehr Zeit für Wesentliches« wurde mit finanzieller Unterstützung der Glücksspirale in allen ambulanten und stationären Hilfen der Psychiatrie und der Suchthilfe beim Caritasverband Rheine mit jährlich rund 1500 Klientinnen und Klienten zwischen 2005 und 2007 eine neue einheitliche Software für Dokumentation und Hilfeplanung eingeführt.

Mit der Anpassung und Einführung der Dokumentations- und Hilfeplanungssoftware CONTUR<sup>40</sup> sollten die Prozesse der Hilfeplanung und -gestaltung sowie der Evaluation stärker strukturiert und effizienter organisiert werden. Zugleich bestand die Absicht, den Mitarbeitenden einen schnelleren und umfassenderen reflexiven Blick auf die unmittelbaren Hilfen für Klientinnen und Klienten zu ermöglichen. Auf diese Weise sollte mittelfristig durch Verringerung des Dokumentationsaufwandes mehr Zeit für die direkte Betreuung zurückgewonnen werden.

Um strukturell unterschiedliche, sowohl stationäre als auch ambulante Fachdienste, für psychisch kranke und behinderte Menschen miteinander zu verknüpfen, bietet CONTUR zur Hilfeplanung, Dokumentation, Qualitätssicherung und zum Controlling eine offen konzipierte Access-Datenbank als gemeinsame Plattform an, die bei der Implementierung auf die Bedürfnisse der jeweiligen Leistungserbringer und die Anforderungen der unterschiedlichen Leistungsträger adaptiert werden kann.

Die Datenstruktur von CONTUR setzt sich zusammen aus den soziodemografischen Daten, der Verlaufsdokumentation, der Hilfeplanung und der Leistungsdokumentation sowie der Evaluation (Zuordnung nach Kostenstellen, Controlling, Qualitätssicherung). Dem personenbezogenen Datenschutz wird durch festgelegte Nutzerprofile mit spezifischen Zugriffsrechten für die Datennutzung Rechnung getragen. Das in unterschiedliche Leistungstypen (Wohnheim, Betreutes Wohnen, etc.) untergliederte Hilfesystem (institutionelle Perspektive) wird durch die in CONTUR dargestellten Betreuungsbereiche zu einer personenbezogenen Dokumentation und Hilfeplanung zusammengeführt.

Am Ende der Projektzeit konnten beim Caritasverband Rheine die beteiligten 79 Mitarbeitenden ihren Aufwand für administrative Tätigkeiten reduzieren und Arbeitszeit für ihre Kernaufgabe »Begegnung mit Klientinnen/Klienten« zurückgewinnen. Ein zusätzlich positiver Nebeneffekt zeigt sich beim trägerinternen Angebotswechsel eines psychisch erkrankten und abhängigkeitskranken Menschen: Die Daten stehen unter strenger Berücksichtigung des Datenschutzes weiter zur Verfügung und Kerndaten, Anamnese, Verlaufs- und Behandlungsberichte müssen mit Einverständnis der Klientin/des Klienten nicht erneut erhoben werden, die vorhandenen Hilfeplanungsdokumente können mit Klientenbeteiligung weiter fortgeschrieben werden. Nach Beendigung der Projektzeit wird der überwiegende Teil der Datenbank durch alle Einrichtungen und Dienste genutzt. Die Software gehört als »alltägliches Instrument« der Dokumentation und Hilfeplanung zum Alltag aller Mitarbeitenden. Es bleibt die beständige Herausforderung der Datenpflege und der Anpassung der Datenbank an die sich verändernden Anforder-

---

40 CONTUR ist eine Dokumentations- und Hilfeplanungssoftware der Firma Sektor N GmbH ([www.sektor-n.de](http://www.sektor-n.de)).

rungen und Rahmenbedingungen. Durch Personalwechsel entsteht dauerhaft ein Schulungsbedarf in den beteiligten Einrichtungen und Diensten, wofür personelle und finanzielle Ressourcen einzuplanen sind, damit eine nachhaltige Absicherung des Projekterfolges in der alltäglichen Betreuungsarbeit gelingt.

### 3.1.6 Datenschutzrechtliche Erfordernisse der individuellen Hilfeplanung

Individuelle Hilfeplanung erfordert, persönliche Daten der Klientinnen und Klienten zu erheben und zu dokumentieren. Sie umfasst auch den Austausch über bestimmte Daten im Rahmen der Hilfeplankonferenzen. Die sich daraus ergebenden praktischen Fragen sind im Einzelnen verbindlich auf der Basis des Datenschutzrechtes und unter Berücksichtigung der §§ 60–67 SGB I zu regeln.

Dazu gehört vor allem, dass nur die Daten erhoben werden, die für die Feststellung des aktuellen individuellen Hilfebedarfs und der Festlegung entsprechender Maßnahmen notwendig sind. Personenbezogene Daten dürfen nur berechtigten Personen zugänglich sein. Entsprechende Berechtigungen sind von den Leistungsträgern bzw. -erbringern verbindlich zu organisieren. Belehrungen zur Schweigepflicht und Regelungen, in welchen Fällen die Klientin oder der Klient bzw. deren gesetzliche Vertreter wen von der Schweigepflicht entbinden können, gehören regelmäßig zum Verfahren und sind schriftlich festzulegen.

Unabhängig vom konkreten Hilfeplanprozess sind die Leistungserbringer im Rahmen der Landesregelungen zur Mitwirkung an der Berichterstattung zur Entwicklung von Angebotsstrukturen, Belegung, Auslastung und Leistungsprofil der Einrichtung usw. verpflichtet. Auch hier sind die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes anzuwenden.

### 3.1.7 Ergebnisevaluation

Die Ergebnisevaluation im Zusammenhang mit der individuellen Hilfeplanung umfasst verschiedene Fragestellungen:

1. Wurden die vereinbarten Ziele unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien erreicht?
2. Warum wurden Ziele nicht erreicht? (Waren die Ziele realistisch und konkret formuliert? Waren sie für die Klientin/den Klienten relevant? – Wurden die Ziele »s.m.a.r.t.«<sup>41</sup> formuliert?)

---

41 Ziele SMART formulieren, bspw. unter [www.fuehrungs-weise.de/Downloads/Eigene%20Ziele.pdf](http://www.fuehrungs-weise.de/Downloads/Eigene%20Ziele.pdf)

3. Wurden alle relevanten Personen, Dienste und Einrichtungen angemessen und zweckmäßig beteiligt? War die Koordination der Leistungen zweckdienlich?
4. Enthält die Dokumentation alle wesentlichen Informationen und bildet sie den Verlauf des Prozesses kurz und prägnant ab?

In Kap. 4 wird das Thema Ergebnisevaluation ausführlich bearbeitet. Besonders wichtig ist es, die eigene (professionelle) Rolle im Prozess zu reflektieren.

### 3.1.8 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Hilfeplanung, Hilfestaltung und Evaluation

- Personenzentrierte Verfahren zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfs, zur Hilfeplanung, Dokumentation der Leistungen sowie zur Evaluation werden von Leistungsträgern und Leistungserbringern verbindlich vereinbart und unter Berücksichtigung der informationellen Selbstbestimmung angewendet.
- Die Daten werden gemeinsam mit den Hilfe suchenden Menschen erhoben. Ziele und Maßnahmen sowie die konkrete Umsetzung werden möglichst im Konsens vereinbart. Unterschiedliche Auffassungen und Standpunkte werden dokumentiert. Es erfolgt eine kontinuierliche Auswertung und Fortschreibung der Hilfeplanung.
- Angehörige und andere Bezugspersonen werden mit Einverständnis der betroffenen Menschen in den Prozess einbezogen. Zwingend ist die Beteiligung derer, die Hilfen leisten sollen.
- Nicht professionelle Hilfen haben Vorrang vor professionellen Hilfen.
- Bei trägerübergreifenden Hilfen kooperieren zu beteiligende Dienste und Einrichtungen bei der Planung, Durchführung, Auswertung und Fortschreibung der Hilfen

### 3.1.9 Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt/Main

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.), METZLER, H. (1998): Ein Modell zur Bildung von »Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf« gemäß § 93a BSHG – Voraussetzungen und methodische Umsetzung. Marburg.<sup>42</sup>

42 Das im Gutachten entworfene Konzept zur Hilfebedarfserfassung liegt auch in einer weiterentwickelten Form vor (HMB-W, Version 5/2001) – (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung<sup>®</sup>, Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich »Wohnen«/Individuelle Lebensgestaltung).

- GROMANN, P. (2001): Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. In: Psychosoziale Arbeitshilfen 17. Bonn. S. 15
- Landschaftsverband Rheinland (2005): Gebrauchsanweisung zur individuellen Hilfeplanung. Köln.<sup>43</sup>
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (2004): Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz. S. 18–24
- KRONENBERGER, G. (2008): Integrierter Teilhabeplan des LWV Hessen. Tagung des Deutschen Vereins

## 3.2 Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen

### Abstract

Die individuelle Perspektive, Bedürfnis- und Bedarfslage von Klientinnen und Klienten/ Psychiatrie-Erfahrenen bzw. Betroffenen – wie auch die Perspektive der Angehörigen – stehen im Mittelpunkt aller Bemühungen des Qualitätsmanagementsystems ProPsychiatrieQualität.

Dazu gehört eine konsequente Orientierung aller Beratungs-, Behandlungs- und Hilfeprozesse an der Trialog-Kultur, also der kontinuierlichen Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, als Experten aus eigener Erfahrung, auf gleicher Augenhöhe mit allen professionell Helfenden so wie allen ehrenamtlich- bzw. bürgerschaftlich Engagierten.

Zur Weiterentwicklung der Klientenbeteiligung in der Sozialpsychiatrie wird PPQ-Anwenderinnen und -Anwendern insbesondere die Auseinandersetzung mit folgenden aufeinander aufbauenden Denk- und Handlungsansätzen empfohlen:

1. Trialog – als grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur des PPQ-Systems.
2. Empowerment – als Ziel, die Selbstbefähigung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger zu unterstützen und zu fördern.
3. Recovery – als Erfahrung und Überzeugung, dass Genesung möglich ist und Hoffnung Sinn macht.

Die individuelle Perspektive, Bedürfnis- und Bedarfslage von Klientinnen und Klienten/Psychiatrie-Erfahrenen bzw. -Betroffenen steht – wie die Perspektive der Angehörigen – im Mittelpunkt aller Bemühungen des Qualitätsmanagementsystems ProPsychiatrieQualität.

Dazu gehört eine konsequente Orientierung aller Beratungs-, Behandlungs- und Hilfeprozesse an der Trialog-Kultur, also die kontinuierliche Beteiligung von

---

43 Das Handbuch ist im Internet abrufbar unter [www.lvr.de/soziales/wohnen\\_freizeit\\_behinderung/hilfeplanung/](http://www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/hilfeplanung/)

Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als Experten aus Erfahrung (»Experten in eigener Sache«)<sup>44</sup> auf gleicher Augenhöhe mit allen professionell Helfenden sowie allen ehrenamtlich bzw. bürgerschaftlich Engagierten.

Zur Weiterentwicklung der Klientenbeteiligung in der Sozialpsychiatrie wird PPQ-Anwenderinnen und -Anwendern insbesondere die Auseinandersetzung mit folgenden aufeinander aufbauenden Denk- und Handlungsansätzen empfohlen:

- *Triialog* – als grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur des PPQ-Systems (3.2.1)
- *Empowerment* – als Ziel, die Selbstbefähigung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger zu unterstützen und zu fördern (3.2.3)
- *Recovery* – als Erfahrung und Überzeugung, dass Genesung möglich ist und Hoffnung Sinn macht! (3.2.4)

Weitere Denk-, Handlungs- und Erfahrungsansätze, die im Kontext der Trias: Trialog, Empowerment und Recovery weiterführende Entwicklungen eröffnen:

- *Anti-Stigma-Arbeit* zur Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung (3.2.5)
- *Förderung der Selbsthilfe* Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger zur Unterstützung von Empowerment und Recovery (3.2.6)
- *Experienced Involvement (Ex-In)* – Psychiatrie-Erfahrene als Lehrende, Mitarbeitende und Praktikantinnen/Praktikanten der Sozialpsychiatrie (3.2.7)
- *Beschwerde- und Verbesserungsmanagement* – Unabhängige trialogische Beschwerdestellen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) (3.2.8)

### 3.2.1 Trialog – Grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur des PPQ-Systems

Klaus Dörner und Ursula Plog beschreiben in »Irren ist menschlich« den Wesenskern des Trialogs: »Während wir Profis vor 20 Jahren Fürsprecher der Sprachlosen waren, besteht die wichtigste neue Voraussetzung darin, dass erst die Angehörigen, dann auch die psychisch Kranken selbst auf kommunaler und auf Bundesebene sich zu Selbsthilfeinitiativen zusammengeschlossen haben und selbst für ihre Interessen kämpfen. Alles muss anders sein, seit die psychiatrische Diskussion somit auf drei grundsätzlich gleichberechtigten Partnern, auf einem Trialog beruht. Eine solche trialogische Psychiatrie muss eine ungleich stärkere politische Glaubwürdigkeit haben. Vorausgesetzt, wir Profis unterliegen nicht der Versuchung, unsere Partner zu instrumentalisieren, sondern unsere Rolle

---

44 GEISLINGER, R. (1998)

neu zu definieren, mehr Assistent für die Bedürfnisse anderer zu sein, also mehr dienend.«<sup>45</sup>

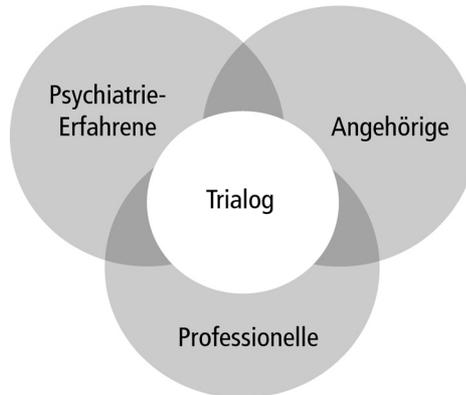


Abb. 7: PPQ-Trialog

### 3.2.2 Trialog-Foren und Psychoseseminare

Seit 1989 wird in den mittlerweile weit mehr als 100 Psychose-Seminaren in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz, in Liechtenstein und inzwischen auch in Polen, eine »neue Kultur des Umgangs miteinander« gepflegt.<sup>46</sup> Thomas Bock hat 1989 das erste Psychoseseminar an der Hamburger Universitätsklinik ins Leben gerufen – zusammen mit Dorothea Buck, die damals bereits seit Längerem die Mitbestimmung der Psychiatrie-Betroffenen in einer immer noch »gesprächslosen Psychiatrie« eingefordert hatte. Schnell war man sich einig, dass zur »Vervollständigung der Wahrnehmung« auch die Angehörigen psychisch kranker Menschen eingeladen werden sollten. So wurde der Dialog zum Trialog. Bock vertritt die Auffassung, dass Psychoseseminare vielfältigen Gewinn bringen: Für die Angehörigen als »Familientherapie ohne Familie«, für die Psychiatrie-Erfahrenen als »positiven therapeutischen Effekt ohne therapeutisches Setting und ohne verabredetes Therapieziel«, für die professionell Mitarbeitenden als »dreifache Supervision«.<sup>47</sup> Manfred Zaumseil beschreibt dies so: »Obwohl Psychoseseminare keine therapeutischen Veranstaltungen darstellen, wird in ihnen durchaus zum Teil das erreicht, was Therapeuten in ihren Bemühungen anstreben – nur anscheinend auf anderem Wege.«<sup>48</sup>

45 Zit. n. DÖRNER, K./PLOG, U. (2002)

46 Vgl. BOMBOSCH, J. (2007)

47 Vgl. BOCK, T. (2000)

48 Vgl. ZAUMSEIL, M. (1989/2000)

### **Dialog-Foren und Psychoseminare entwickeln und fördern**

Zum PPQ-Management gehört grundsätzlich, dass sozialpsychiatrische Träger, Einrichtungen und Dienste die Gründung von Psychoseminaren und Dialog-Foren in ihrer Region unterstützen; möglichst auch trägerübergreifend, in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten wie Volkshochschule, Bürger- und Gemeindezentren etc., und nicht nur im Kontext des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

### **Dialog-Kultur als Basis des PPQ-Change-Managements**

Wie könnte ein Change-Management aussehen, das den Dialog als Basis eines Qualitätsmanagement-Systems versteht und integriert, um vom teilweise immer noch praktizierten Monolog über den verstärkten Dialog zum Dialog zu gelangen? Folgende grundlegende Aspekte sollten beachtet werden:

1. Zunächst muss die Leitung eines sozialpsychiatrischen Trägers, einer Einrichtung oder eines Dienstes beschließen, die Dialog-Kultur in die Vision, das jeweilige Leitbild und eine davon abgeleitete Qualitätspolitik verbindlich zu integrieren.
2. Damit wird die konsequente Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen- und Angehörigen-Perspektive zur verbindlichen Zielvorgabe für alle Mitarbeitenden.
3. Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) sind alle Mitarbeitenden aufgerufen, die Dialog-Kultur in Qualitätszirkeln (unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen) ständig zu optimieren und regelmäßig auf ihre Wirksamkeit (outcome) zu überprüfen.
4. Die Etablierung eines niedrigschwelligen und angstfreien Verbesserungsmanagements (internes und externes Beschwerdemanagement), für Mitarbeitende, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ist unumgänglich (vgl. hierzu auch 3.2.7).
5. Die prozessorientierte Gestaltung und Weiterentwicklung der gesamten Aufbau- und Ablauforganisation der jeweiligen sozialpsychiatrischen Einrichtung orientiert sich so weit wie möglich am Dialog-Prinzip.
6. Der Dialog der genannten Kerngruppen bezieht sich insbesondere auf:
  - die Psychiatrieplanung, Psychiatriepolitik und strukturelle Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie im Gemeindepsychiatrischen Verbund,
  - die Beratung von Aufsichtsräten und Geschäftsführungen sozialpsychiatrischer Träger, Einrichtungen und Dienste durch dialogische Beiräte,
  - die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in psychiatrischen Teams (vgl. auch 3.2.6),
  - die Aus-, Fort- und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger in allen Arbeitsfeldern der Sozialpsychiatrie unter Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger (vgl. auch 3.2.6).

### Thesen und Forderungen zur Dialogischen Psychiatrie

Wichtige Meilensteine auf dem Weg zur dialogischen Kultur waren die »Magdeburger Thesen zur Dialogischen Psychiatrie« von 2003<sup>49</sup>, die »Wiener Thesen und Forderungen zur Dialogischen Psychiatrie« von 2005<sup>50</sup> (Mitarbeit von Ehrenamtlichen) und die »Münchener Thesen und Forderungen zur Sozialen Psychiatrie in Europa« von 2007<sup>51</sup>. Sie sind als Grundlagentexte zur Umsetzung und Etablierung einer Dialog-Kultur auch für PPQ relevant.<sup>52</sup>

### 3.2.3 Empowerment – Selbstbefähigung fördern und unterstützen

»Der Begriff Empowerment (deutsch ›Selbstbefähigung‹ oder ›Selbstbemächtigung‹) entstammt historisch der amerikanischen Emanzipationsbewegung der Frauen und der Befreiungsbewegung der Schwarzen. In beiden Fällen ging es um eine Auflehnung gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit. Dazu war ein Zurückgewinnen von Stärke und Kraft erforderlich, aus dem heraus es gelingt, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und sich nicht länger unterlegen zu fühlen.«<sup>53</sup> Der Hinweis von Knuf: »Professionell Tätige können Empowerment unterstützen, begleiten, fördern, aber sie können es nicht machen«,<sup>54</sup> ist wesentlich für die Implementierung der Empowerment-Idee in den sozialpsychiatrischen Kontext und Grundlage von PPQ. Empowerment kann nur von den Betroffenen selbst realisiert werden. Professionell Tätigen fällt dabei aber die entscheidende Aufgabe zu, Empowerment-Prozesse zu fördern und alles zu tun, um mögliche Barrieren gemeinsam zu bewältigen.

#### Empowerment-Unterstützung ist keine Ergänzung

Darüber hinaus macht Knuf auf einige Missverständnisse aufmerksam, die in der »gegenwärtigen Empowerment-Debatte« eine Rolle spielen. So wird Empowerment »häufig als eine *Ergänzung* zur bisherigen psychiatrischen Arbeit angesehen«. Es reicht nicht aus, Psychoseseminare, Behandlungsvereinbarungen und Selbsthilfegruppen der laufenden psychiatrischen Arbeit einfach hinzuzufügen.

Insbesondere in der klinisch-psychiatrischen Arbeit findet die ansonsten in der Sozialpsychiatrie rundum erstarkende Empowerment-Förderung nur minimale Beachtung. Dabei kommt es wesentlich darauf an, dass sich professionell Hel-

---

49 BOMBOSCH, J. et al. (2004/2007)

50 WAGNER, R. (2006)

51 DGSP (2008)

52 Alle Thesenpapiere sind im Internet auf der PPQ-Homepage: [www.ppq.info](http://www.ppq.info) unter: »Thesen und Forderungen zur Dialogischen Psychiatrie« zu finden.

53 Vgl. KNUF, A. et al. (2007)

54 Zit. n. KNUF, A. et al. (2007), S. 29

fende immer wieder selbstkritisch fragen, »ob und inwiefern« sie »tatsächlich im Dienst der Betroffenen handeln und welchen Einfluss professionelles Handeln auf die Möglichkeit der Betroffenen zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung hat«. Groß ist die Gefahr, »dass sich die *fürsorgliche Belagerung* fortsetzt und Empowerment zu einem Element psychiatrischer Be-Handlung wird, ohne dass sich die Beziehung zwischen Betroffenenem und Helfendem damit grundlegend ändert«. <sup>55</sup>

Entlang der »Arbeitsdefinition von Betroffenenenseite«<sup>56</sup> sollten professionell Helfende regelmäßig überprüfen, inwieweit sie die Selbstbefähigung Psychiatrie-Erfahrener in folgenden wesentlichen Aspekten fördern und unterstützen:

- Die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen
- Über den Zugang zu Informationen und Ressourcen verfügen, um ein eigenständiges Leben zu führen
- Über Handlungsalternativen verfügen, aus denen gewählt werden kann
- Durchsetzungsfähigkeit entwickeln
- Als Individuum etwas bewegen können (Hoffnung haben können)
- Kritisches Denken lernen
- Die Lebensgeschichte erzählen, nicht die Fallgeschichte
- Sich nicht allein fühlen, sondern als Teil einer Gruppe
- Als Klientin oder Klient eindeutige Rechte haben
- Veränderungen im eigenen Leben und im Umfeld bewirken können
- Über Kompetenz und Kontrolle verfügen
- Neue Fähigkeiten entwickeln
- Eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen (können)
- Selbstbewusstsein durch coming-out als Mensch mit psychischer Problematik bzw. Erkrankung
- Stärkung der Selbstbefähigung/Eigenmacht als kontinuierlichen Prozess verstehen lernen
- Entwicklung eines positiven Selbstbildes, Überwindung von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung
- Selbsthilfe vor Fremdhilfe

Für die Etablierung von PPQ ist es wichtig, die beispielhaft aufgeführten Aspekte zur Förderung der Selbstbefähigung der Klientinnen und Klienten schließlich auch in partnerschaftlicher Kooperation mit Psychiatrie-Erfahrenen anhand der PPQ-Matrix (vgl. Kap. 1.2.1) weiterzuentwickeln.

---

<sup>55</sup> Zit. n. KNUF, A. (2007), S. 30 f.

<sup>56</sup> Vgl. dazu CHAMBERLIN, J. (2007). In: KNUF, A. (2007), S. 20 ff.

### 3.2.4 Recovery – Genesung ist möglich. Hoffnung macht Sinn!

Amering und Schmolke verstehen Recovery »als Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben«.<sup>57</sup>

PPQ will professionell Helfenden und bürgerschaftlich Engagierten in der Sozialpsychiatrie Mut machen, sich dem Denken und Handeln der Recovery-Bewegung zu öffnen. Dazu eignen sich die PPQ zugrunde liegende dialogische Denk- und Handlungskultur und der darauf aufbauende Empowerment-Ansatz, der wiederum maßgebliche Voraussetzung für die Erreichung der Recovery-Perspektive ist.

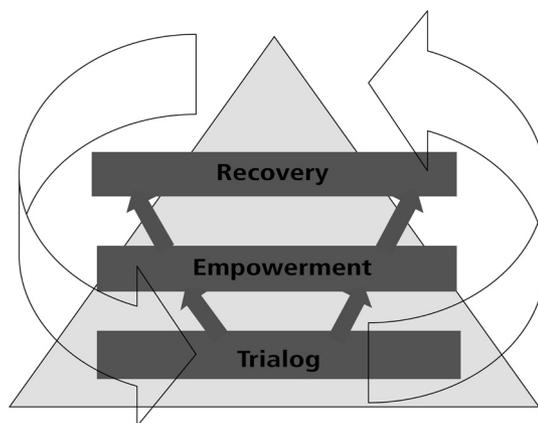


Abb. 8: PPQ-Pyramide: Trialog – Empowerment – Recovery

Zum Verständnis für Recovery ist wesentlich, dass:

- *Recovery* als »Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben« für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, zur Bewältigung ihrer Alltagsprobleme, immer schon eine »bestimmende Rolle« gespielt hat,
- *Resilienz* essenziell für den Heilungsprozess ist: Als »Aufbau von Kräften des Widerstandes und der konstruktiven Anpassung an schwierige Situationen«,
- *Hoffnung* für Recovery lebensnotwendige Voraussetzung ist. Denn: »Alle wissenschaftlichen Daten zu Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von schweren psychiatrischen Erkrankungen weisen darauf hin, dass es keinen Sinn macht, sich von einer Diagnose zu einer ungünstigen Prognose verlei-

<sup>57</sup> Zit. n. AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007), S. 11

ten zu lassen. Die Tatsache, dass psychiatrische Erkrankungen sehr unterschiedlich verlaufen können, darf uns nicht dazu verführen, das Schlimmste anzunehmen.«<sup>58</sup>

- *Vorurteile* und falsche Traditionen fatale Folgen haben können: »Das Stigma der Unbeeinflussbarkeit und der Unheilbarkeit muss dringend überwunden werden.«<sup>59</sup>

#### Die zentralen Botschaften aus der Recovery-Bewegung

Die Entwicklung eines PPQ-Managementsystems orientiert sich an den sieben zentralen »Botschaften von Recovery«:<sup>60</sup>

1. Gesundheit ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich! Mit Gesundheit ist gemeint, dass die Erkrankung ganz abklingt oder die Betroffenen gut mit ihrer Erkrankung leben können. Gesundheit ist auch nach längerer Krankheitszeit möglich.
2. Ohne Hoffnung geht es nicht! Hoffnung auf eine positive Entwicklung ist ein zentraler Faktor, der darüber entscheidet, ob Genesungsprozesse in Gang kommen. Neben der Hoffnung der Betroffenen ist auch die der Angehörigen und Fachpersonen von zentraler Bedeutung.
3. Jeder Gesundheitsweg ist anders! Verschiedene Menschen brauchen unterschiedlich viel Zeit für Gesundheitsschritte. Jeder Mensch muss seinen eigenen Weg finden.
4. Gesundheit ist kein linearer Prozess! Sie ist nicht systematisch und planbar, vielmehr kann es plötzliche positive Veränderungen geben, aber auch Stillstand und Rückschritte sind möglich.
5. Gesundheit geschieht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten! Gesundheit bedeutet nicht zwangsläufig vollkommene Symptom- und Krisenfreiheit. Krisen und Symptome treten aber seltener auf und sind weniger belastend.
6. Krankheit und Gesundheit verändern den Menschen! Durch die Erkrankung verändert sich der Betroffene. Gesundheit bedeutet nicht, wieder genau so wie vor der Erkrankung zu sein.
7. Gesundheit ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich! Fachliche Unterstützung ist nur ein Faktor unter vielen, der Gesundheit fördern kann.<sup>61</sup>

Bei der Entwicklung eines QMS auf der Basis von PPQ sollten die Qualitätszirkel in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten dazu genutzt werden, die Haltung der professionell Mitarbeitenden bezüglich der Dialog-, Empowerment-

---

58 Zit. n. AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007), S. 12 ff.

59 Ebd.

60 Vgl. KNUF, A. 2008

61 Zit. n. KNUF, A. (2008)

und Recovery-Konzepte im partnerschaftlichen Diskurs zu erörtern und anhand der PPQ-Matrix kontinuierlich weiterzuentwickeln.

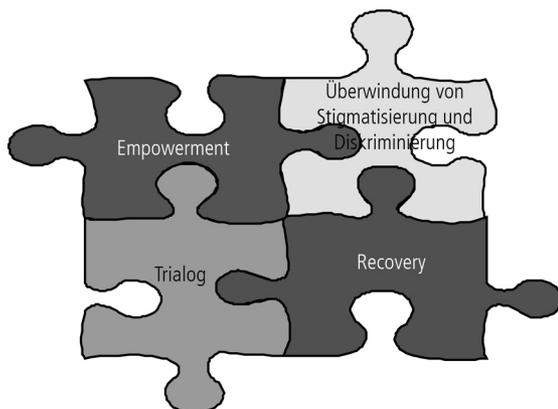


Abb. 9: PPQ-Puzzle: Die zusammengehörenden Teile bilden ein neues Ganzes

### 3.2.5 Anti-Stigma-Arbeit

Amering et al. betonen: »Stigmatisierung und Diskriminierung sind heute klar als Hauptprobleme für die Behandlung, die Überwindung und das Leben mit psychischen Störungen erkannt.«<sup>62</sup> Finzen hebt hervor, dass Stigmatisierung die Menschen an einer »zweiten Krankheit« leiden lässt.<sup>63</sup> Und Amering et al. zeigen, dass Stigmatisierung sowohl die betroffenen Menschen wie auch ihre Familien verzweifeln lässt. Allen professionell Helfenden wird ins Stammbuch geschrieben: »Stigmatisierung verbreitet auch Resignation unter den Helferinnen. Stigmatisierung ist eines der großen Hindernisse für Recovery.«<sup>64</sup>

*Für den Aufbau eines QMS auf der Grundlage von PPQ* ist der Hinweis von Amering et al. besonders wichtig und bemerkenswert: »Die Psychiatrie als medizinische Disziplin leidet ebenfalls unter Diskriminierung und fühlt sich anderen Fächern unterlegen. Eine Interpretation der Psychiatrie in Bezug auf ihre bedauerliche Stigmatisierung und die Vorurteile ihr gegenüber ist, dass das Stigma der Patienten auf sie abfährt.«<sup>65</sup>

62 Zit. n. AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007), S. 62 ff.

63 Vgl. FINZEN, A. (2001)

64 Zit. n. AMERING, M. et al. (2007), S. 62

65 Vgl. AMERING, M. et al. (2007), S. 63

### PPQ als Chance gegen Stigmatisierung und Diskriminierung

Bei der Entwicklung eines QMS auf der Basis von PPQ, das die Anti-Stigma-Bewegung eindeutig unterstützt, sind für die Aufklärungs- und Bildungsarbeit folgende Grundhaltungen von entscheidender Bedeutung:

- Niemand ist schuld an einer psychischen Erkrankung – auch nicht die Psychiatrie-Erfahrenen selbst und/oder ihre Angehörigen (Familien).
- Die These der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen ist falsch; der chronische Verlauf einer Erkrankung rechtfertigt grundsätzlich keine negative Prognose.
- Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung unterscheiden sich nicht von der Kriminalitätsrate der »Normalbevölkerung«.
- Psychiatrie-Erfahrene haben das Recht, »den Zeitpunkt, das Ausmaß und die Art der psychiatrischen Intervention so weit als möglich selbst bestimmen zu können«.<sup>66</sup>

Knuf macht auf einige klassische Vorurteile durch Mitarbeitende in psychiatrischen Institutionen aufmerksam, die sich sehr schnell stigmatisierend und diskriminierend auf Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige auswirken können.<sup>67</sup> So wird beispielsweise Betroffenen in psychiatrischen Institutionen »auf Grund ihrer Erkrankung weniger geglaubt als gesunden Menschen oder ... jegliches Verhalten (wird) als Ausdruck ihrer Erkrankung interpretiert ...«.

Professionell Helfende müssen sich also selbstkritische Achtsamkeit für Stigmatisierungs- und daraus folgende Diskriminierungsprozesse aneignen.

Eine solche Achtsamkeit kann durch regelmäßige Supervision geschult werden, parallel dazu aber auch durch kontinuierliche dialogisch besetzte Qualitätszirkel und Fortbildungsveranstaltungen, in denen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als Referentinnen/Referenten und Dozentinnen/Dozenten aus Erfahrung authentisch vermitteln, durch wen, wie, wann und warum sie sich stigmatisiert und diskriminiert gefühlt haben, wer und was ihnen dagegen hilfreich war.

Eine sozialpsychiatrische Denk- und Handlungskultur, die auf dem Dialog-Prinzip aufbaut und vor einem hoffnungsvollen Hintergrund Empowerment und Recovery authentisch befördert, entzieht der (Fremd-)Stigmatisierung und (Fremd-)Diskriminierung den Boden und wirkt damit auch der Selbststigmatisierung und -diskriminierung bei Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, professionell und ehrenamtlich bzw. bürgerschaftlich Helfenden entgegen.

---

66 Zit. n. AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007), S. 74

67 Zit. n. KNUF, A. (2006), S. 72

### **Anti-Stigma-Projekte im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) entwickeln, fördern und unterstützen**

Im Rahmen von PPQ sollten sozialpsychiatrische Träger, Einrichtungen und Dienste sich an Anti-Stigma-Projekten im GPV beteiligen bzw. diese selber initiieren, fördern und die Weiterentwicklung unterstützen.

Hierzu ist es sinnvoll, einen trialogischen Qualitätszirkel einzuberufen, der bereits laufende und erfolgreiche Anti-Stigma-Projekte, wie z. B. »Basta«, das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen in München ([www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de)), »Irre menschlich« in Hamburg ([www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)) und »Irrsinnig menschlich Leipzig e. V.« ([www.irrsinnig-menschlich.de](http://www.irrsinnig-menschlich.de)) analysiert, um diese für die jeweilige Region, möglichst trägerübergreifend im GPV weiterzuentwickeln. Ein weiteres Beispiel ist der Verein »Für alle Fälle e. V.« ([www.faelle.org](http://www.faelle.org)) in Berlin. Ihm gehören mehrheitlich Psychiatrie-Erfahrene an, die sich bewusst »Psychiatriebetroffene« nennen.

### **Trialogische Anti-Stigma-Qualitätszirkel**

Amering et al. bestätigen die Erfahrung, dass z. B. Schulprojekte, mit denen versucht wird, soziale Distanzen zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Schülerinnen/Schüler durch Aufklärung zu überwinden, wesentlich erfolgreicher sind, wenn sie von professionell Helfenden, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen gemeinsam gestaltet werden.<sup>68</sup> Gerade für Schülerinnen und Schüler mit psychisch kranken Eltern ist es wichtig, zur Vervollständigung ihrer eigenen Copingstrategien<sup>69</sup>, auch Erfahrungen von anderen Angehörigen reflektieren zu können.

Grundsätzlich müssen Anti-Stigma-Qualitätszirkel wie auch die entsprechenden Projektteams vor Ort trialogisch besetzt sein.

## **3.2.6 Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger zur Entwicklung von Empowerment und Recovery**

»Kein Mensch kann Selbstständigkeit erlangen, wenn ihm keine Gelegenheit gegeben wird, wichtige Entscheidungen über sein Leben selbst zu treffen.«<sup>70</sup>

Dieser Grundsatz, den Judi Chamberlin formuliert, bildet die Basis für den unter 3.2.3 dargestellten Empowerment-Entwicklungs-Ansatz.

These 4 der »Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie« unterstreicht im gleichen Sinne: »Die Verwirklichung einer demokratischen Psychiatrie, die auf

68 Vgl. AMERING, M. et al. (2007), S. 75

69 Siehe: Glossar

70 Zit. n. CHAMBERLIN, J. (2007), S. 23

dem Dialog fußt, erfordert die volle Unterstützung der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger.«<sup>71</sup>

**PPQ unterstützt und fördert die Selbsthilfe und trägt zu ihrer Weiterentwicklung im Kontext des GPV bei**

In einer zeitgemäßen Sozialpsychiatrie, die auf einer dialogischen Denk- und Handlungskultur basiert, kommt es einem »Kunstfehler« gleich, die Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger nicht eindeutig zu unterstützen und zu ihrer Weiterentwicklung beizutragen.

Aus einseitig institutioneller Sicht sozialpsychiatrischer Systeme (aber auch aller anderen Sozial- und Gesundheitssysteme) könnte es als Widerspruch interpretiert werden, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements zur Selbsthilfeförderung aufgerufen wird. Doch richtet sich diese Aufforderung keineswegs gegen die Institution, vielmehr geht es um einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung.

*Der Kern eines jeden Qualitätsmanagementsystems (QMS) ist die eindeutige »Kundenorientierung« – in der Sozialpsychiatrie also die ausführlich beschriebene Personenzentrierung in einer Dialog-Kultur. Aus Sicht professionell Helfender ist die Selbsthilfeförderung parallel zu professionellen Hilfesystemen ein wesentlicher Wegweiser und -begleiter zur Erkundung und Weiterentwicklung eines jeweils individuellen Weges zu Empowerment und Recovery und damit ein unverzichtbarer Beitrag zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).*

Wesentliche Aspekte zu Entwicklung und Ausbau der Selbsthilfeförderung aus PPQ-Perspektive sind:

- Entwicklung einer Landkarte als Übersicht bestehender Selbsthilfeeinheiten in der jeweiligen Region bzw. im regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV),
- Initiierung bzw. Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfezentren in der Region bzw. im GPV,
- Initiierung, Unterstützung und Förderung von Gruppenangeboten für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, die nach anfänglicher professioneller Begleitung soweit wie möglich in Selbsthilfe übergehen,<sup>72</sup>
- Schaffung und Ermöglichung von Selbsthilfesprechstunden, Selbsthilfetreffpunkten, Selbsthilfetagen, Einladung von beispielhaften Selbsthilfegruppen in klinischen, stationären und ambulanten Bereichen der Sozialpsychiatrie im GPV,
- konzeptionell verankerte Einrichtung von dialogischen Qualitätszirkeln zur Selbsthilfeförderung,

71 Vgl. Magdeburger Thesen 2003, These 4, unter: [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

72 Vgl. hierzu auch GEISLINGER, R. (2007). In: KNUF, A. (2007), S. 259 ff.

- Förderung der Peer-to-Peer-Arbeit, also der Unterstützung Psychiatrie-Erfahrener durch andere Psychiatrie-Erfahrene.

PPQ setzt sich dafür ein, neue Initiativen zu entwickeln bzw. bestehende Projekte der Peer-to-Peer Arbeit zu unterstützen, in denen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ihr Expertenwissen aus Erfahrung anderen psychiatrie-erfahrenen Menschen vermitteln. Beispielhaft sei der Verein »Offene Herberge« in Stuttgart genannt, in dem Psychiatrie-Erfahrene gleichberechtigt und bezahlt mit »nicht psychiatrie-erfahrenen Psychiatrie-Fachkräften« in Teams zusammenarbeiten, sog. »nutzergeführte Einrichtungen« aufbauen und betreiben.<sup>73</sup> Anhand der Leitziele von PPQ sollen Peer-to-Peer-Projekte im GPV initiiert und unterstützt werden.

### 3.2.7 Psychiatrie-Erfahrene als Lehrende, Mitarbeitende, Praktikantinnen und Praktikanten

Unter dem Motto *Experienced Involvement* (Ex-In) entstand in den letzten Jahren in Hamburg und Bremen ein Pilotprojekt mit dem Ziel einer Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen, die als Referierende und/oder Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten tätig werden wollen.

»Die geplante Ausbildung soll den Einfluss von Expertenwissen durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem stärken. Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu zufrieden stellenderen, weniger diskriminierenden und entwürdigenden psychiatrischen Dienstleistungen beitragen.«<sup>74</sup> Inzwischen liegen erste positive Erfahrungen aus dem Raum Hamburg und Bremen vor.<sup>75</sup> Internationale Studien belegen, dass die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen in psychiatrischen Einrichtungen und Diensten »zu mehr Empowerment, der Entwicklung sozialer Netzwerke, zu verbesserter sozialer Aktivität, mehr Verantwortungsübernahme, zu erweiterten Coping- und Problemlösungspotenzialen und zu größerer Hoffnung führt. Die Angebote werden flexibler, halten mehr Wahlmöglichkeiten vor, bieten konkrete, praktische Informationen und sind stärker am Recovery-Ansatz orientiert.«<sup>76</sup>

---

73 Vgl. [www.offene-herberge.de](http://www.offene-herberge.de)

74 Vgl. [www.ex-in.info/deutsch/](http://www.ex-in.info/deutsch/)

75 Ebd.

76 Vgl. DAVIDSON, L. et al. (2006), HARDIMAN, E. R. et al. (2005), in: UTSCHAKOWSKI, J. (2007) In: KNUF, A. (2007), S. 292

### **Empfehlungen zur Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen**

Aus Sicht von PPQ ist die verstärkte Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen in Teams psychiatrischer Einrichtungen und Dienste »ein vielversprechender Ansatz, der sowohl für die betreffenden Personen, für Professionelle als auch für Klienten zahlreiche Vorteile mit sich bringt«. <sup>77</sup>

Die Psychiatrie-Erfahrenen haben im Rahmen ihrer Qualifizierung die Chance, zunächst ihre eigenen Erfahrungen mit anderen kritisch zu reflektieren. Viele EX-IN-Teilnehmende waren zuvor oft jahrelang Mitglieder in Psychoseminaren oder Dialog-Foren und sind es auch weiterhin. Durch ihre Mitwirkung wird die praktische Umsetzung der von PPQ angestrebten dialogischen Denk- und Handlungskultur gefördert.

PPQ-orientierte sozialpsychiatrische Träger, Dienste und Einrichtungen werden ermuntert:

- die Qualifizierung und Beschäftigung von Psychiatrie-Erfahrenen als Dozierende und/oder Mitarbeitende in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten zu unterstützen;
- die Mitarbeit von professionell Helfenden zu fördern, die sich gleichzeitig als Psychiatrie-Erfahrene und/oder Angehörige zu erkennen geben. Diese ausdrückliche Empfehlung resultiert aus der Erkenntnis, dass nach wie vor professionell und bürgerschaftlich Tätige, die selbst Angehörige und/oder psychiatrie-erfahren sind und sich offen dazu bekennen, geringere Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt haben. Bei Personalverantwortlichen stößt ein solches Bekenntnis kaum auf Akzeptanz, wird vielmehr als mangelhafte Qualifikation zur Mitarbeit in psychiatrischen Teams gewertet. <sup>78</sup>

### **3.2.8 Beschwerde- und Verbesserungsmanagement – Unabhängige dialogische Beschwerdestellen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)**

Das Beschwerdemanagement in sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und Verbundsystemen benötigt geregelte Verfahrensweisen: die Übernahme der Verantwortung für das Beschwerdemanagement durch die Leitung, einen internen dialogischen »Qualitätszirkel Beschwerdekultur« und unabhängige Beschwerdestellen als gemeinsam getragene Einrichtungen der Gemeindepsychiatrischen Verbände.

Beim Aufbau eines umfassenden Beschwerde- und Verbesserungsmanagements in PPQ sollten folgende grundlegende Elemente weiterentwickelt werden:

---

<sup>77</sup> Zit. n. UTSCHAKOWSKI, J. (2007). In: KNUF, A. (2007), S. 296

<sup>78</sup> Vgl. hierzu bes.: PRINS, S. (Hrsg.) (2006)

- Internes und externes Beschwerdemanagement ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements.
- Voraussetzung für eine Beschwerdekultur ist primär die Haltung aller Mitarbeitenden: Beschwerden sind grundsätzlich willkommen. Sie werden im Hinblick auf ihr Verbesserungspotential gewürdigt.
- Alle Mitarbeitenden werden in Beschwerde- und Verbesserungsmanagement geschult.
- Beschwerden werden systematisch, zügig und kundenorientiert bearbeitet.
- Sowohl einrichtungsintern als auch verbundsbezogen sollte eine dialogische Beschwerdekultur entwickelt werden. Dies bedeutet, dass Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Professionelle und bürgerschaftlich Helfende zur Mitarbeit in den »Qualitätszirkel Beschwerdekultur« eingeladen werden.
- Ziel der dialogischen Erarbeitung einer Beschwerdekultur in partnerschaftlichen Qualitätszirkeln ist vor allem eine *für alle Beteiligten angstfreie Kultur* des Beschwerde- und Verbesserungswesens, in der Beschwerdeführende nicht stigmatisiert oder diskriminiert werden.
- Beschwerden können mündlich, schriftlich, offen oder anonym eingereicht werden (alle Beschwerde-Wege als Option!).
- Für alle beteiligten Kerngruppen (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und professionell Helfende) werden Ombudsleute als Ansprechpartner benannt.
- Bei intern unlösbaren Konflikten werden durch die Mitarbeitenden aktiv unabhängige externe Beschwerdestellen empfohlen.
- Korrekturmaßnahmen dienen der ständigen Qualitätsverbesserung im Rahmen des KVP (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess).
- Intern: Die Einberufung eines dialogischen Qualitätszirkels (Qualitätszirkel Beschwerdekultur) zum Thema Beschwerde- und Verbesserungsmanagement ist jederzeit möglich.
- Extern: Die Träger unterstützen den Aufbau unabhängiger und dialogisch besetzter Beschwerdestellen in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Dazu sind die im Rahmen des DGSP-Projekts: »Förderstelle unabhängiger Beschwerdestellen in der Psychiatrie« entwickelten Standards richtungsweisend.<sup>79</sup>

---

79 Vgl. UEBELE, G. (2007) im Internet unter: DGSP [www.psychiatrie.de/dgsp](http://www.psychiatrie.de/dgsp)

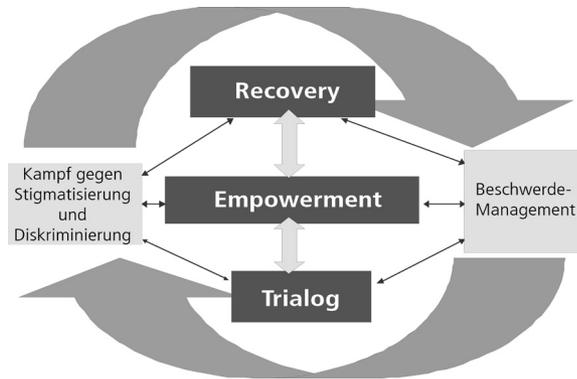


Abb. 10: Beschwerde- und Verbesserungsmanagement als grundlegender Bestandteil eines QMS, das sich den Prinzipien des Trialog-, Empowerment- und Recovery-Ansatzes verpflichtet sieht

### 3.2.9 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen

- Die individuelle Perspektive, Bedürfnis- und Bedarfslage von Klientinnen und Klienten (Psychiatrie-Erfahrenen/Betroffenen) stehen im Mittelpunkt aller Bemühungen des Qualitätsmanagements. Diese Grundorientierung wird in den Leitzielen des Trägers und in den einrichtungsspezifischen PPQ-Handwerksbüchern verbindlich festgeschrieben.
- Grundlage des kontinuierlichen QM-Prozesses ist die Arbeit in trialogischen Qualitätszirkeln. Auf Basis der im PPQ beschriebenen Trialog-Kultur wird der Empowerment- und Recovery-Ansatz in einem trialogischen Qualitätszirkel ständig weiterentwickelt.
- Die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als Referentinnen und Referenten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Professioneller sowie ehrenamtlich bzw. bürgerschaftlich Helfender wird gefördert und ermöglicht. Die spezifischen Kompetenzen der Psychiatrie-Erfahrenen werden in der sozialpsychiatrischen Arbeit systematisch genutzt.
- Die Leitungsverantwortlichen sozialpsychiatrischer Träger, Einrichtungen und Dienste werden durch trialogische Beiräte beraten.
- Internes und externes Beschwerdemanagement ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements.
- Das externe Beschwerdemanagement wird in Form unabhängiger trialogischer Beschwerdestellen im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) gefördert.
- Die kontinuierliche Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in die Psychiatrieplanung, Psychiatriepolitik und strukturelle Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie wird gefördert und über den GPV sichergestellt.

### 3.2.10 Literatur

- AMERING, M., SCHMOLKE, M. (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn
- BOCK, T., BUCK, D., ESTERER, I. (2000): »Es ist normal, verschieden zu sein«. Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog. Psychosoziale Arbeitshilfen (10). 2., aktualisierte Auflage. Bonn
- BOMBOSCH, J. (2007): Soviel Dialog war noch nie – sind wir nach Potsdam 2007 verstärkt auf dem Weg zur Dialogischen Psychiatrie? Subjektive Einblicke und Ausblicke vom dritten Gesamttreffen der Psychoseminare aus der Schweiz, Österreich, Liechtenstein, Polen und Deutschland. In: Soziale Psychiatrie, Heft 4/2007, S. 30–33, Bonn
- BOMBOSCH, J., HANSEN, H., Blume, J. (Hrsg.) (2004/2007): Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster
- DÖRNER, K., PLOG, U., TELLER, C., Wendt, F. (2009): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn
- FINZEN, A. (2000): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. Bonn
- GEISLINGER, R. (Hrsg.) (1998): Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modell der Teilhabe. München
- KNUF, A., OSTERFELD, M., SEIBERT, U. (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn
- KNUF, A. (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Basiswissen. Bonn
- Magdeburger Thesen zur Dialogischen Psychiatrie (2004). In: BOMBOSCH, J. et al. (Hrsg.) (2004/2007). Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie, S. 117f., Neumünster
- Münchener Thesen und Forderungen für eine soziale Psychiatrie in Europa (2008). In: Soziale Psychiatrie, Heft 2/2008, 32. Jahrgang, S. 21, Bonn
- PRINS, S. (Hrsg.) (2006). »Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen«. Bonn
- UEBELE, G. (2008): Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Ein Ratgeber. Vgl. [www.beschwerde-psychiatrie.de](http://www.beschwerde-psychiatrie.de) oder: [www.psychiatrie.de/dgsp](http://www.psychiatrie.de/dgsp)
- Wiener Thesen und Forderungen zur Dialogischen Psychiatrie. In: WAGNER, R. (Hrsg.) (2006): Die Zukunft ehrenamtlichen Engagements in einem sich verändernden Gesundheits- und Sozialwesen. Pro mente Wien ([www.promente-wien.at](http://www.promente-wien.at)). Wiener Thesen und Forderungen zur Dialogischen Psychiatrie, S. 39. Wien

### 3.3 Beteiligung der Angehörigen

#### Abstract

Ein wesentliches Merkmal von PPQ ist die Wertschätzung der Angehörigen als bedeutsamer Teil des Helfersystems und Partner im Dialog. Daraus leitet sich die selbstverständliche, angemessene Beteiligung von Angehörigen an der Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation ab, bei der Organisation sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen sowie bei (kommunal-)politischen Planungs- und Entscheidungsprozessen. Der Grundsatz, Kompetenzen und Bedürfnisse der Angehörigen auf unterschiedlichsten Ebenen einzubeziehen, war Ausgangspunkt für die Formulierung verschiedener Indikatoren der Qualitätsbeurteilung, die in die Strukturierten Qualitätsberichte von PPQ eingegangen sind.

Anhand von Angehörigengruppen und Angehörigenbefragungen unterschiedlicher Prägung wird gezeigt, wie die Perspektive der Angehörigen im dialogischen Miteinander verankert werden kann.

Die exklusive Beziehung zwischen Klientin oder Klient und professionell Helfenden dominierte über Jahrzehnte psychiatrisches und sozialpsychiatrisches Handeln. Die nächsten Angehörigen psychisch kranker Menschen galten als Krankheitsverursacher und blieben als Störenfriede »draußen vor der Tür«. Erst der Zusammenschluss der Angehörigen in Selbsthilfegruppen und Verbänden (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Landesverbände, örtliche Gruppen und Vereine) hat dazu geführt, dass sich seit den 80er-Jahren Sichtweisen und Verhalten allmählich wandeln. Allerdings ändern sich die Rollenzuschreibungen im psychiatrischen Versorgungssystem nur sehr zögerlich. Zwar werden die Anliegen der Angehörigen auf psychiatriepolitischer Ebene zumindest wahrgenommen, doch in der Praxis vor Ort sind auch heute noch erhebliche Defizite zu verzeichnen.

PPQ zielt auf Vorgehensweisen, die zu einer angemessenen Beteiligung von Angehörigen an der Hilfeplanung und -gestaltung, der Organisation sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen sowie bei (kommunal-)politischen Planungs- und Entscheidungsprozessen beitragen.

#### 3.3.1 Ansätze der Angehörigenarbeit

Professionelle psychiatrische Hilfe berücksichtigt folgende Aspekte:

- Die Angehörigen tragen die Hauptlast der Versorgung chronisch psychisch Kranker und sind dabei erheblichen Belastungen ausgesetzt.<sup>80</sup> Sie sind oft die

---

80 FRANZ, M. et al. (2003)

einzig kontinuierlichen Bezugspersonen, die dem erkrankten Familienmitglied ein Leben lang zur Seite stehen.

- Angehörige sind ein bedeutsamer Teil des Hilfesystems und stellen die größte Ressource für die Verbesserung der Situation psychiatrie-erfahrener Menschen.
- Angehörige können ihre nicht freiwillig gewählte Aufgabe aber nur meistern, wenn professionell Helfende ihnen den »Rücken stärken« und sie bei ihren Bemühungen, hilfreich zu sein, ebenso unterstützen wie bei der Suche nach Möglichkeiten der Entlastung.
- Psychiatrisches Handeln ohne die Einbeziehung der unmittelbar beteiligten und mitbetroffenen Angehörigen und Bezugspersonen ist deshalb ein Kunstfehler.
- Die Einbeziehung der Angehörigen kann die Erfolgsaussichten therapeutischer Interventionen erheblich verbessern. Das darf aber nicht dazu verführen, sie zu instrumentalisieren und sie zu Ko-Therapeutinnen oder Ko-Therapeuten zu machen.
- Bei Ablösungsprozessen kann es geboten sein, die Beratung und Begleitung eines erkrankten Familienmitglieds und seiner Angehörigen unabhängig voneinander und gleichzeitig aufeinander bezogen zu gestalten.
- Angehörige haben eigene Anliegen und Bedürfnisse. Sie haben ein eigenständiges Recht auf Beratung und Unterstützung.
- Zutiefst mitbetroffene Angehörige sind auch kleine Kinder und Jugendliche, vor allem wenn Mutter und/oder Vater erkrankt sind. Sie bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit und altersgemäßer Unterstützung. Für die dazu notwendige Kooperation zwischen (Erwachsenen-)Psychiatrie und Jugendhilfe müssen verbindliche Regeln<sup>81</sup> vereinbart werden.
- Da die Kinder und ihr Hilfebedarf als Angehörige erst in den letzten zehn Jahren ins Blickfeld gerückt sind, fehlt es noch weitgehend an spezifischen Angeboten für die verschiedenen Altersgruppen wie auch für Eltern-Kind-Behandlung.<sup>82</sup>
- Professionell Mitarbeitende handeln aus einer allparteilichen Perspektive, indem sie sich aktiv in die Position jedes Familienmitglieds einfühlen.
- Sozialpsychiatrisches Handeln in der Arbeit mit Familien orientiert sich in erster Linie an den jeweiligen Ressourcen.
- Basis sozialpsychiatrischen Handelns ist die »trialogische Verhandlung« zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Mitarbeitenden.

---

81 LENZ, A., 2005 und 2008

82 ARENS, D./GÖRGEN, E., 2006. Weitere Literatur, Adressen und Informationen über Modellprojekte sowie inzwischen etablierte Angebote im Internet unter [www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de), [www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de), [www.kinder-psychisch-kranker.de](http://www.kinder-psychisch-kranker.de)

### 3.3.2 Angehörigengruppen

Kennzeichen einer sozialpsychiatrischen Grundhaltung ist u. a. die selbstverständliche Beteiligung der Angehörigen im Sinne des Dialogs. Ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Bedürfnisse sind bei der Gestaltung von Beratungs- und Hilfeprozessen sowie bei der Planung, Organisation und Entwicklung sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus können spezifische Aktivitäten wie z. B. regelmäßige Angehörigensprechstunden, Angehörigenvisiten, Gruppenangebote u. a. der Perspektive von Angehörigen systematisch Raum geben.

Angehörigengruppen<sup>83</sup> eignen sich in diesem Sinne als Forum für die kontinuierliche Artikulation der Bedürfnisse und Erwartungen von Angehörigen:

- Angehörigengruppen können von Mitarbeitenden eines Dienstes oder einer Einrichtung für die Angehörigen der Klientinnen und Klienten angeboten werden, um die Beratungs- und Hilfeprozesse unmittelbar zu fördern.
- Angehörigengruppen können als Selbsthilfegruppen unter dem Dach eines Dienstes oder einer Einrichtung organisiert werden. Sie dienen der gegenseitigen Unterstützung und Information der Angehörigen und bieten Gelegenheit zur Reflexion eigener Erfahrungen, Probleme und Unsicherheiten im Umgang mit dem psychisch erkrankten Familienmitglied. Werden solche Selbsthilfegruppen von Mitarbeitenden der jeweiligen Dienste und Einrichtungen begleitet, bilden sie gleichzeitig ein kritisches Korrektiv: als einrichtungsbezogenes Forum, in dem Angehörige nicht nur Unterstützung erfahren, sondern auch ihre Zufriedenheit mit der Arbeit des Dienstes oder der Einrichtung unmittelbar rückmelden können.
- Angehörigengruppen können als unabhängige Selbsthilfegruppen entstehen, die für alle Angehörigen psychisch erkrankter Menschen einer Region offen sind. Autonome Selbsthilfegruppen übernehmen häufig auch die Aufgabe, die Anliegen von Angehörigen in die sozialpolitischen Planungs- und Entscheidungsprozesse einzubringen. Diese Gruppen sind in der Regel in den Landesverbänden der »Familienselbsthilfe Psychiatrie«, des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, organisatorisch eingebunden.

### 3.3.3 Angehörigenbefragungen

Einen weiteren Zugang zur Perspektive von Angehörigen als Nutzerinnen und Nutzer sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen eröffnen gezielte Befragungen. Im Interesse einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung ist die Befragung von Angehörigen für die jeweiligen Dienste und Einrichtungen, aber

---

83 DEGER-ERLENMEYER, H. et al. (2006)

auch für die gesamte gemeindepsychiatrische Landschaft eine gute Möglichkeit, Rückmeldungen und Bewertungen der Nutzerinnen und Nutzer zu erhalten.

- Angehörigenbefragungen können von einzelnen Diensten, Einrichtungen und Kliniken durchgeführt werden, um ihre Arbeit aus Angehörigensicht zu beleuchten.
- Regionale Befragungen der Angehörigen als Nutzerinnen und Nutzer eines psychiatrischen Hilfesystems können von den im Gemeindepsychiatrischen Verbund organisierten Institutionen und/oder der Psychiatriekoordination durchgeführt werden. Sie sollten sinnvollerweise in Kooperation mit den regionalen Angehörigen(selbsthilfe)gruppen erfolgen. Eine solche verbundsbezogene Befragung der Angehörigen kann zu wichtigen Einschätzungen über die Versorgungsqualität in einer Region führen.
- Angehörigenbefragungen können auch von Angehörigengruppen selbst und/oder von deren Landesverbänden durchgeführt werden. Ihre Ergebnisse können auf diese Weise in kommunale bzw. regionale Planungsprozesse und die politischen Gremien einfließen.

Als Beispiel für eine verbundsbezogene Befragung kann das Kooperationsprojekt der Ev. Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg mit der Aktionsgemeinschaft Stuttgart der Angehörigen psychisch Kranker e. V., der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. und der Sozialplanung des Gesundheitsamtes von 2004 dienen. Diese breit angelegte Befragung, an der sich alle psychiatrischen Dienste und Einrichtungen in Stuttgart beteiligten, sollte Aufschluss darüber geben, wie die Angehörigen die Qualität der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt beurteilen. Die Ergebnisse wurden in zwei trägerübergreifenden Sitzungen gemeinsam ausgewertet und boten vielfältige Anregungen zur weiteren Qualitätsentwicklung in der Gemeindepsychiatrie.

Der im Internet<sup>84</sup> abrufbare Fragebogen kann entsprechend den regionalen Gegebenheiten modifiziert und für eigene Befragungen verwendet werden. Auch das Benchmarking-Projekt der Bundesfachverbände BeB und CBP enthält Befragungsmodule für die Zielgruppe der Angehörigen.<sup>85</sup>

### 3.3.4 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Beteiligung der Angehörigen

- Die »trialogische Verhandlung« zwischen Klientinnen und Klienten, Angehörigen und Mitarbeitenden ist in der Konzeption des Dienstes oder der Einrichtung verankert.

84 [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

85 [www.bfs-service.de](http://www.bfs-service.de)

- Angehörige wie Klientinnen und Klienten sind an der Weiterentwicklung der Konzeption beteiligt.
- Angehörige erhalten eigene Gesprächsmöglichkeiten und Hilfsangebote.
- Die Angehörigen werden bei ihrer Selbstorganisation auf Wunsch beraten und unterstützt.
- Angehörigenbefragungen werden regelmäßig durchgeführt.
- Der Dienst/die Einrichtung beteiligt sich an dialogischen Veranstaltungen (z. B. an Psychose-Seminaren) und fördert diese.
- Die Sichtweisen und Bedürfnisse der Angehörigen werden bei der Hilfebedarfs- bzw. Therapieplanung berücksichtigt. Besondere Beachtung findet dabei das Wohl minderjähriger Kinder.
- Das interne Beschwerdemanagement ist dialogisch organisiert.

### 3.3.5 Literatur

- ARENS, D., GÖRGEN, E. (2006): Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Ein Konzept für die stationäre Pflege. 1. Aufl. Bonn
- DEGER-ERLENMAIER, H. u. a. (2006): Die Angehörigengruppe. Ein Leitfaden für Moderatoren. Arbeitshilfe 12, 3. Aufl. Bonn
- FRANZ, M. et al. (2003): Gießener Angehörigenstudie. Universität Gießen
- LENZ, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern – interinstitutionelle Kooperation als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen. In: Familie, Partnerschaft und Recht, 6, 2005, S. 246–250
- LENZ, A., JUNGBAUER, J. (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. 1. Aufl. Tübingen
- WILMS, H. U., BULL, N., WITTMUND, B., ANGERMEYER, M. C. (2005): Hilfen für Partner psychisch kranker Menschen. Ein Gruppenmanual für Angehörige chronisch psychisch kranker Menschen. 1. Aufl. Bonn

### 3.4 Gemeinwesenorientierung

#### Abstract

Gemeinwesenorientierung ist ein grundlegender Bestandteil des Alltagshandelns in ambulanten und stationären sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten. Es werden verschiedene Konzepte der Gemeinwesenorientierung beschrieben, die sich darin unterscheiden, inwieweit auch politische und gesellschaftliche Veränderungen angestrebt und inwieweit Ressourcen für fallunspezifische Hilfen und Aktivitäten bereitgestellt werden. Gemeinwesenorientierte Konzepte der Sozialpsychiatrie, die nicht in einer »Psychiatrie-Gemeinde« münden sollen, brauchen zusätzlich zur Einzelfallhilfe einen weiteren Arbeitsschwerpunkt, um das Gemeinwesen, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen leben, zu entwickeln und zu unterstützen. Das heißt: Gemeinwesenorientierung darf sich nicht nur auf die bessere Ausstattung mit sozialen Dienstleistungen sowie deren verbesserte Kooperation und Koordination beschränken, sondern sie muss auch weitergehende Aktivitäten umfassen. Diese zielen auf die Verbesserung der Lebensbedingungen durch Veränderung der Strukturen des sozialen Nahraums ab und auf die Stärkung der Betroffenen. Dabei stellt das Spannungsverhältnis, das durch die Integration ausgegrenzter Menschen in das »normale« gesellschaftliche Leben entsteht, einen wichtigen Aspekt der Gemeinwesenarbeit dar. Zwei beispielhafte Modelle werden vorgestellt: Das Programm »Soziale Stadt« und das niederländische »Kwartiermaken«. Dieser Ansatz zeigt, wie ein gesellschaftliches Klima gefördert werden kann, in welchem sich Psychiatrie-Erfahrene mehr einbringen können und in dem mehr Begegnung zwischen Menschen mit und ohne psychiatrische Diagnosen möglich wird.

Nachdem es seit Anfang der 80er-Jahre kaum neue Konzeptentwicklungen zur Gemeinwesenorientierung gab, werden in den letzten Jahren Begriffe wie Gemeinwesenorientierung und Sozialraumorientierung nicht nur im Bereich der Sozialpsychiatrie wieder verstärkt diskutiert. Über die in den Konzepten intendierten, fachlichen Impulse hinaus stellt sich die Frage, inwieweit die Diskurse auch als Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen verstanden werden können. Entwicklungen, die durch zunehmende Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen, von Polarisierungen und Spaltungsprozessen innerhalb der Gesellschaft gekennzeichnet sind, treffen nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Bei Entscheidungen der Politik und der Leistungsträger spielen finanzielle Erwägungen und neue Steuerungsmodelle wie beispielsweise das Sozialraumbudget bzw. Regionalbudget in den aktuellen Diskussionen eine wachsende Rolle.

In der Sozialpsychiatrie reflektiert die neuerliche Auseinandersetzung mit der Gemeinwesenorientierung darüber hinaus den kritischen Einwand, in den letzten

Jahren statt einer Gemeindepsychiatrie eine »Psychiatrie-Gemeinde« geschaffen zu haben. So formulieren Eikelmann und Reker,<sup>86</sup> dass die Psychiatriereform nicht zu einer tatsächlichen Integration psychisch kranker Menschen in das kommunale Alltagsleben geführt habe, sondern dass »gemeindenaher Parallelwelten« entstanden seien. Die Klientinnen und Klienten leben nun in kleineren Einrichtungen in der Region und haben – fast – nur dort ihre sozialen Kontakte.

### 3.4.1 **Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit und Sozialpsychiatrie**

Da es sehr unterschiedliche Konzepte der Gemeinwesenarbeit gibt, ist eine allgemeingültige Definition nicht möglich. Als kleinster gemeinsamer Nenner lässt sich jedoch festhalten, dass Gemeinwesenarbeit den Fokus ihrer Tätigkeit nicht auf das Individuum oder eine Kleingruppe richtet, sondern auf größere soziale Netzwerke.<sup>87</sup> Die grundlegende Idee der Gemeinwesenarbeit lautet, dass soziale Probleme nur in ihrem sozialen Kontext thematisiert und methodisch angegangen werden können. Das Ziel besteht immer in der Aktivierung der Bevölkerung innerhalb des Gemeinwesens, um so die Ressource Gemeinschaft zur Bearbeitung sozialer Problemlagen zu nutzen. Um von Gemeinwesenarbeit sprechen zu können, ist es unerlässlich, dass diese Aktivierung durch Angehörige sozialer Berufsgruppen angeregt, unterstützt sowie beratend und koordinierend begleitet wird.

In der deutschen Sozialpsychiatrie haben sich vorrangig Konzepte der sogenannten wohlfahrtsstaatlichen Gemeinwesenarbeit bzw. Gemeinwesenorientierung durchgesetzt, bei denen die bessere Ausstattung von Sozialräumen mit sozialen Dienstleistungen, insbesondere deren Koordination und Organisation bei der Abstimmung mit anderen Trägern im Vordergrund der Bemühungen steht.

Der Begriff der Sozialraumorientierung charakterisiert eine konzeptionelle wie auch professionelle Umorientierung, die sich in dem Stichwort »Vom Fall zum Feld« niederschlägt.<sup>88</sup> Dies bedeutet u. a., dass fallunspezifische Hilfe- und Interventionsbedarfe ermittelt und bereitgestellt werden. Auf der methodischen Ebene sind zugehende und aktivierende Ansätze gemeint.

Die Sozialraumorientierung ist in der Kinder- und Jugendhilfe am weitesten verbreitet und wird dort kontrovers diskutiert. Häufig wird unter dem Begriff der Sozialraumorientierung nur noch die Auseinandersetzung um die Finanzierung der Sozialraumbudgets und die Aufteilung von Städten in planungsfähige Sozialräume verstanden.

---

86 Zit. n. GREVE, N. (2007)

87 Vgl. GALUSKE, M. (1998)

88 Vgl. MERTEN, R. (2002)

Im Gegensatz dazu umfasst das ursprüngliche Lebensweltkonzept die Stärkung der Betroffenenperspektive. Neben der Vernetzung geht es vor allem um Empowerment und Ressourcenorientierung. Lebenswelt beschreibt – anders als der geografisch abgegrenzte Sozialraum oder Einzugsbereich – subjektive Aneignungsräume. Im Unterschied zu einer klar definierbaren Lebenslage meint Lebenswelt die individuelle Wahrnehmung, die jede und jeder der eigenen Existenz gegenüber entwickelt. Die subjektiven Erfahrungen, die Art und Weise, wie diese gedeutet und bewertet werden, sowie das konkrete soziale Umfeld machen das individuelle Erleben der Lebenswelt aus. Die Lebensbezüge wie auch Lebensstile und Milieus sollen verstanden und als relevante Umwelten begriffen werden, um so sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln. Sozialräumliche Jugendarbeit beispielsweise meint auch die Wiedergewinnung der »Straße« als öffentlichen Raum für Kinder und Jugendliche. Sozialräumliche Gemeindepsychiatrie muss demnach ebenfalls auf die Wiedergewinnung des öffentlichen Raumes des Stadtteils, des Arbeitskontextes etc. abzielen.

Die Relevanz des Sozialraumkonzeptes zeigt sich auf folgenden drei Ebenen:<sup>89</sup>

- Räumliche Ebene (von den betroffenen Menschen festgelegter Raum als Bezugsgröße professioneller Aktivitäten),
- Steuerungsebene (Bezugsgröße für die Konzentration von Personal und anderen Ressourcen),
- finanzierungstechnische Ebene (Bildung von regionalen Budgets, die Strukturen für fallübergreifende Hilfen und Aktivitäten schaffen sollen).

### **3.4.2 Gemeinwesenorientierung als eine wesentliche Leistungsdimension für die Qualitätsentwicklung sozialpsychiatrischer Arbeit**

Gemeinwesenorientierung ist grundlegender Bestandteil des Alltagshandelns in ambulanten und stationären sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten. Es existieren jedoch sehr unterschiedliche Konzepte der Gemeinwesenorientierung, die sich u. a. darin unterscheiden, inwieweit politische und gesellschaftliche Veränderungen angestrebt und Ressourcen für fallunspezifische Hilfen und Aktivitäten bereitgestellt werden. Mit der Gemeinwesenorientierung werden in der Regel folgende Ziele verfolgt:

- Von Ausschluss bedrohten psychisch erkrankten Menschen soll ein Verbleiben im Gemeinwesen ermöglicht werden.
- Die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen in ihrem Alltag soll gefördert werden.

---

89 Vgl. HINTE, W. (2002)

- Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen darin unterstützt werden, ihre Belange selbst in die Hand zu nehmen und zu vertreten.
- In den Stadtteilen sollen Partizipationsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen geschaffen werden.
- Bestehende soziale Netze sollen stabilisiert und neue geknüpft werden. Wo nötig, sollen sie durch professionelle Hilfen entlastet werden.
- Psychische Erkrankungen und der Alltag von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen in der Öffentlichkeit zum Thema gemacht werden, um Verständnis und Unterstützung durch Nachbarn u. a. zu erleichtern.
- Gemeinwesenarbeit soll die Grenzen der Toleranz und der Akzeptanz gegenüber dem Anderssein in der gesellschaftlichen Normalität ausweiten.
- Qualifizierungs- und Bildungsprozesse für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen erschlossen bzw. initiiert und ausgebaut werden.

Gemeinwesenarbeit im Sinne von PPQ ist Teil der täglichen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Sie ist ein Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit in der Gemeinde und der Kooperationsarbeit innerhalb der Versorgungsstrukturen der professionellen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Dienste und Einrichtungen. Gemeindepsychiatrische Konzepte, die nicht zu einer »Psychiatrie-Gemeinde« führen, brauchen zusätzlich zur Einzelfallhilfe einen weiteren Arbeitsschwerpunkt, um das Gemeinwesen, in dem psychisch kranke Menschen leben, zu entwickeln und zu unterstützen. Die wichtigen Schlüsselpersonen in einem Gemeinwesen – wie Lehrkräfte, Vereinsvorsitzende, Polizistinnen und Polizisten, Hausmeisterinnen und Hausmeister, Geistliche sowie Kolleginnen und Kollegen aus anderen sozialen Diensten und Behörden – brauchen Beratung, Informationen etc. Zivilgesellschaftliches Engagement muss angeregt und nachhaltig begleitet werden.

Das Spannungsverhältnis, das durch die Integration ausgegrenzter Menschen in das »normale« gesellschaftliche Leben entsteht, stellt dabei einen wichtigen Aspekt bei der Gemeinwesenorientierung dar.<sup>90</sup>

#### **Voraussetzungen gemeinwesenorientierter Arbeit**

Im Folgenden werden Orientierungslinien für die Gemeinwesenarbeit formuliert, die im Detail den regionalen Gegebenheiten angepasst werden müssen.

Es entspricht dem sozialpsychiatrischen Grundverständnis, das Leben und Leiden psychisch erkrankter Menschen in der Vielfalt ihrer unterschiedlichen Bezugssysteme zu betrachten. Die Berücksichtigung und Einbeziehung lebensgeschichtlicher, kultureller, sozialer und familiärer Aspekte sowie der unmittelbare Bezug zum Gemeinwesen tragen dazu bei, Beziehungen und Vertrauen zu psychisch erkrankten Menschen aufzubauen, sie und ihre Angehörigen besser verstehen zu lernen.

---

90 Vgl. KAL, D. (2006)

Ein gemeinwesenorientiertes sozialpsychiatrisches Grundverständnis äußert sich im unmittelbaren Handeln in der Gemeinde. Sozialpsychiatrisches Handeln setzt voraus, psychisch erkrankte Menschen in ihrem Lebensumfeld aufzusuchen, um sie in der Gestaltung und Bewältigung ihres Alltags zu beraten, zu begleiten und zu unterstützen. Die Orientierung an den persönlichen Bedürfnissen einzelner Klientinnen und Klienten verlangt von den Mitarbeitenden, an der Erschließung sozialer Ressourcen im Gemeinwesen mitzuwirken, indem sie den Zugang zu sozialen Hilfen ermöglichen, ergänzende Unterstützung durch andere Dienste und Einrichtungen vermitteln sowie für eine sinnvolle Koordination innerhalb des Hilfesystems Sorge tragen. Die Förderung und Pflege nicht-professioneller Unterstützungsangebote aus dem sozialen Umfeld psychisch kranker Menschen ist Ausdruck der Gemeinwesenorientierung eines Dienstes.

Voraussetzungen hierfür sind:

- Kennen(lernen) des Gemeinwesens,
- kontinuierliche Präsenz im Gemeinwesen und eine systematische Öffentlichkeitsarbeit,
- ständige Reflexion der Kooperationsbeziehungen und des eigenen Erscheinungsbildes innerhalb des Versorgungssystems,
- Reflexion des eigenen exkludierenden Charakters,
- Möglichkeiten der Begegnung und Freiräume, in denen das zunächst »Fremde« und »Andere« sich ohne Normalisierungsdruck ausdrücken kann,
- personelle und finanzielle Ressourcen für die Gewinnung, Begleitung und Unterstützung von bürgerschaftlich Engagierten und Honorarkräften,
- personelle und finanzielle Ressourcen für Fortbildungen und Beratung unterschiedlicher Einrichtungen in der Gemeinde.

### **3.4.3 Förderung sozialer Inklusion und Partizipation – Anregung bürgerschaftlichen Engagements**

Jedes Gemeinwesen verfügt über nicht-psychiatrische Unterstützungsangebote, die Betroffene nutzen können. Dazu ist es notwendig, dass eine gemeinwesenorientierte Psychiatrie aktiv am Leben in der Gemeinde teilnimmt. Eine so verstandene Teilhabe eröffnet vielfältige Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements. Nach wie vor gibt es in der Bundesrepublik eine hohe Bereitschaft innerhalb der Bevölkerung, sich ehrenamtlich zu engagieren. Allerdings wird nur circa ein Prozent des bürgerschaftlichen Engagements im sozialen Bereich erbracht, was zum Teil auf den hohen Grad der Professionalisierung in diesem Sektor zurückgeführt wird. Während sich die Bemühungen der Gemeindepsychiatrie in den letzten Jahrzehnten auf die Professionalisierung der Hilfen konzentrierte, sollte sie sich in Zukunft auch der Förderung von Selbsthilfe und Bürgerhilfe bzw. eh-

renamtlichem Engagement stärker zuwenden. Wenn ehrenamtliches Engagement bedeutsam sein soll für die Versorgungsqualität, dann sind Rahmenbedingungen mit materiellen Ressourcen und fachlicher Unterstützung unerlässlich.<sup>91</sup> Dienste und Einrichtungen müssen einen organisatorischen Rahmen bereitstellen, der ein individuell beratendes und förderndes Umfeld liefert, in dem Menschen, die sich engagieren wollen, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie Möglichkeiten des Austausches finden. Die Zugänge zum Ehrenamt müssen verbessert, präzise Informationen über die anstehenden Aufgaben gegeben und die veränderten Erwartungen und Motive bei den ehrenamtlich Tätigen gezielter berücksichtigt werden.

Daraus leiten sich konkrete Ziele für die Arbeit sozialpsychiatrischer Einrichtungen und Dienste ab. In der konkreten personenzentrierten Arbeit im Lebensfeld zeigt sich dies z. B.

- in der Bemühung um den Erhalt der Wohnung, z. B. durch die Förderung von Akzeptanz und Toleranz im sozialen Umfeld,
- in der Ausweitung des sozialen Lebensraums, z. B. durch die Förderung der Fähigkeit zum Verlassen der Wohnung,
- in der Beteiligung an Aktivitäten im Gemeinwesen.

Über die Arbeit mit dem einzelnen psychisch kranken Menschen hinausgehende Aufgaben sind z. B.:

- Aufbau, Stabilisierung und Entlastung sozialer Netze,
- Öffentlichkeitsarbeit im Gemeinwesen, informelle Kontakte zu Multiplikatoren des Stadtteils,
- Durchführung von Informations- und Bildungsangeboten,
- Sammeln soziostruktureller und -demografischer Daten über das Gemeinwesen,
- Beschäftigung mit den vorherrschenden Alltagskulturen, mit Deutungs- und Handlungsmustern im Alltag,
- Pflege der Kontakte mit Kirchengemeinden, Vereinen und politisch Verantwortlichen der Kommune oder des Landkreises.

Professionelle psychiatrische Hilfsangebote sind gefordert, entsprechende alltagsorientierte Konzepte zu entwickeln, umzusetzen und verstärkt mit nicht-psychiatrischen Hilfen im Gemeinwesen zu kooperieren. Im Wesentlichen sollen Vorbehalte in der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen durch Information, Aufklärung und vor allem durch konkrete Begegnungen abgebaut werden. Psychisch erkrankte Menschen sind nicht nur hilfebedürftig, sie können auch gemeinnützige Aufgaben übernehmen und somit für andere Bedeutung erlangen.

Die professionelle (nicht-psychiatrische und psychiatrische) Gemeinwesenarbeit zeigt sich z. B. in der

---

91 Vgl. DOCHAT, A (2007)

- Kooperation mit Einrichtungen und Diensten,
- Mitarbeit in Stadtteilrunden und anderen Gremien im Stadtteil,
- Mitgestaltung der regionalen und überregionalen Planung in den zuständigen Gremien,
- Pflege von Kontakten zu den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern sowie zu Leistungsträgern.

#### 3.4.4 Kooperation und Vernetzung in gemeindepsychiatrischen Verbänden

Der gemeindepsychiatrische Verbund, wie ihn die Expertenkommission der Bundesregierung 1988 als Zielperspektive formuliert hat,<sup>92</sup> ist in seinen Grundzügen in vielen Regionen mittlerweile etabliert, wobei der Grad der Verbindlichkeit bei den Absprachen und Kooperationen höchst unterschiedlich ist.

Die gemeindepsychiatrischen Verbände dienen folgenden Zwecken:<sup>93</sup>

- Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung, die jedem Menschen, unabhängig von Schwere, Art und Dauer seiner psychischen Erkrankungen, individuelle, auf ihn zugeschnittene Hilfen in der Region ermöglicht,
- Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen,
- Formulierung und Fortschreibung von Qualitätsstandards,
- Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit regionalen Gremien.

Kooperation als aktiv gestalteter Prozess setzt bei den beteiligten Akteuren Kooperationsfähigkeit und kooperatives Handeln voraus – und dies trotz der zunehmenden und auch offen benannten Konkurrenz. Die Einführung des Rechtsanspruchs auf das Persönliche Budget, das die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen stärken und zu einer Flexibilisierung des bestehenden Leistungsangebotes führen soll, fördert durch Elemente des »Freien Marktes« den Wettbewerb unter den Diensten und Einrichtungen. Es wird sich zeigen, inwieweit es den Gemeindepsychiatrischen Verbänden gelingt, die Balance zwischen Kooperation und Konkurrenz zu gestalten. Der Anspruch, die Verbundsteuerung durch Qualitätsstandards auch als Korrektiv zum »Spiel der freien Kräfte« zu nutzen, damit die Konkurrenz der Leistungserbringer nicht zu einer Konkurrenz um das »preiswerteste Angebot« wird, ist ein wesentliches Argument der Befürworter verbindlicher Gemeindepsychiatrischer Verbände.

---

92 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1988)

93 S. a.: [www.bag-gpv.de](http://www.bag-gpv.de)

### 3.4.5 Gestaltung des regionalen Raumes

Gemeinwesenorientierung bezieht sich jedoch nicht nur auf die bessere Ausstattung mit sozialen Dienstleistungen, deren verbesserter Kooperation und Koordination, sondern umfasst darüber hinaus auch weitergehende Aktivitäten. Diese zielen auf die Verbesserung der Lebenslagen durch Veränderung der Strukturen des sozialen Nahraums und auf eine Stärkung der Betroffenen. Hier werden zwei Modelle vorgestellt, mit denen diese Zielsetzungen realisiert werden können.

#### Die »Soziale Stadt«

Das Programm »Soziale Stadt«<sup>94</sup> wurde 1999 gestartet, um der zunehmenden sozialen und räumlichen Spaltung in den Städten entgegenzuwirken. Interessanterweise werden die Städtebaumittel nicht nur für bauliche Investitionen zur Verfügung gestellt, sondern auch für Programme zur sozialen Stadtentwicklung.

Strategische Handlungsfelder der Sozialen Stadt sind u. a.:

- Ressourcenbündelung,
- integrierte Handlungskonzepte,
- Quartiersmanagement,
- Partizipation und Empowerment.

Die Akteure der sozialen Arbeit und damit auch der Gemeindepsychiatrie haben sich bislang in der Praxis der Stadterneuerung noch nicht ausreichend profiliert. Als Folge haben sie auch noch nicht die notwendige Bedeutung bei der Entwicklung und Gestaltung von »Integrierten Handlungskonzepten«. Das zeigt sich beispielsweise in der mangelnden Einbindung der Freien Träger.

Umso wichtiger wird es in Zukunft sein, dass sich die sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen zusammen mit der Bauwirtschaft, der kommunalen Verwaltung, anderen sozialen Dienstleistern sowie den Betroffenen mit der Frage auseinandersetzen, wie die Städte in Zukunft zu gestalten sind, damit auch Menschen in ihrer Gemeinde leben können, die einen höheren Unterstützungsbedarf haben. Hierfür sind Konzepte für die Bildungsarbeit lernender Nachbarschaften zu entwickeln, in denen die Qualifizierung und Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner im Mittelpunkt stehen. Sowohl für diese Konzepte als auch für die Thematisierung psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit sind die Fachlichkeit sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen wie auch die Fachlichkeit der Betroffenen und ihrer Angehörigen von großer Bedeutung.

---

94 Vgl. [www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de)

### Das niederländische Modell des Kwartiermaken

Wie ein gesellschaftliches Klima gefördert werden kann, in welchem sich Psychiatrie-Erfahrene mehr einbringen können, wie also mehr Kontakt zwischen Menschen mit und ohne psychiatrische Diagnosen entstehen kann, ohne dass dies vor allem als Belästigung und Zumutung erlebt wird, beschreibt das niederländische Konzept des Kwartiermaken.<sup>95</sup>

»Das Streben nach sozialer Integration von Psychiatrie-Erfahrenen konfrontiert die empfangende Gesellschaft mit einem Widerstreit. Um eine Integration, die nicht auf eine einseitige Anpassung hinausläuft, zu unterstützen, ist es notwendig Raum für ›den fremden Anderen‹ zu schaffen, wobei akzeptiert werden muss, dass dieser Andere in gewissem Maße fremd und dadurch ›lätstig‹ bleibt. Diese Aktivität des ›Raum schaffen für‹, wird mit dem Begriff Kwartiermaken angedeutet. Im Hinblick auf den Zugang für und zu den Anderen kommt beim Kwartiermaken ein Zwischenschritt zur Geltung. Der gewohnte Gang der Dinge muss aufgeschoben und zum Gegenstand der Reflexion gemacht werden, damit das in der Gesellschaft Gängige zur Geltung kommen kann.«<sup>96</sup>

Kwartiermaken, ins Deutsche mit Gastfreundschaft übersetzt, soll die gesellschaftliche Teilhabe vereinfachen bzw. ermöglichen und geht dabei von der Prämisse aus, dass sich hierfür auch die Gesellschaft verändern muss. Menschen, die bisher Ausgrenzung erfahren haben und an den Rand der Gesellschaft gedrängt worden sind, können nur dann wieder in der Mitte der Gesellschaft leben, wenn diese selbst sich verändert.

Um die Isolierung und Marginalisierung psychisch kranker Menschen langfristig aufzuheben, sollen Konversationsräume geschaffen werden, in denen möglichst die Betroffenensprache gesprochen und gehört wird. Gastfreundschaft wird erbeten bei lokalen Vereinen, soziokulturellen und ehrenamtlichen Organisationen, wobei es darum geht, Zeit und Offenheit zu schaffen, um Menschen so zu empfangen, wie sie sind. In den Niederlanden sind inzwischen zahlreiche Kwartiermaken-Projekte entstanden, bei denen die Gemeinden eigene »Sachbearbeiter/-innen für Gastfreundschaft« einstellen, um die Lebensqualität für alle Menschen im Quartier zu erhöhen.

### 3.4.6 Gemeinwesenorientierte Qualitätsentwicklungsverfahren

Ein wesentliches Anliegen der Bemühungen um die Einführung von Verfahren zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung besteht darin, soziale Dienstleistungen im Hinblick auf die strukturellen Rahmenbedingungen, ihre prozesshafte Ge-

95 Vgl. KAL, D. (2006)

96 KAL, D. 2006, S. 29

staltung und ihre Ergebnisse miteinander vergleichen zu können. Für den Bereich trägerübergreifender Verfahren im Feld der Vernetzung und Kooperation wird beispielhaft auf die wichtigsten Gremien, Strukturen und Ansätze als Merkmale einer gemeinwesenorientierten Qualitätsentwicklung hingewiesen. Diese finden sich auch in den verschiedenen Kapiteln des PPQ-Handbuchs wieder.

1. Durchführung von Bestandserhebungen im Rahmen des Aufbaus gemeindepsychiatrischer Verbände und kontinuierliche Zielplanungen,
2. Psychiatriearbeitskreise: Gremien und Foren der Koordination und Fachaufsicht über die Träger und ihre Einrichtungen,
3. externe Formen des Beschwerdemanagements: Beschwerdestellen und Ombudsleute,
4. trägerübergreifende Dokumentation,
5. regionale Versorgungsverpflichtungen,
6. trägerübergreifende Fortbildungsveranstaltungen,
7. trägerübergreifende kollegiale Beratungsgruppen zur Qualitätsentwicklung.

Bei dieser trägerübergreifenden Form der gemeinwesenorientierten Kooperation ist es zwingend erforderlich, dass die Datenschutzinteressen der Betroffenen gewahrt und deren Wünsche und Bedürfnisse angemessen beachtet werden.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten und von der Aktion Psychisch Kranke durchgeführten Projekts »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« wurde ein »Fragebogen zur Selbsteinschätzung und Zielplanung für eine regionale psychiatrische Versorgung«<sup>97</sup> entwickelt. Mithilfe dieses Instruments kann eine systematische Selbst- und Fremdbewertung des Entwicklungsstandes der regionalen Versorgung vorgenommen werden. Der Fragebogen bilanziert

- die Dimension der Hilfeplanung und Hilfestaltung,
- die Organisation der Hilfen im Verbund,
- die Frage der umfassenden Nutzung sozialrechtlich möglicher Ressourcen in einem Versorgungssystem.

#### **Gemeindepsychiatrische Verbände als regionale Qualitätsverbände**

Die Konzeptualisierung von QM-Systemen sollte dem paradigmatischen Wandel der psychiatrischen Versorgung von der Institutionen- zur Personenzentrierung und von der Einrichtungsbezogenheit zur Verbundentwicklung Rechnung tragen. Dies bedeutet, dass Qualitätsentwicklungssysteme nicht mehr nur für einzelne Einrichtungen konzipiert werden, sondern auch als gemeinsame Aufgabe des gemeindepsychiatrischen Verbundes definiert werden.

---

97 Der »Fragebogen zur Selbsteinschätzung und Zielplanung für eine regionale psychiatrische Versorgung« ist zu beziehen unter: [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de).

Qualitätsentwicklung sollte auf regionaler Ebene als partizipativer Prozess gestaltet werden unter Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der Mitarbeitenden und der Einrichtungsververtretungen sowie der politisch und administrativ Verantwortlichen. Die verschiedenen einrichtungsbezogenen Qualitätszirkel sollten in einem regionalen Qualitätsverbund koordiniert werden.

Anhand der PPQ-Leitziele können in einem nächsten Schritt auf regionaler Ebene Qualitätsindikatoren für unterschiedliche Leistungsbereiche erarbeitet und abgestimmt werden. Die Qualitätsentwicklung in der Region erfordert die Festlegung von Qualitätszielen, die priorisiert werden, überprüfbar sind und mit zeitlichen Zielperspektiven versehen werden. Die Qualitätsdimensionen sind dieselben, die sich bereits für die einrichtungsbezogenen Konzepte der internen Qualitätsentwicklung bewährt haben.

#### 3.4.7 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Gemeinwesenorientierung

- Die Mitarbeitenden des Dienstes bzw. der Einrichtung bemühen sich, den Sozialraum kennenzulernen, die individuellen Lebenswelten der Psychiatrieerfahrenen zu verstehen und beteiligen sich an der Gestaltung eines bürgerfreundlichen Gemeinwesens
- Die Erschließung und Nutzung nicht-psychiatrischer Hilfen hat Vorrang
- Personelle und finanzielle Ressourcen für die Gewinnung, Begleitung und Unterstützung von bürgerschaftlich Engagierten werden zur Verfügung gestellt
- Personelle und finanzielle Ressourcen für fallunspezifische Aufgabenbereiche werden bereitgestellt
- Der Dienst bzw. die Einrichtungen beteiligen sich im Verbund an präventiven Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, der Förderung des sozialen Lernen und der Anti-Stigmaarbeit – unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und BürgerhelferInnen
- Der Dienst bzw. die Einrichtung ist in den Gremien des Stadtteils und in den Kirchengemeinden vertreten.
- Der Dienst bzw. die Einrichtung hält kontinuierlich Kontakt mit den politisch Verantwortlichen, der Verwaltung und den Leistungsträgern.
- Kooperationsbeziehungen werden konzeptionell und systematisch gestaltet.
- Regionale Versorgungszuständigkeiten werden übernommen.

### 3.4.8 Literatur

- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. Bonn
- DOCHAT, A. (2007): Das Lob des Ehrenamtes hat seinen Preis. In: *Psychosoziale Umschau* 1: 12–14
- GALUSKE, M. (1998): Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim und München
- GREVE, N. (2007): Kooperation stärken. In: *Soziale Psychiatrie* 1: 33–35
- HINTE, W. (2002): Fälle, Felder und Budgets. In: MERTEN, R. (Hrsg.): *Sozialraumorientierung*. Weinheim und München
- KAL, D. (2006): Gastfreundschaft. Das niederländische Konzept Quartiermaken. Neumünster
- MERTEN, R. (Hrsg.) (2002): *Sozialraumorientierung*. Weinheim und München
- STEIN, A. (2007): Was ist Community Living? In: *Soziale Psychiatrie* 1: 8–12

## 3.5 Organisationsentwicklung und Projektmanagement

### Abstract

Es werden Ansätze von Organisationsentwicklung beschrieben, die konsequent den Prinzipien von PPQ folgen. Besondere Aufmerksamkeit bekommt dabei die praxisorientierte Darstellung effektiver und effizienter Gestaltung der Arbeitsprozesse in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen, die sich am Kernprozess und damit zwangsläufig an den Nutzerinnen und Nutzern der Dienstleistung ausrichten.

Sechs für Veränderungs- oder Entwicklungsvorhaben als zentral geltende Prozesse werden auf PPQ-Implementierungsprojekte hin angewendet: Diagnose- und Zielfindungsprozess, psycho-sozialer Prozess, Informations-, Lern- und Implementierungsprozess.

Im zweiten Teil des Kapitels werden die Regeln des Projektmanagements auf die bewusste Gestaltung eines systematischen und gesteuerten Qualitätsentwicklungsprozesses übertragen. Dazu gehören Aussagen zur Zielfindung, zu Projektphasen, zur Projektorganisation, zu den Rollen im Projekt, zur Projektüberwachung, -dokumentation und -auswertung sowie zu den Hilfsmitteln für ein erfolgreiches Projektmanagement. Beispielhafte Projektthemen, die im Rahmen der Weiterbildung »Pro Psychiatrie Qualität – Transfer in die Praxis, 5-teilige Weiterbildung (Multiplikatoren-schulung) für Führungskräfte, Qualitätsbeauftragte u. Ä. in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten« der BuFa/GFO Nord durchgeführt wurden sowie PPQ-Qualitätsindikatoren zur Organisationsentwicklung beschließen das Kapitel.<sup>98</sup>

98 Siehe: [www.bufa-gfo.de](http://www.bufa-gfo.de)

### 3.5.1 Definition und Verständnis von Organisationsentwicklung

Organisationen im Sinne einer formalisierten Struktur entstehen dann, wenn Menschen ihre Tätigkeiten bündeln und koordinieren. Eine solche Organisation ist ein der Umwelt gegenüber offenes System, das zeitlich überdauernd existiert, spezifische Ziele verfolgt und sich aus Individuen oder Gruppen zusammensetzt. Eine Organisation ist also ein soziales Gebilde mit einer bestimmten Struktur, die meist durch Arbeitsteilung und eine Hierarchie von Verantwortung gekennzeichnet ist.<sup>99</sup>

Keine Organisation bleibt jedoch vom Augenblick ihrer Gründung an unverändert. Menschen prägen ihre Struktur, ihre Zielsetzung, ihr Klima. Die Umgebung, der Markt, die Gesellschaft wirken von außen ein. Jede Organisation – ob Betrieb, soziales Dienstleistungsunternehmen oder Verein – ist in Bewegung. Sie wandelt sich und wird sich auch in der Zukunft weiter verändern, um lebensfähig zu bleiben.<sup>100</sup>

Das Verständnis einer solchen Organisationsentwicklung (OE) und die daraus folgenden Vorgehensweisen haben über die letzten Jahrzehnte einen starken Wandlungsprozess erfahren, und es kann eine Fülle von Literatur dazu gefunden werden mit unterschiedlichen inhaltlichen Akzentuierungen und Zielsetzungen.<sup>101</sup> Insofern konzentrieren sich die Ausführungen zur OE in diesem Handbuch darauf, in die Thematik einzuführen, die für die Implementierung von PPQ relevanten Aspekte darzustellen sowie eine Orientierung für den Transfer in die Praxis zu geben.

Der Begriff »Organisationsentwicklung« ist seit den 50er-Jahren gebräuchlich und wird aus dem englischen »Organisational Development« abgeleitet. Hierbei geht es nicht so sehr um den skizzierten natürlichen Organisationsentwicklungsprozess, sondern vor allem darum, die Entwicklung der Organisation durch Menschen bewusst anzustoßen und zu steuern. Es geht um einen geplanten organisatorischen Wandlungsprozess, der z. B. auch durch die Einführung von Qualitätsmanagementverfahren initiiert werden kann. Denn Organisationsentwicklung (OE), Personalentwicklung (PE) und Qualitätsmanagement (QM) sind stark miteinander verbunden. Sie erhalten in sozialen Dienstleistungsunternehmen – damit auch in den Einrichtungen und Diensten der Sozialpsychiatrie – infolge der Veränderungen in der Gesellschaft, wie etwa der Finanzierungssysteme, eine bedeutsame Rolle.

Deshalb werden OE-Prozesse häufig nicht nur intern, sondern auch durch externe Herausforderungen in Gang gesetzt. OE ist jedoch nicht ein einmaliges Ereignis, sondern muss als nicht endender kontinuierlicher Prozess und Aus-

---

99 Vgl. GEBERT, D. (1978)

100 Vgl. GLASL, F.; LIEVEGOED, B (1993)

101 Einen guten Überblick dazu gibt WIMMER, R. (2004); in neuerer Zeit wird auch häufig nicht von OE, sondern von Change-Management gesprochen, s. auch DOPPLER, K.; LAUTERBURG, CH. (2005)

druck einer Entwicklungs-Organisation sowie als Regelauftrag für die Leitung verstanden werden.

### 3.5.2 Prinzipien einer Organisationsentwicklung nach PPQ

Neben dem beschriebenen eher formalen und zweckorientierten Verständnis von Organisationen werden in jüngerer Zeit Organisationen auch als »Kulturen« verstanden. Dabei wird davon ausgegangen, dass nicht die Zwecke und die Mittel das Verhalten der Organisationsmitglieder erklären, sondern dass das Verhalten Ausdruck gemeinsamer Werthaltungen ist. Insofern bieten die PPQ-Leitziele gute inhaltliche Voraussetzungen für eine OE unter Berücksichtigung ethischer Aspekte und Einstellungen. Folgende methodische Prinzipien sollten bei einer so verstandenen OE gelten:

1. Verantwortlichkeit der Leitung
2. Beteiligung der Betroffenen
3. Orientierung am Kernprozess

#### Verantwortlichkeit der Leitung

Grundsätzlich ist die Steuerung von Organisationsentwicklungsprozessen Aufgabe der Leitung eines Unternehmens und liegt in deren Verantwortung. Nur wenn der Veränderungsprozess von der Leitungsebene gewollt und dort angekoppelt ist, kann eine dauerhafte Wirkung von den damit verbundenen Interventionen ausgehen. Durch intransparente und unsystematische OE-Prozesse entstehen Irritationen im Unternehmen, die zu Frustrationen und Motivationsverlusten bei den Mitarbeitenden, Zielkonfusion und finanziellen Verlusten führen.

Die mit den Veränderungsprozessen intendierten Zielsetzungen müssen außerdem kompatibel mit den sonstigen Unternehmenszielen und -strategien sein. Dies zu gewährleisten liegt ebenfalls in der Verantwortung der Leitung. Das bedeutet: die Leitung der Organisation muss sich zu den PPQ-Leitzielen bekennen und diese in das Zielsystem des Unternehmens integrieren. Zugleich kann der Prozess der Implementierung von PPQ Auslöser für eine unternehmensbezogene Ziel- und Strategiediskussion sein bzw. diese befruchten.

Wodurch auch immer der Impuls für die Implementierung von PPQ ausgelöst wurde – ob »bottom up« oder »top down«<sup>102</sup> initiiert – die Gesamtverantwortung für diesen Prozess liegt bei der Leitung.

---

102 Bottom up: von unten nach oben, also von der Ebene der Mitarbeitenden ausgehend; top down: von oben nach unten, also von der Leitungsebene ausgehend.

### **Beteiligung der Betroffenen**

Sollen Veränderungsprozesse langfristig gelingen, ist die Beteiligung der Betroffenen von Anfang an sicherzustellen. Gemäß dem mehrdimensionalen Qualitätsverständnis von PPQ (Qualität aus verschiedenen Perspektiven zu definieren) sind sowohl die Nutzerinnen und Nutzer der Dienstleistung – die Psychiatrie-Erfahrenen, und Angehörigen – als auch die im Unternehmen Tätigen zu beteiligen. Es geht darum, sich *gemeinsam* auf den Weg zu machen, die Ist-Situation zu diagnostizieren und die Verbesserungsmöglichkeiten zu sondieren.<sup>103</sup>

Dieses Qualitätsverständnis bietet die Basis für das persönliche Engagement der Beteiligten, für ihre Bereitschaft, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten einzubringen, und damit letztlich für das Gelingen des Prozesses. Dies entspricht einer partizipativen Strategie der OE, der grundsätzlich eine größere Effektivität und Effizienz zugewiesen wird.<sup>104</sup>

Auf die Bedeutung des dialogischen Prinzips für die Sozialpsychiatrie wird an anderer Stelle des Handbuches ausführlich eingegangen.<sup>105</sup> Der dort formulierte Anspruch nach kommunikativem und partizipativem Handeln »auf gleicher Augenhöhe« aller Beteiligten muss auch im OE-Prozess seine Entsprechung finden.

### **Orientierung am Kernprozess**

Neben der Optimierung der Aufbauorganisation eines Unternehmens, in der die hierarchische Struktur (z. B. Organigramm) und Arbeitsverteilung (z. B. Stellenbeschreibung) beschrieben wird, ist die effektive und effiziente Gestaltung der Arbeitsprozesse Ziel der OE und des Qualitätsmanagements. Die Leitfrage lautet: Tun wir die richtigen Dinge und tun wir die Dinge richtig?

Ein Prozess ist dabei zu verstehen als »eine geplante Abfolge von Schritten, durch die innerhalb einer Organisation ein Ausgangszustand in Richtung auf einen gewünschten Endzustand verändert werden soll«.

Eine OE, die sich dem Qualitätsverständnis von PPQ verpflichtet, stellt den Menschen, dem die Prozesse gelten, in den Mittelpunkt.

Damit bekommt die Orientierung an dem sogenannten »Kernprozess« der Organisation eine zentrale Bedeutung.

In der Literatur zur OE werden die Begriffe Kernprozess, Schlüsselprozess etc. häufig gleichgesetzt; es wird von Steuerungs- und Unterstützungsprozessen, von Leitungs- und Managementprozessen u. v. m. gesprochen.

---

103 Strukturierte Qualitätsberichte sind dabei hilfreiche Instrumente.

104 Vgl.: SCHWARZ, P. u. a. (2002)

105 Vgl. Kap. 3.3

Zum besseren Verständnis, zur inhaltlichen Differenzierung und zur Entwicklung einer einheitlichen Sprache im Unternehmen sollten die Begriffe definiert werden:<sup>106</sup>

Unter *Kernprozess* wird die faktische Interaktion zwischen dem Organisationsprozess einerseits und dem Kundenprozess andererseits verstanden.

Im *Kundenprozess* werden alle Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse (unterschiedlicher Hierarchie) erkennbar, die zur Erlangung eines Zieles notwendig sind. Im Bereich der Sozialpsychiatrie könnte dies z. B. Beschwerdefreiheit, Bestätigung durch Arbeit, Sicherstellung von Wohnraum, Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen sein.

Der Beitrag der Organisation zur Befriedigung dieser Bedürfnisse kann als *Organisationsprozess* bezeichnet werden.

Der Organisationsprozess kann differenziert werden in *Primär-, Sekundär- und Tertiärprozesse* (s. Abb. 11).

Der Primärprozess ist dabei von besonderer Bedeutung. Er ist die Abfolge all jener Handlungen, die unmittelbar an der Entstehung oder Weitergabe eines Produktes oder einer Dienstleistung mitwirken. Dieser Prozess kann sich in mehrere Aufgaben gliedern, etwa in vorbereitende Leistungen (z. B. Festlegung der Art und Qualität der zu erbringenden Dienstleistung in der Hilfeplanung), in durchführende Tätigkeiten (z. B. pflegende, erzieherische, betreuende, rehabilitative Maßnahmen in der alltäglichen Betreuung psychisch erkrankter Menschen) und gegebenenfalls in Aufgaben, die dazu dienen, den Empfänger der Dienstleistung aus der Organisation hinaus in ein neues Umfeld zu begleiten (z. B. in ambulante Wohnformen).

Darüber hinaus sind Aufgaben und Tätigkeiten notwendig, die sich als Querschnittsfunktionen über alle Aufgabenbereiche im Sinne einer internen Dienstleistung erstrecken (z. B. Planung, Organisation, Controlling, Personalwirtschaft, Sozialmarketing); diese kann man unterteilen in Sekundär- und Tertiärprozesse:

*Sekundärprozesse* unterstützen unmittelbar all jene, die am Primärprozess mitwirken. Es sind meist interne Dienstleistungen, die nicht direkt ins Produkt oder in die Dienstleistung eingehen. So gehören in der Regel die internen Dienste (z. B. Hauswirtschaft, Technik) zu den Sekundärprozessen. Die hauswirtschaftliche Dienstleistung kann aber auch zum Primärprozess gehören, wenn es etwa um die Unterstützung und Vorbereitung zu einer selbstständigen Lebensführung in einem eigenen Haushalt geht.

*Tertiärprozesse* hingegen sind noch mehr von der Produktion oder primären Dienstleistung abgehoben. Sie wirken gleichsam im Hintergrund, unterstützen oder steuern den Prozess in einer langfristigen Perspektive. Tertiärprozesse sind

---

106 Im Folgenden wird ein weiterentwickeltes Konzept von Biehal vorgestellt: BIEHAL, F. (1994); s. a. NPI Bulletin (11/1997)

somit ebenfalls interne Dienstleistungen für die Mitwirkenden an den Primär- und Sekundärprozessen. Sie sind in der Regel auf der obersten Leitungsebene angesiedelt und werden häufig auch als Leitungsprozesse bezeichnet.

Bei ihnen geht es z. B. um die strategische Positionierung des Unternehmens im Markt, um die finanzielle Absicherung, um Fragen der Personalpolitik u. Ä. Organisationsprozess gliedert sich somit in

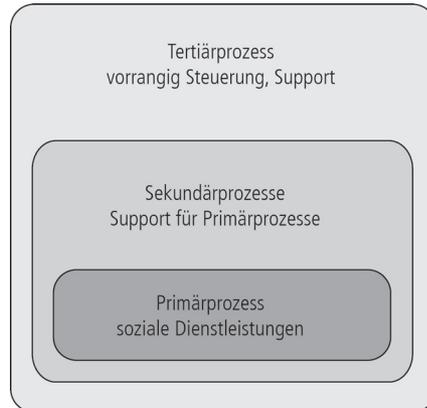


Abb. 11: Struktur des Organisationsprozesses

Die Bedeutung des Kernprozesses ist für alle Beteiligten hoch, weil in ihm die eigentliche Dienstleistung stattfindet und Wertschöpfung. Dort erfolgt die Legitimation für den Preis der Dienstleistung statt, und dort steht die Daseinsberechtigung der Organisation auf dem Prüfstand. Hier stellt sich heraus, ob die Dienstleistung wirklich bedarfsgerecht ist, ob sie den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer entspricht.

Er steht im Fokus des Aushandlungsprozesses zwischen dem Leistungsträger, dem Leistungserbringer und dem Leistungsempfänger.

Störungen in Kernprozessen machen Erneuerungen und Verbesserungen notwendig. Die gesteuerte Reflexion dieser Prozesse, wie sie bei PPQ in Form eines strukturierten Qualitätsberichtes erfolgt, ist häufig Ausgangspunkt für die Qualitätsentwicklung und damit für OE-Prozesse.

Dabei werden beispielweise Wirksamkeit und Kundenorientierung einzelner, sogenannter Kernprozesse analysiert und bei Bedarf verbessert. Dabei ist die PPQ-Matrix mit ihren Leistungsdimensionen hilfreich.

Welche Prozesse im Einzelnen in der Organisation als Kern-, Primär-, Sekundär- oder Tertiärprozess identifiziert werden, ist einrichtungsspezifisch zu differenzieren. Als erste Orientierung für zentrale Primärprozesse können die in der PPQ-Matrix aufgeführten Leistungsdimensionen dienen.

Hilfreich ist es, die dem Kernprozess vor- und nachgelagerte soziale Dienstleistungen in die Betrachtung mit einzubeziehen und die Funktionalität der Schnittstellen zu überprüfen (unter Umständen in Kooperation mit anderen beteiligten internen oder externen Partnern, wie z. B. Klinik oder Ambulant Betreutes Wohnen). Damit erhält der Kernprozess eine nicht nur auf das Individuum im Unternehmen fokussierte Dimension. Vielmehr werden in seine Betrachtung und Bewertung Dienstleistungen der anderen Leistungserbringer im Sozialraum mit einbezogen.

Die radikale Orientierung am Kernprozess wird zur Richtschnur und Steuerungsgröße für den Aufbau der Organisation und die Prioritätensetzung bei allen Aktivitäten, also auch bei der Initiierung und Gestaltung von Organisationsentwicklungs- und QM-Prozessen.

Somit tragen die Nutzerinnen und Nutzer der sozialen Dienstleistung neue wesentliche Impulse in die Organisation.

Die Orientierung am Kernprozess macht somit Kundinnen und Kunden zu den wichtigsten »Organisationsentwicklern«!

Deshalb muss sich die Organisation immer wieder die zentrale Frage stellen: Werden wir mit unseren Angeboten den Bedürfnissen, den »Not-Wendigkeiten« der Nutzerinnen und Nutzer gerecht? Oder anders: Gewährleisten wir, dass die Lebenswelt der einzelnen Nutzerinnen und Nutzer in der Organisation nicht der Systemwelt zum Opfer fällt?<sup>107</sup>

Aus diesen Fragen legitimiert sich OE und damit auch die Einführung eines Qualitätsmanagements.

Das Qualitätsverständnis von PPQ wird diesem Anspruch gerecht.

### 3.5.3 Gestaltung der Organisationsentwicklung

Aufgrund zahlreicher misslungener OE-Prozesse, die auf Prinzipien klassischer Reorganisation basierten und meist nicht unter aktiver Mitwirkung der eigentlich Betroffenen erfolgten (z. B. »chirurgische Eingriffe« interner oder externer Experten), kommt Fritz Glasl zu dem Ergebnis, dass »wir (...) weg von der Veränderung der Organisation und des Managements und (...) hin zum Organisieren und Managen des Veränderens« kommen müssen.<sup>108</sup>

Hierbei seien je nach Phase eines Entwicklungsprojektes unterschiedliche Dimensionen in den Vordergrund zu stellen bzw. unterschiedliche Anforderungen an die Prozessgestaltung zu richten. Sechs Aspekte, deren Berücksichtigung sich in der praktischen Arbeit, auch bei der Implementierung von PPQ, besonders

---

107 Personen- versus Institutionszentrierung

108 GLASL, F. (2005)

bewährt haben und die dem »Geist« von PPQ entsprechen, werden hier vorgestellt.<sup>109</sup>

### 1. Diagnose

Wichtig für jeglichen Veränderungsprozess ist die Entwicklung einer gemeinsamen Problemsicht, die Bildung eines Bewusstseins für die Notwendigkeit der Verbesserung. Voraussetzung dafür ist eine aktive Beteiligung der von der OE Betroffenen (im Sinne einer »Selbstdiagnose«) sowie eine gründliche Diagnose der Ist-Situation, damit nicht durch »blinden Aktionismus« Interventionen vorgenommen werden, die lediglich der Symptombekämpfung dienen. Einer der häufigsten Fehler in misslungenen Veränderungsvorhaben besteht darin, dass zu rasch Lösungsideen die Auseinandersetzung dominierten, ohne dass eine gründliche Analyse vorgenommen wurde. Ergänzend zur Selbstdiagnose können externe Experten mit speziellen Prüfaufträgen einbezogen werden.

Das Gelingen einer Diagnose hängt wesentlich von der Bestimmung der Diagnoseziele ab. Glasl weist darauf hin, dass es im Wortsinn der *Diagnose* um *Durch-schauen* geht. Es müsse darum gehen, nicht nur *auf* die zur Diagnose anstehende Situation bzw. auf das zu diagnostizierende Problem zu schauen, sondern diese zu *durchschauen*.

Auch hierbei dient die mehrdimensionale Perspektive von PPQ dem Erkenntnisgewinn.

Hilfreiche Instrumente für diese Phase können u. a. sein: Datenanalyse, U-Prozedur<sup>110</sup>, Interviews, Kraftfeldanalyse<sup>111</sup>, Stärken-Schwäche-Analyse (z. B. SWOT<sup>112</sup>).

In einem Wechselprozess von Ist-Beschreibung, Zielformulierung (ggf. der Teilschritte), Suche von Lösungsalternativen, Entscheidung für einen Lösungsweg, Umsetzung der Lösung bzw. Handlung, Überprüfung des Erreichten, ggf. Korrektur etc. folgt man einem Problemlösezyklus, der in dieser Phase seinen Beginn hat und sich über alle anderen Dimensionen hinweg erstreckt.

Bei der Einführung von PPQ bedeutet dies zu fragen, welche Probleme mit der Einführung bewältigt werden sollen, welches Verständnis von Qualität die Beteiligten haben, welche Instrumente von QM bereits genutzt werden.

Eng verbunden damit ist die Beschreibung der Zielsetzungen.

---

109 Der von GLASL u. a. (2005) vorgestellte siebte Aspekt »Change-Management-Prozesse«, in dem es vorrangig um die Projektorganisation geht, fließt teilweise in den Abschnitt zum Projektmanagement ein.

110 Beschrieben in: GLASL, F. (1994)

111 Beschrieben in: DOPPLER, K. (2005)

112 Eine Übersicht hierzu findet sich in Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/SWOT-Analyse>; Stand: 20.12.2007

Zu beachten ist, dass jede Diagnose bereits eine Intervention darstellt und ihre Wirkungen deshalb ebenfalls im Rahmen der konkreten OE gesehen werden müssen.<sup>113</sup>

## 2. Zielfindung und Resultatsvorstellung

»Kaum hatten sie das Ziel aus den Augen verloren, verdoppelten sie die Anstrengungen.«<sup>114</sup> Damit dies nicht passiert, sind eine intensive Auseinandersetzung mit den angestrebten Zielen und eine gedankliche Vorwegnahme des angestrebten Zielzustandes wichtig. Allen Beteiligten muss klar werden, wohin die »Reise« gehen soll. Zwischendurch muss reflektiert werden, ob man noch auf dem »richtigen Weg« ist.

Leitfrage ist dabei: Was wollen wir mit der OE, z. B. mit der Einführung von PPQ, erreichen? Zunächst geht es darum, den Soll-Zustand als Resultat der OE möglichst genau zu beschreiben. Erst dann erfolgt die Frage nach dem »Wie«. Beim »Was und Wie« spielen Leitbilder, Wertaussagen, Konzeptionen eine wichtige Rolle. Sie bilden den kulturellen Rahmen, in dem der Entwicklungsprozess stattfindet.

Die Intentionen von PPQ müssen dabei erfasst und durchdrungen werden. Hierbei geht es darum, orientiert an PPQ, ein gemeinsames »Wollen« für die Veränderung zu entwickeln.

## 3. Psychosoziale Aspekte

Veränderungsprozesse sind mit emotionalen Wirkungen für die Beteiligten verbunden. Sie können Stress, Verunsicherung und Konflikte erzeugen und so Widerstände mobilisieren. Dementsprechend muss darauf hingewirkt werden, Stress und Spannungen aufzulösen, Widerstände konstruktiv zu nutzen und Konflikte zu bearbeiten. Viele Veränderungsvorhaben scheinen am Widerstand der Beteiligten zu scheitern. Umso wichtiger ist es, die psychosozialen Wirkungen von Anbeginn zu beachten und konstruktiv mit ihnen umzugehen.<sup>115</sup>

Häufig werden die Probleme in Veränderungsprozessen personalisiert. Sachfragen werden auf der Beziehungsebene ausgetragen, was in der Regel zu Konflikten bei den Beteiligten führt.

Glasl unterscheidet bei Konflikten vier Ebenen der Auseinandersetzung: Auseinandersetzung über sachliche und persönliche Differenzen, über den Konflikt und die Konfliktlösung.<sup>116</sup>

Entsprechend verschieden sind die Ansatzpunkte für eine Konfliktlösung, die in der angegebenen Literatur ausführlich erörtert werden. »Die Erfahrung hat

---

113 Vgl. BECKER, H.; LANGOSCH, I. (1995)

114 TWAIN, M. »Huckleberry Finn«

115 Siehe zu diesem Thema ausführlich: DOPPLER, K. (2002) und MOHR, N. u. a. (1998)

116 GLASL, F. (2004)

gezeigt, dass für die Qualität, das Tempo und die Dauer eines Veränderungsprozesses die Fortschritte bei psycho-sozialen Veränderungsprozessen bestimmend sind. Sie sind der zeitkritische Faktor. Für einen erfolgreichen OE-Prozess bedarf es deshalb strategischer Überlegungen für die Gestaltung der psycho-sozialen Prozesse.«<sup>117</sup>

Bei der Implementierung von PPQ spielen diese psychosozialen Prozesse insofern eine besondere Rolle, weil über die kritische inhaltliche Infragestellung des bisherigen Arbeitens, der bisherigen Qualitätsansprüche, des bisherigen Qualitätsverständnisses eine Infragestellung von Personen und damit Abwehr ausgelöst werden kann. Die Problematik kommt in der Frage deutlich zum Ausdruck, die in diesem Zusammenhang oft gestellt wird: War das, was wir bislang gemacht haben, denn nicht gut?

Die ausführliche Vermittlung der Intentionen sowie das Aufgreifen der Widerstände sind dabei wesentliche Aspekte erfolgreicher Veränderungsprozesse.

#### 4. Geregelter Information

Aufgrund der Tatsache, dass es im Wesentlichen Informationen bzw. fehlende Informationen sind, die das Verhalten der Mitarbeitenden bestimmen, spielt der Einsatz von Kommunikation als Instrument der Reduzierung von Widerständen eine entscheidende Rolle.<sup>118</sup> Ein effizientes Kommunikationsmanagement ist hier nachweislich der entscheidende Erfolgsfaktor.

Folgende Fragen können zum Beispiel bei der Bearbeitung eines Widerstandes aufgrund von fehlenden oder mangelhaften Informationen bedeutsam sein:

- Wer richtet sich an wen mit der Information und welche Wirkung soll erzielt werden?
- Wie ist der Informationsstand?
- Worüber und wie umfangreich soll informiert sein?
- Zu welchem Zeitpunkt soll informiert werden?
- Mit welchen Informationsmitteln und in welcher Form?
- Wissen die Beteiligten genug über Sinn und Ziel der Veränderung?
- Wohin sollen die Veränderungen führen?
- Welchen Nutzen haben sie für Kundinnen und Kunden sowie für Mitarbeitende?
- Wie wird der Prozess gestaltet, welches Vorgehen ist geplant?
- Wie werden die Kunden einbezogen?

Auf Gerüchte oder Spekulationen, die häufig bei Veränderungsvorhaben entstehen, sollte rasch und eindeutig mit zuverlässigen Informationen reagiert werden. Vertrauen entsteht insbesondere durch Offenheit und Ehrlichkeit und ist Aus-

---

117 S. GLASL, F. 2005, S. 110

118 MOHR, N. (1998)

druck einer Kommunikationskultur, die nicht erst in der OE ihre Wirkung und Relevanz für das Unternehmen offenbart.

Nur gut informierte Mitarbeitende werden sich aktiv an einem QM- oder OE-Prozess beteiligen.

### 5. Lernen

OE und QM können komplexe Lernprozesse auf allen Ebenen einer Organisation auslösen. Dieser Umstand rückt die Befähigung der Menschen und ihrer Systeme in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Dabei geht es um ein emotionales Lernen ebenso wie um die Vermittlung von Fähigkeiten und Wissen. Nach Gairing<sup>119</sup> sind Lernprozesse zu initiieren, die vier Kompetenzfelder gleichermaßen berücksichtigen:

- Fachkompetenz (berufliche Qualifikation, Fachwissen),
- Sozialkompetenz (Qualifikation, mit anderen zusammen leben und zusammen arbeiten zu können),
- Methodenkompetenz (Lernen lernen; Fähigkeit, sich Informationen zu beschaffen; über adäquate Arbeitsmethoden verfügen),
- Handlungskompetenz (das alles in zielgerichtetes Handeln umsetzen zu können).

Bei PPQ geht es beispielsweise um die Vermittlung von aktuellen Erkenntnissen der Sozialpsychiatrie, die Gestaltung von Hilfeplanprozessen und Grundhaltungen der Personenzentrierung.

Da Lernen immer auch Erfahrungslernen ist, müssen entsprechende Settings gefunden werden, in denen das Lernen stattfinden kann. Dies kann durch Instruktion, durch Learning by Doing, durch Training am Arbeitsplatz, durch den Besuch von Fort- und Weiterbildungen sowie durch Praxisanleitung geschehen.

### 6. Implementierung

Neben den vorgenannten Dimensionen kommt es letztlich darauf an, dass die Veränderungsvorhaben konsequent umgesetzt werden. Dies findet seinen Ausdruck unter anderem in der Realisierung geplanter Maßnahmen, im Verankern notwendiger Instrumentarien und Strukturen. Die Rahmenbedingungen werden angepasst und neue Routinen gebildet.

Hilfreich ist es, die Implementierung strategisch zu gestalten. Das heißt auch, das genaue Vorgehen gemäß einer Projektorganisation zu beschreiben und in Teilschritte zu gliedern. Dabei wird sichtbar, welche Maßnahmen schnell umgesetzt werden müssen, damit unmittelbare Erfolgserlebnisse sichtbar werden, und welche Prozesse längerfristig oder nur mit größerem Aufwand gestaltet werden können.

---

119 GAIRING, F. (2002)

Die Verantwortlichen müssen das richtige Maß an Tempo und Zeit finden. Zweifel am Willen zur Veränderung entsteht bei den Beteiligten, wenn der Prozess zu langsam angegangen wird. Wird die Veränderung jedoch zu abrupt und zu schnell umgesetzt, entstehen Abwehr, Widerstand und Passivität.

Wenn Veränderungsvorhaben und Maßnahmen geplant, aber nicht umgesetzt werden, verlieren die Initiatoren der OE an Glaubwürdigkeit und verhindern die aktuellen und zukünftigen Veränderungsvorhaben.

### 3.5.4 Organisationsentwicklung durch Projektmanagement (PM)

Projektmanagement ist das Instrument der Wahl, wenn es um die Einführung von PPQ geht. Es ermöglicht die bewusste Gestaltung einer systematischen und gesteuerten Qualitätsentwicklung.

Charakteristisch für ein Projekt ist, dass das Vorhaben neuartig und in seinem Umfang komplex ist, eine klare Zielsetzung verfolgt, mehrere Stellen, Abteilungen, Bereiche etc. beteiligt sind und dass es zeitlich begrenzt ist. Die Konkurrenz um Ressourcen gehört i. d. Regel ebenso dazu, wie eine spezifische Projektorganisation. Voraussetzung für ein Projekt ist ein klarer Auftrag durch die Leitung.

Zu den grundlegenden Aspekten des Projektmanagements gehören u. a. die Festlegung der Ziele, die Differenzierung der Projektphasen, der Aufbau einer dem Umfang und Auftrag angemessenen Projektorganisation, die Klärung der Rollen im Projekt, eine systematische Projektüberwachung, -dokumentation und -auswertung.<sup>120</sup>

#### Zielfindung und -formulierung

Wenngleich bei einem PPQ-Implementierungs-Projekt die Zielsetzung offensichtlich scheint – nämlich die Einführung dieses Qualitätsentwicklungsverfahrens – so sollte zu Beginn eine intensive Auseinandersetzung mit den eigentlichen Intentionen und Zielvorstellungen erfolgen. Denn die Einführung von PPQ ist nicht an sich das Ziel, sondern eine Maßnahme, die den inhaltlichen Rahmen setzt, um Unternehmens- bzw. Qualitäts-Ziele erreichen zu können. Diese Ziele sollten eingebettet sein in ein unternehmensübergreifendes Zielsystem, in dem Leitbild, Planung, Personalentwicklung, Entscheidungsfindung, Organisationsstrukturen, Führungskonzeption und Qualitätsmanagement aufeinander abgestimmt sind.

*Was ist ein Ziel?* Ein Ziel ist der gedanklich vorweggenommene Endpunkt einer Entwicklung oder eines Zustandes.<sup>121</sup> Mögliche Dimensionen der Zielfindung sind:

---

120 Vgl. KEßLER, H.; WINKELHÖFER, G. (2004) und KUSTER, J. u. a. (2006).

121 SIMON, W. (2000)

- qualitativ: was soll erreicht werden?
- quantitativ: wie viel soll erreicht werden?
- zeitlich: bis wann soll es erreicht werden?
- begründbar: warum soll es erreicht werden?

Ferner kann bei der Zielformulierung unterschieden werden nach *ergebnisorientierten* und *prozessorientierten* Zielen.<sup>122</sup> Ein ergebnisorientiertes Ziel könnte beispielsweise die verbesserte Auslastung der Einrichtung sein wie die Steigerung der Belegung von 89 % auf 97 % im Jahresdurchschnitt.

Ein prozessorientiertes Ziel könnte die Verringerung des Aufwandes bei der indirekten Dienstleistung sein, was der direkten Dienstleistung zugute käme, beispielsweise durch die Implementierung eines EDV-basierten Dokumentationsystems.

Beide Dimensionen – Ergebnisse (oder auch Outcome) und Prozesse – sind bei einem PPQ-Projekt relevant.

Des Weiteren können verschiedene *Arten von Zielen* unterschieden werden: Fernziele oder Richtziele, Grobziele und Feinziele.

*Fernziele* sind im strengen Sinne keine Ziele, sondern Leitbilder bzw. Richtlinien für das Handeln. Sie eignen sich als Orientierungshilfe für konkretere Ziele.

*Grobziele* haben einen höheren Grad an Eindeutigkeit. Sie differenzieren ein Fernziel.

*Feinziele* sind eindeutig und präzise. Dadurch sind sie kontrollierbar in Hinsicht auf ihre Erfüllung. Sie sind operational, denn sie geben Hinweise darauf, mit welchen Handlungen man dem Ziel näher kommt.

Um häufigen »Missverständnissen« darüber vorzubeugen, was ein Ziel ist bzw. was kein Ziel darstellt, können folgende Aspekte hilfreich sein:<sup>123</sup>

- Ein Ziel ist keine Maßnahme.  
Eine hilfreiche Frage lautet: »Wozu die Maßnahme?«  
Die Antwort auf diese Frage trägt zur Zielklärung bei.  
Beispiel: Eine Bewohnerbefragung ist kein Ziel, sondern die Maßnahme, mit der man das Ziel »Verbesserung der Bewohnerzufriedenheit um x Punkte« erreichen kann.
- Ein Ziel ist kein Anspruch oder Appell.  
Formulierungen sollten nicht eingeleitet werden mit: »man sollte ...«, »man müsste ...«, sondern »... ist bis zum ... erreicht«.  
Mit der Frage »Wozu?« nähert man sich dem Ziel an.
- Ein Ziel ist kein Standard.  
Es soll nicht nur eine Regel oder ein Verhalten formuliert werden.

---

122 HOFBAUER, H.; WINKLER, B. (1999)

123 S. HOFBAUER u. a., a. a. O.

- Ein Ziel ist kein Wunsch.  
Nicht Absichten, Wünsche, Intentionen, sondern Ergebnisse müssen beschrieben werden.  
Beispiel: Nicht, »wir müssten im Team über Veränderungen in der Wohngruppe besser informiert sein«, sondern »alle Mitarbeitenden werden einmal wöchentlich über Veränderungen in der Wohngruppe informiert und können sich deswegen entsprechend verhalten, sodass Verunsicherungen bei Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen vermieden werden«.
- Ein Ziel ist kein Glaubenssatz und keine Wertvorstellung.  
Ein Anspruch wie »Selbstbestimmung« oder eine Anforderung wie »Kooperativer Führungsstil« sind schwer messbar.  
Durch die Beschreibung einzelner Merkmale werden die Vorhaben konkreter, eindeutiger und handlungsbezogen. Dies kann auch dabei helfen, Unterziele zu bestimmen.

Das bedeutet, sich zu Beginn des Projektes präzise darüber zu verständigen, wie der »Zustand« nach der Einführung von PPQ aussehen soll, welche Teilziele dafür notwendig sind und wie Prozesse zukünftig gestaltet werden müssen.

#### **Projektphasen**

Es hat sich bewährt, den Ablauf eines PPQ-Projekts gemäß seinen »Lebensphasen« unter funktionalen Gesichtspunkten zu differenzieren:

1. Initiierungs-/Definitionsphase,
2. Planungsphase,
3. Durchführungsphase
4. Projektabschluss.

In der *Initiierungsphase* werden ausgehend von dem Bedarf – in diesem Falle der Bedarf nach Qualitätsverbesserung orientiert an PPQ – die Intentionen für das Projekt grundlegend geklärt. Globalziele und Projektprioritäten werden umschrieben und die Vorgehensweise sowie die notwendigen Rollen und Ressourcen festgelegt.

Gegebenenfalls werden Teilprojekte ausgegliedert (z. B. wenn spezielle QM-Instrumente entwickelt oder größere EDV-Veränderungen notwendig werden). In dieser Phase wird das Projekt auf den Weg gebracht.

Im nächsten Schritt, der *Planungsphase*, wird das Projekt detaillierter geplant. Ein Meilensteinplan macht deutlich, welche Ergebnisse im Verlauf des Projekts erreicht werden müssen, um darauf aufbauend die nächsten Schritte unternehmen zu können. Termine werden festgelegt, Arbeitspakete und To-do-Listen formuliert, der Einsatz der Ressourcen geplant.

Die *Durchführungsphase* beginnt meistens mit einer sogenannten Kick-off-Veranstaltung. Sie hat die Funktion, die Projekthalte, die notwendigen Informationen zur Arbeitsweise und zur Aufgabenverteilung an alle Beteiligten zu

vermitteln. In ihr muss auch die Anbindung des Projekts auf der zuständigen Leitungsebene sichtbar werden.

Das Wesentliche dieser Phase ist, das Projekt in Gang zu halten, indem die Arbeitspakete abgearbeitet werden, die Termin- und Kosteneinhaltung kontrolliert, die personellen Kapazitäten effektiv genutzt, Teilergebnisse überprüft und soweit möglich bereits implementiert werden. Auf der psychosozialen Ebene geht es darum, Störungen in der Zusammenarbeit zu beseitigen, Konflikte zu klären und die Motivation der Beteiligten zu erhalten. Dies ist in der Regel die intensivste und längste Phase des Projekts. Häufig entsteht das Problem, dass aufgrund nachgeschobener Ziele der Projektablauf verlängert wird oder dass Projektgruppen sich nicht wieder auflösen wollen. Manchmal verzögern Perfektionsansprüche das Ende eines Projekts oder aber Projekte »versanden«, weil inzwischen andere Prioritäten gesetzt wurden oder Ergebnisse nicht erreicht werden konnten. Mit der Abnahme des Projekts durch den Auftraggeber endet diese Phase.

So wie eine »Kick-off-Veranstaltung« den Anfang markiert, sollte ein Ritual für alle sichtbar den *Projektabschluss* markieren (z. B. ein Fest, die Übergabe des PPQ-Projekthandwerksbuches).

### Projektorganisation

Je nach Umfang und Auftrag braucht ein Projekt die passende Struktur; diese ist den Anforderungen und Zielsetzungen anzupassen und nicht umgekehrt.

Die Organisationsform wird für die Dauer des Projekts festgelegt und existiert neben der eventuell bestehenden Linienorganisation. Ziel der speziellen Projektorganisation ist es, ein ausgewogenes Verhältnis von Stabilität der Struktur einerseits und Flexibilität für Anpassungsnotwendigkeiten andererseits zu gewährleisten.

In der Theorie werden drei typische Formen der Projektorganisation beschrieben, die jedoch in der Praxis häufig nicht in Reinkultur existieren:

- Matrixprojektmanagement,
- Reines Projektmanagement,
- Einflussprojektmanagement.<sup>124</sup>

Beim Matrixprojektmanagement werden die Mitarbeitenden von der Linie für die Dauer des Projekts in das Projekt delegiert. Sie bleiben personell beim Linienvorgesetzten, werden jedoch fachlich dem Projektverantwortlichen unterstellt.

Hingegen werden die Mitarbeitenden im sogenannten Reinen Projektmanagement nicht nur fachlich, sondern auch personell für die Dauer des Projekts der Projektleitung unterstellt. Das Projekt wird als eigene Einheit in die Aufbauorganisation des Unternehmens integriert.

---

124 S. KEßLER, H.; WINKELHÖFER, G. (2004).

Häufig erhalten Projekte jedoch keine eigene Struktur. Projektverantwortliche – meist in Form einer Stabsstelle im Unternehmen positioniert – müssen Kraft ihres Einflusses und des Einflusses Dritter die Projektziele erreichen.

Für die Einführung von PPQ hat sich die Benennung von QM-Beauftragten bewährt, die (zumindest teilweise) von ihren sonstigen Aufgaben freigestellt sind. Als Projektverantwortliche sollten ihnen für die Dauer des Projekts Mitarbeitende zugeordnet werden, die in einem definierten Umfang Ressourcen in das Projekt einbringen und in diesem Maße auch fachlich den Projektverantwortlichen unterstellt sind. Diese Organisationsform macht jedoch einen hohen Abstimmungsbedarf zwischen Projekt- und Linienverantwortlichen notwendig.

### **Rollen im Projekt, Projektgremien**

Zentrale Rollen im Projekt sind die Auftraggebenden, die Projektleitung bzw. die Prozesseigner, Experten, Berater sowie die Mitglieder der Projektgruppe bzw. des Projektteams.

*Auftraggebende:* Wie bereits erwähnt, bedarf ein Projekt eines Auftrags durch die zuständige Leitung. Sie gewährleistet die Anbindung an die Leitungsebene und sichert die »Rückendeckung« auch in schwierigen Arbeitsphasen. Außerdem zwingt die Beauftragung die Auftraggebenden dazu, sich über ihre Projektziele klar zu werden und den Ressourceneinsatz zu planen. Der Auftrag sollte in schriftlicher Form erfolgen. Er sollte die konkreten Ziele bestimmen, das Budget und die zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen festlegen, Angaben zur Terminplanung enthalten sowie die Projektleitung und gegebenenfalls die anderen Gruppenmitglieder benennen.

Zwischen Projektleitung und Auftraggebenden sollte während des Projekts eine permanente Rückkopplung und Abstimmung zu Verlauf und Teilergebnissen erfolgen. Die Auftraggebenden fungieren außerdem als Bindeglied zwischen Projekt- und Linienorganisation und ermöglichen die Kontakte und Kooperationen innerhalb des Unternehmens formal und inhaltlich.

*Projektleitung/Prozesseigner:*<sup>125</sup> Veränderungen wie Qualitätsentwicklungen im Unternehmen werden von Menschen getragen, die sich persönlich mit dem Auftrag und dem Prozess eines Projektes »verbinden«. Sie haben einen persönlichen Bezug und sind am Gelingen des Vorhabens besonders interessiert. Deswegen geht es hierbei auch nicht vorrangig um fachliches Know-how und um die Funktion oder Stellung dieser Personen im Unternehmen, sondern um das Einbringen persönlicher Qualitäten und Eigenschaften, die förderlich sind, den Prozess von der Projektplanung bis hin zur Realisierung flexibel, situativ und verantwortlich zu gestalten. Die Projektleitung muss das Vertrauen der Auftraggebenden besitzen und die Kontakte zwischen den Projektbeteiligten herstellen. Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, Lernbereitschaft, Überzeugungs-

---

125 DIN EN ISO 9004:2004 spricht von »Prozesseigner«.

fähigkeit, Organisationstalent sind nur einige der geforderten Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine erfolgreiche Projektleitung.

*Experten und Berater* wirken dauerhaft oder auf Zeit in der Projektgruppe mit und unterstützen die Erarbeitung von Lösungen für spezielle Fragestellungen, z. B. im technischen Bereich, zur optimalen Gestaltung von Arbeitsabläufen, bei der Projektgestaltung.

*Projektgruppenmitglieder*: Auch bei den Projektmitarbeitenden ist nicht vorrangig deren Know-how, Funktion oder Stellung in der Hierarchie des Unternehmens von Bedeutung. Wesentlich wichtiger ist das Interesse an den Zielsetzungen des Projekts, die Bereitschaft, sich dafür notwendiges Wissen anzueignen und sich aktiv für das Projekt zu engagieren. Da in der Regel die Mitarbeit innerhalb eines Projekts mit Mehrarbeit und zusätzlicher Belastung verbunden ist, sind die Auswirkungen der Projektmitarbeit zu klären und soweit erforderlich für ausgleichende Maßnahmen zu sorgen.

Gemeinsam mit der Projektleitung bilden die Mitarbeitenden das *Projektteam bzw. die Projektgruppe*. Die Größe der Projektgruppe ist vom Auftrag bzw. Umfang des Projekts abhängig. Bei umfangreicheren Projekten kann es sinnvoll sein, die Projektgruppe zu unterteilen: in ein sogenanntes Projekt-Kernteam mit wenigen koordinierenden Personen und eine erweiterte Projektgruppe, deren Mitglieder in temporär arbeitenden Teilgruppen Unteraufgaben bearbeiten wie z. B. zeitlich befristete Qualitätszirkel zu den Leistungsdimensionen. In der Projektgruppe erfolgt die inhaltliche und methodische Umsetzung des Projekts. Deshalb darf die Größe der Gruppe ihre Arbeitsfähigkeit nicht behindern.

In sehr umfangreichen Projekten oder im Multiprojektmanagement<sup>126</sup> wird zur Koordination häufig eine Projektsteuerungsgruppe, ein Lenkungsausschuss o. Ä. gebildet. Dieses Gremium sorgt dafür, dass die Ziele der verschiedenen Projekte bzw. der Projektteile nicht divergieren, dass geregelte Kommunikation und Kooperation stattfinden sowie die Zeitplanungen eingehalten werden können.

### **Projektüberwachung, -dokumentation und -auswertung**

Eine der wichtigsten Aufgabe der Projektleitung ist die Überwachung und Steuerung des Projekts. Sie beginnt mit einer ausführlichen und soliden Projektplanung, die eine realistische Zeitplanung ebenso enthält wie die Planung des Ressourceneinsatzes. Die Projektleitung ist für die operative Umsetzung des Projektauftrags verantwortlich und hat unter anderem die Einhaltung dieser Planung zu überwachen und Abweichungen zu bewerten. So unterschiedlich die auftretenden Problemstellungen sind, so unterschiedlich können die von der Projektleitung eingesetzten Mittel und Arbeitsweisen sein.

---

126 Wenn mehrere Projekte im Unternehmen auf die gleichen Projektressourcen zugreifen, ist eine Multiprojektplanung sinnvoll.

Dabei muss die Projektleitung den sogenannten »drei Stellschrauben eines Projekts«<sup>127</sup> ihre ganz besondere Aufmerksamkeit schenken:

- Projektziele,
- Zeitplan,
- Projektressourcen.

Zu Beginn des Projekts geht es darum, diese drei Aspekte in ein ausgewogenes Verhältnis zu setzen, vergleichbar einem gleichseitigen Dreieck. Je nach Gewichtung kann dem Ziel, der Zeit oder den Ressourcen Priorität eingeräumt werden. Den Zielen entsprechend müssen Zeit und Ressourcen dimensioniert werden und umgekehrt. Wenn das Ziel darin besteht, mithilfe von PPQ umfassende und bestmögliche Qualitätsverbesserungen zu initiieren, werden Zeit und Ressourcen umfangreicher auszustatten sein, als wenn es darum geht, möglichst kurzfristig einen Teil zu realisieren. Stehen hingegen nur sehr begrenzte Ressourcen zur Verfügung, müssen Ziele und Zeitplanung entsprechend angepasst werden.

Auch während des Projekts muss durch eine systematische Überwachung der Ziele, der Abläufe und des Mitteleinsatzes dafür gesorgt werden, dass Abweichungen bzw. »Verformungen« des Dreiecks sichtbar werden und Entscheidungen zur Regulation getroffen werden.

Zu den Aufgaben der Projektleitung gehört ebenfalls, alle projektrelevanten Vorgänge, Ergebnisse sowie wichtige Informationen in der Projektdokumentation festzuhalten. Wichtige Bestandteile des Berichtswesens sind beispielsweise der Projektauftrag, Projektfortschrittstabellen und -beschreibungen, Protokolle der Gremien sowie Problemanzeigen.

Darüber hinaus gehören alle im Projektverlauf anfallenden Dokumente in die Projekt-Dokumentation. Bei umfangreicheren Projekten ist es sinnvoll, zu Beginn des Projekts auch die Dokumentation zu konzipieren. Eine gute Dokumentation kann zugleich Material für ein einrichtungsbezogenes PPQ-Handwerksbuch liefern. Zum Ende des Projekts werden die erreichten Ziele inhaltlich bewertet, ggf. Zielabweichungen begründet und die Schlussabrechnung vorgenommen.

Aber auch die Zusammenarbeit, die Prozessgestaltung, die eingesetzten Methoden und anderes mehr werden bewertet.

In Projekten werden häufig Störungen im Kernprozess oder an den Schnittstellen zu anderen Abteilungen, Bereichen oder kooperierenden Partnern sichtbar. Sie zu dokumentieren eröffnet die Chance, weitere Verbesserungsvorhaben auf den Weg zu bringen. Gleichzeitig lassen sich auch für zukünftige Projekte eine Fülle von hilfreichen Erfahrungen und Erkenntnissen festhalten.<sup>128</sup>

Gute Planung ist der erste Schritt zum Projekterfolg! Hieraus ergibt sich die Sinnhaftigkeit eines detaillierten Projekt-Plans bzw. einer Projekt-Beschreibung

---

127 Auch »Magisches Dreieck des Projektmanagements« genannt.

128 Vgl.: SCHINDLER, M.; EPPLER, M. (2002) und MÖLLER, H.; PFEIFER, M. (2007).

in schriftlicher Form, worin alle wesentlichen Aspekte des Projekts (Zielsetzung, Rollenklärung, Ressourcen, Zeitplanung, Meilensteine ...) festgehalten sind.<sup>129</sup>

### 3.5.5 Beispiele für Projektthemen aus der Weiterbildung »Pro Psychiatrie Qualität – Transfer in die Praxis«

Bei der Qualitätsentwicklung gemäß PPQ ist es sinnvoll, schrittweise vorzugehen. Angesichts der in der Regel begrenzten Ressourcen wird es oftmals nicht möglich sein, ein Qualitätsmanagement in einem durchgängigen Verfahren und umfangreich zu implementieren.

Die in den Weiterbildungen für PPQ-Multiplikatoren<sup>130</sup> durchgeführten Projekte der Teilnehmenden folgten diesen Bedingungen und bezogen sich in der Regel auf Teilaspekte. Eine kleine Auswahl der Themen mag dies verdeutlichen:

- »Betroffenenforum« – Verbesserung des Kontakts und der Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Menschen mit einer seelischen Behinderung
- Bewohnerinnen- und bewohnerorientierte Optimierung der Wirksamkeit der Hilfen durch Optimierung des Bezugspersonensystems
- Einführung von konkreten Maßnahmen zur Personal- und Teamentwicklung unter Berücksichtigung der PPQ-Leitziele
- Erarbeitung von Qualitätsindikatoren für die Leistungsdimension »Planung der Hilfen« als Bestandteil eines Qualitätshandbuchs für den Wohnheimbereich
- Gemeinsame Standards im »Gemeindepsychiatrischen Team des Sektors ...« zur optimalen gemeindenahen Versorgung der Betroffenen
- Leitzielorientierte Überprüfung der Schlüsselprozesse in einer Medizinischen Rehabilitationseinrichtung
- Nadelöhr Funktionsbüro – Entwirrung der verwickelten Arbeitsabläufe
- Neukonzeptionierung des Wohn- und Übergangsheimes ... für die Bereiche Wohnen und Tagesförderung nach PPQ
- Schaffung eines einrichtungsübergreifenden Aufnahme standards
- Verbesserung der Bewohnerzufriedenheit durch Aufbau eines internen Beschwerdemanagements in der ambulanten und teilstationären Psychiatrie
- Verbesserung der Lebenssituation für forensisch untergebrachte Menschen durch Entwicklung eines eigenständigen, abteilungsübergreifenden Bewerbungsverfahrens

---

129 Eine beispielhafte Gliederung für einen Projektplan sowie weitere Hilfsmittel für die Durchführung eines PPQ-Implementierungs-Projektes finden sich auf der Website: [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

130 Fortbildungen der Bufa/GFO Nord

Nach einer Einführung in die Grundlagen von PPQ wurden im Rahmen einer intensiven Bestandsaufnahme und Reflexion Störungen im Kernprozess der jeweiligen Organisation herausgearbeitet sowie Verbesserungs- und Erneuerungsideen entwickelt. Über die kritische Auseinandersetzung mit den Störungen einerseits und den Ideen andererseits ergaben sich die jeweiligen Zielsetzungen und Maßnahmen, die in Projektform von den Teilnehmenden umgesetzt wurden. Neben kollegialer Beratung wurden die Teilnehmenden dabei durch die Weiterbildungsleitung bzw. -referenten intensiv begleitet.

Die Bufa/GFO<sup>131</sup> veranstaltet nicht nur die genannte PPQ-Weiterbildung, sondern unterstützt Einrichtungen und Dienste bei Qualitätsentwicklung und der Implementierung von PPQ durch:

- Einführungsveranstaltungen
- Beratung und Prozessbegleitung
- Fachspezifische Seminare zu PPQ-relevanten Themen

### 3.5.6 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Organisationsentwicklung

- Unternehmensziele sind differenziert formuliert und allen Mitarbeitenden bekannt.
- Ziele des Qualitätsmanagements sind formuliert und allen Mitarbeitenden bekannt.
- Zuständigkeiten im Unternehmen sind geklärt und allen Mitarbeitenden bekannt.
- Die OE erfolgt systematisch unter Berücksichtigung der Prozessschritte: Diagnose, Zielfindung, psychosoziale Prozesse, Information und Lernen.
- Der Kernprozess steht im Mittelpunkt jeglichen OE-Handelns im Unternehmen.
- Die wesentlichen Primär-, Sekundär- und Tertiärprozesse sowie die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Prozessen sind identifiziert und beschrieben. Sie werden regelmäßig überprüft und bewertet.
- Auf der Basis der Leitziele erfolgt die Bewertung dieser Organisationsprozesse multiperspektivisch unter Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Mitarbeitenden.
- Für die Organisationsplanung und -entwicklung sind Ressourcen bereitgestellt

---

131 Kontaktaufnahme über Bundesfachakademie Bufa/GFO Region Nord: [www.bufa-gfo.de](http://www.bufa-gfo.de).

### 3.5.7 Literatur

- BECKER, H., LANGOSCH, I. (1995): Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart
- BIEHAL, F. (Hrsg.) (1994): LeanService. Dienstleistungsmanagement der Zukunft für Unternehmen und Non-Profit-Organisationen. Bern
- DOPPLER, K. u. a. (2002): Unternehmenswandel gegen Widerstände. Change Management mit den Menschen. Frankfurt
- DOPPLER, K., LAUTERBURG, Ch. (2005): Change-Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 11. Auflage Frankfurt
- GAIRING, F. (2002): Organisationsentwicklung als Lernprozess von Menschen und Systemen. Weinheim
- GEBERT, D. (1978): Organisationspsychologie – Einige einführende Überlegungen. In: MAYER, A. (Hrsg.), Organisationspsychologie. Stuttgart
- GLASL, F. (1994): Das Unternehmen der Zukunft. Moralische Intuition in der Gestaltung von Organisationen. Stuttgart
- GLASL, F. (2004): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. Bern
- GLASL, F. u. a. (Hrsg.) (2005): Professionelle Prozessberatung. Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. Bern
- GLASL, F., LIEVEGOED, B. (1993): Dynamische Unternehmensentwicklung. Wie Pionierbetriebe und Bürokratien zu Schlanken Unternehmen werden. Bern
- HOFBAUER, H., WINKLER, B. (1999): Das Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument. München 1999
- KEßLER, H.; WINKELHÖFER, G. (2004): Projektmanagement. Leitfaden zur Steuerung und Führung von Projekten. Berlin
- KUSTER, J. u. a. (2006): Handbuch Projektmanagement. Berlin
- MOHR, N. u. a. (1998): Widerstand erfolgreich managen. Professionelle Kommunikation in Veränderungsprojekten. Frankfurt
- MÖLLER, H.; PFEIFER, M. (2007): Das Scheitern von Projekten – Chancen, Herausforderungen und Stolpersteine. In: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management (1/2007). Basel
- NPI Bulletin (11/1997). NL-Zeist
- SCHINDLER, M.; EPPLER, M. (2002): Vom Debriefing zum kontinuierlichen Erfahrungslernen. Methoden zur Gewinnung von Schlüsselerfahrungen in und aus Projekten, I: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management (1/2002). Basel;
- SCHUBERT, H.-J.; ZINK, K.J. (Hrsg.) (1997): Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Köln
- SCHWARZ, P. u. a. (2002): Das Freiburger Management-Modell für Nonprofit-Organisationen. Freiburg
- SIMON, W. (2000): Ziele managen. Ziele planen und formulieren, zielgerichtet denken und handeln. Offenbach
- WIMMER, R. (2004): OE am Scheideweg. Hat die Organisationsentwicklung ihre Zukunft bereits hinter sich? in: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management (1/2004). Basel

## 3.6 Personalentwicklung als Baustein des Qualitätsmanagements

### Abstract

Die enge Verbindung von Personalentwicklung (PE) mit der Qualitäts- und Organisationsentwicklung einer Einrichtung wird in diesem Kapitel dargestellt.

Eine strategisch ausgerichtete und systematisch durchgeführte Personalentwicklung, welche die Ziele des Unternehmens in größtmögliche Übereinstimmung bringt mit den Zielen der Klientinnen und Klienten, deren Umfeld sowie den Zielen der Mitarbeitenden, trägt maßgeblich zum Erfolg eines Unternehmens bei.

Besonders berücksichtigt wird dabei die Umsetzung der PE unter PPQ-Gesichtspunkten und den PPQ-Leitziele. Neben Qualifikation und Motivation der Mitarbeitenden ist die Grundlage ihrer Arbeit eine ethische Haltung, die auf dem humanistisch-christlichen Menschenbild basiert und gelebt wird.

Achtung der Würde des Einzelnen, Wertschätzung und gegenseitiger Respekt sind Voraussetzungen sowohl für den Umgang mit Mitarbeitenden und Klienten als auch für erfolgreiche Aushandlungsprozesse. Führungskräften eines Unternehmens kommt in der Vermittlung dieser Werte und als Modell eine besondere Bedeutung zu.

Neben dem Kreislauf der systematischen Personalentwicklung werden Instrumente der Personalentwicklung benannt. Folgende Instrumente werden ausführlicher beschrieben:

- Anforderungsanalyse und Anforderungsprofil
- Strukturiertes Bewerbungsgespräch im Auswahlverfahren
- Systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen
- Mitarbeitergespräch
- Zielvereinbarung als Steuerungsinstrument

### 3.6.1 Stellenwert und Rahmenbedingungen der Personalentwicklung in PPQ

Für jede Organisation von Dienstleistungen, insbesondere im sozialen Bereich, sind die Mitarbeitenden, ihre Qualifikation und Motivation, in enger Verbindung mit ihrer ethischen Haltung und ihrem Menschenbild, die zentrale Voraussetzung für die Realisierung des Auftrages und den zukünftigen Erfolg des Unternehmens. Qualifikation umfasst sowohl Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeitenden als auch ihre Einstellungen und Haltungen.

Ein fundiertes, strategisch ausgerichtetes, mit dem Qualitätsmanagement verknüpftes und im Alltag realisiertes Konzept der Personalentwicklung (PE) wirkt sich auf die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten sowie auf die Unternehmenskultur aus.

Wie die Leitziele von PPQ verdeutlichen, geht es in der Arbeit mit psychiatrie-erfahrenen Menschen und deren Umfeld auch immer um die Wahrung des gegenseitigen Respekts, die Achtung der Würde, die Wertschätzung der Individualität sowie um ein im Dialog miteinander abgestimmtes Handeln, das sich an demokratischen Prinzipien orientiert. Ressourcen und Stärken, Defizite und Schwächen der Personen und Systeme werden gleichermaßen beachtet.

Eine PPQ-orientierte PE gründet sich auf diese Werte und verfolgt konsequent die Realisierung dieser Ziele. Sie entwickelt sich grundsätzlich aus Haltungen und Einstellungen, die auf einem humanistisch-christlichen Menschenbild basieren, und fördert diese zugleich.

Wenn die PPQ-Leitziele und die damit verbundene ethische Grundhaltung ernst genommen werden, muss sich dies konsequenterweise auch im betrieblichen Umgang mit den Mitarbeitenden des Unternehmens auswirken.

PE ist eng verbunden mit der Qualitäts- und Organisationsentwicklung einer Einrichtung. Sie spielt eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung anstehender Veränderungsprozesse und nimmt in allen Phasen der Entwicklung eines Unternehmens eine zentrale Stellung ein. Die Strategie der Einrichtungsleitung und die Ziele des Unternehmens sind in größtmögliche Übereinstimmung zu bringen mit dem Hilfebedarf der psychiatrie-erfahrenen Menschen und ihres Umfelds sowie den Bedürfnissen und Interessen der Mitarbeitenden. Auch bei der PE gilt somit die konsequente Ausrichtung des Unternehmens am Kernprozess.<sup>132</sup>

Eine so verstandene PE beschränkt sich nicht darauf, lediglich fachliche Fort- und Weiterbildungen zu organisieren. Vielmehr geht es darum, sowohl die Kompetenzen der Mitarbeitenden und die Anforderungsprofile in Übereinstimmung zu bringen wie auch die innovativen Impulse der Mitarbeitenden für die Organisationsentwicklung aufzugreifen. Es geht um

- die Entwicklung von Modellen für flexibleren Personaleinsatz (Personalverwaltung),
- um die Erarbeitung von entsprechenden Rahmenbedingungen und Verfahren (Prozess-Controlling),
- um die Förderung der Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Unternehmen und ihren Einrichtungen (Corporate Identity).

Grundlage und umfassende Klammer bilden die ethische Haltung der Mitarbeitenden und deren kontinuierliche Reflexion und Weiterentwicklung in der täglichen Arbeit. Ohne sie blieben sämtliche Verfahren und Instrumente der PE beliebig und ohne ethische Fundierung.

PE gehört zum direkten Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Führungskräfte, wobei die sogenannte Personalabteilung koordinierende, beratende, un-

---

132 S. Kap. 3.5.2

terstützende und organisierende Funktion hat. PE sorgt dafür, dass Bedingungen im Unternehmen geschaffen werden, die den Menschen in der Organisation und der Organisation als Ganzes das Lernen ermöglicht. In einer solchen »lernenden Organisation« werden Entwicklungsziele gemeinsam definiert und Wege gestaltet, auf denen diese Ziele zusammen mit anderen erreicht werden können.

Biehal beschreibt u. a. folgende Anforderungen an die PE von heute:

- sie muss sich klar an den Leistungszielen der Organisation orientieren
- sie muss professionelles Know-how und Umsetzungskompetenz besitzen
- sie muss einem klaren Leitbild und Ethik-Code verpflichtet sein
- sie muss ihre Aufgabe als Managen des Erfolgsfaktors Mensch verstehen.<sup>133</sup>

### **3.6.2 Systematische Personalentwicklung als Bestandteil des Qualitätsmanagements**

Um die genannten Anforderungen erfüllen zu können, bedarf es einer systematischen Vorgehensweise. Systematisch bedeutet insbesondere, dass sich alle Maßnahmen und Instrumente der PE an den strategischen Zielen und den Qualitätszielen des Unternehmens ausrichten und somit in den Verantwortungsbereich der obersten Leitungsebene fallen.

Ferner setzt ein systematisches und überprüfbares PE-Konzept voraus, dass es für die zentralen Positionen in den Diensten und Einrichtungen des Unternehmens Anforderungsprofile mit Beschreibungen der Tätigkeiten gibt, die Mitarbeitende in der jeweiligen Funktion beherrschen müssen. Diese Anforderungsprofile dienen u. a. auch als Grundlage für eine gezielte Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber.

Neben Fach- und Methodenkompetenz, die sich stets auf dem aktuellen Niveau des sozialpsychiatrischen Wissens befindet, sind für Mitarbeitende in Einrichtungen der Sozialpsychiatrie Sozialkompetenz und die Fähigkeit, sich selbst zu steuern und in vernetzten Bezügen zu arbeiten, wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Unterstützung und Beratung der Klientinnen und Klienten.

Anhand der Anforderungsprofile einer Stelle und der Eignungsprofile der zur Verfügung stehenden Mitarbeitenden kann eine Qualifikationslücke oder eine Anforderungslücke festgestellt werden. Die Qualifikationslücke ist Ausgangspunkt für Qualifizierungsmaßnahmen, die Anforderungslücke ist Ausgangspunkt für eine potenzielle Stellenanpassung.

Die Erfassung der Qualifizierungsbedarfe mündet in die Gesamtplanung der Fort- und Weiterbildungen und anderer PE-Maßnahmen, welche die aktuellen Erfordernisse des Dienstes oder der Einrichtung mit den Wünschen der Mitar-

---

133 BIEHAL, F. u. a. (1998)

beitenden und den finanziellen Rahmenbedingungen der Organisation verknüpft (s. Abb. 12).

Personalentwicklung beginnt dort, wo Mitarbeitende am einfachsten und wirkungsvollsten angesprochen werden können: in der persönlichen Interaktion mit ihren Vorgesetzten. Ein zentrales Element ist das persönliche Feedback, beispielsweise in Form eines regelmäßigen, ausführlichen Gespräches mit Mitarbeitenden.

Damit Weiterbildungsmaßnahmen den in der Praxis gewünschten Ertrag bringen, bedarf es der Aufmerksamkeit von Mitarbeitenden und Vorgesetzten für den Transfer des Gelernten in die Praxis und für die Umsetzung einer entsprechenden und vereinbarten Erfolgskontrolle (Bildungscontrolling).

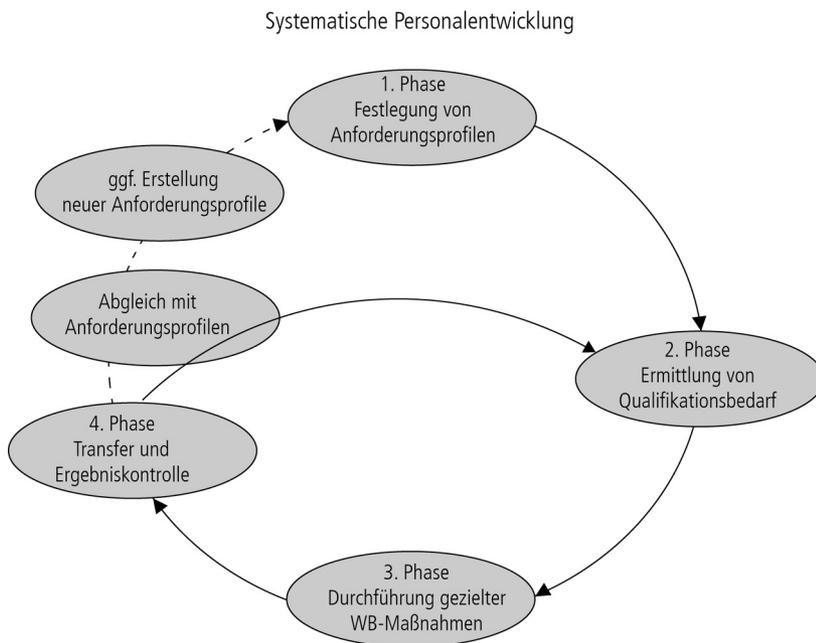


Abb. 12: Systematische Personalentwicklung

### 3.6.3 Instrumente der Personalentwicklung

Folgende Instrumente der PE müssen im Rahmen von PPQ im Sinne einer Mindestanforderung berücksichtigt werden:

- Anforderungsanalyse und Anforderungsprofil
- Strukturiertes Bewerbungsgespräch im Auswahlverfahren

- Systematische Einarbeitung neuer Mitarbeitender
- Regelmäßig stattfindendes Gespräch mit Mitarbeitenden
- Zielvereinbarung als Steuerungsinstrument

#### **Anforderungsanalyse und Anforderungsprofil**

Die für eine bestimmte Funktion besonders wichtigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Eigenschaften werden im Anforderungsprofil festgehalten. Hieraus ergibt sich eine Funktionsbeschreibung, in der Ziele, Aufgaben, formale Kompetenzen und personale Anforderungen einer Stelle verschriftlicht und zu anderen Stellen in der Organisation abgegrenzt sind. Diese Beschreibung wird nicht dauerhaft festgelegt, sondern in vorgegebenen Zeitabständen an Veränderungen und Entwicklungen angepasst. Die Inhalte einer solchen »Dynamischen Funktionsbeschreibung« sind beispielsweise:

- Bezeichnung der Stelle
- Einordnung in die Organisationsstruktur: Wem unterstellt, wem gegenüber weisungsbefugt etc.
- Stellenziel bzw. wichtigste Hauptaufgaben, die mit der Stelle verbunden sind
- Formale und personale Kompetenzen, die zur Erfüllung der Aufgaben notwendig sind, wie z. B. Umfang der und Anforderungen an die Selbstständigkeit; Umfang des Handlungs- und Entscheidungsspielraums; Komplexität der Informationen, mit denen Mitarbeitende umgehen müssen; zu beachtende Risiken; Häufigkeit, Komplexität und Bedeutsamkeit der sozialen Kontakte; Relevanz von Fachwissen und dessen Anwendung
- Einstellungen und Haltungen, die in dieser Funktion besonders wichtig sind
- Umfang der Arbeitszeit und ungefähre Anteil der Aufgaben an der Gesamtarbeitszeit
- Umgang mit Datenschutz und Betriebsgeheimnissen
- Stellvertretungsregelungen
- Gegebenenfalls besondere Regelungen, die sich auf die Aufgaben der Stelle beziehen
- Regelungen zur Überprüfung und dynamischen Anpassung der Funktionsbeschreibung (z. B. im Rahmen des Gesprächs mit Mitarbeitenden)

Anhand dieser Aspekte lassen sich jeweils auch die Anforderungen an die Mitarbeitenden in Form eines schriftlichen Anforderungsprofils beschreiben. Dieses kann dann mit dem Kompetenzprofil abgeglichen werden. Der Abgleich bietet eine Grundlage für die Feststellung des Personalentwicklungsbedarfs sowie für die Planung und Umsetzung der PE-Maßnahmen.

Die Erstellung des Anforderungsprofils ist in der Regel eine gemeinsame Aufgabe von Mitarbeitenden und Leitungskräften.<sup>134</sup>

---

<sup>134</sup> Auf der Internetseite: [www.ppq.info](http://www.ppq.info) ist ein Beispiel für ein Anforderungsprofil für Mitarbeitende in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen eingestellt.

Stellt sich beim Abgleich heraus, dass die Qualifikationen bzw. Kompetenzen von Mitarbeitenden über das Anforderungsprofil der Stelle oder Funktion hinausgehen, ist dies Anlass für eine mögliche Stellenanpassung.

### **Strukturiertes Bewerbungsgespräch im Auswahlverfahren**

Fehlentscheidungen bei der Auswahl von Mitarbeitenden haben Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistung und beeinträchtigen in hohem Maße die Zufriedenheit und Lebensqualität der Nutzerinnen und Nutzern. Sie wirken sich oft nachteilig auf das Betriebsklima aus und verursachen zudem erhebliche Kosten. Deshalb sollte das Bewerbungs- und Auswahlverfahren mit größter Sorgfalt gestaltet werden. In der Fachliteratur zur PE sind die Phasen des Auswahlprozesses hinreichend beschrieben.<sup>135</sup>

Hier soll vor allem das Vorstellungsgespräch mit einer Bewerberin oder einem Bewerber unter Berücksichtigung der Leitziele von PPQ behandelt werden.

Bewerbungsgespräche sollen u. a. Vorhersagen über das spätere Verhalten künftig Mitarbeitender und damit über die berufliche Erfolgswahrscheinlichkeit machen. Voraussetzung dafür ist eine systematische Ableitung des Anforderungsprofils und seine sorgfältige Übersetzung auf das Verhalten der Stelleninhaberin oder -inhabers.

Wenn es z. B. in der sozialen Dienstleistung um die Belastbarkeit, die Beziehungsgestaltung und somit auch um die Entwicklung von Sozialkompetenz geht, dann muss dieser Aspekt im Auswahlverfahren operationalisiert werden: Aus welchem Verhalten können Rückschlüsse auf die soziale Kompetenz oder auf die Belastbarkeit der Person gezogen werden?

Die Gesprächsführenden sollten sich auf ein Verfahren einigen (z. B. einen Leitfaden mit Fragen), welches es ihnen ermöglicht, die Kompetenzen, die damit verbundene fachlich-ethische Grundhaltung der Person und ihre Bereitschaft zur Weiterentwicklung einzuschätzen. Ein gut vorbereitetes und strukturiertes Bewerbungsgespräch ist jedoch meist erfolgreicher als ein »intuitiv« geführtes.

### **Systematische Einarbeitung neuer Mitarbeitender**

Die Einarbeitungsphase ist für die Beteiligten eine wichtige Weichenstellung. In ihr geht es darum, Erwartungen des Unternehmens und Erwartungen des neuen Mitarbeitenden in der Praxis abzugleichen und für beide Seiten ein positives Ergebnis zu erzielen, sodass ein erfolgreiches und möglichst langfristiges Arbeitsverhältnis begründet wird.

Die Aktivitäten für die Einarbeitung lassen sich nach ihrem zeitlichen Ablauf strukturieren. Sie beginnen bereits vor dem ersten Arbeitstag und enden erst nach Abschluss der Probezeit. Das zeitliche Raster gliedert sich in folgende Etappen:

---

135 S. MÜLLERSCHÖN, A. (2005); JETTER, W. (2003)

1. Aktivitäten vor Eintritt
2. Aktivitäten am ersten Arbeitstag
3. Aktivitäten in der ersten Woche
4. Aktivitäten während der weiteren Einarbeitungszeit
5. Aktivitäten vor Ablauf der Probezeit
6. Aktivitäten nach Ablauf der Probezeit

In allen Phasen ist zu unterscheiden zwischen Aktivitäten, die unmittelbar die Mitarbeitenden betreffen (z. B. Gestaltung des ersten Arbeitstages); Aktivitäten, die im Umfeld wichtig sind (z. B. Information aller betroffener Mitarbeitender); und Aktivitäten im Verwaltungsbereich, die für eine reibungslose Abwicklung (z. B. aller dienstlichrechtlichen Vorgänge im Zusammenhang mit den neu eingestellten Mitarbeitenden) notwendig sind.<sup>136</sup>

Der Prozess der Einarbeitung kann durch ein Paten- oder Mentorenprogramm unterstützt werden. Durch die Begleitung eines Paten oder Mentors wird auch eine schnelle soziale Integration in das Arbeitsumfeld gefördert.

Zur Halbzeit der Probezeit ist ein Gespräch über den bisherigen Verlauf der Einarbeitung zu führen. Dabei kann man sich darüber verständigen, inwieweit die gegenseitigen Erwartungen erfüllt wurden und welche Maßnahmen ggf. notwendig sind, um den Prozess der Einarbeitung erfolgreich abschließen zu können.

#### **Regelmäßig stattfindendes Personalgespräch**

Ein weitverbreitetes und wesentliches Instrument, durch das Führungskräfte regelmäßig ihre Verantwortung für die Erreichung der Unternehmensziele und die Entwicklung der einzelnen Mitarbeitenden wahrnehmen, ist das regelmäßige Personalgespräch.

Je nach Zielsetzung können unterschiedliche Akzente gesetzt werden: z. B. Zielvereinbarung, Qualifikationsprofil, Beurteilung.

Zwei Gesprächstypen sind zu unterscheiden:

- a. das institutionalisierte Gespräch, das z. B. im Jahresrhythmus stattfindet und das gesamte Aufgabenspektrum der Mitarbeitenden sowie ihre berufliche Entwicklung zum Inhalt hat,
- b. das situations- oder anlassbezogene Gespräch, das in kurzem zeitlichem Abstand zu einem bestimmten Ereignis stattfindet und Raum gibt für einen persönlichen Austausch, der über das Tagesgeschäft hinausgeht.

Personalgespräche ersetzen jedoch nicht

- regelmäßige Vereinbarungen im Arbeitsalltag,

---

<sup>136</sup> Ein Beispiel für eine Checkliste zur Einarbeitungsphase befindet sich auf der Internetseite [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

- die Steuerung der Arbeitsabläufe und Teamprozesse,
- das Lösen von Konfliktsituationen,
- regelmäßige Abteilungs-, Bereichs- und Teambesprechungen zur Klärung alltäglicher Probleme,
- die gemeinsame Erarbeitung von Strategien, Konzepten und/oder Programmen.

Das Gespräch orientiert sich an einem Leitfaden, in dem Zielsetzungen und Inhalte aufgeführt sind, die den Mitarbeitenden bekannt sind.

Es geht dabei zum einen um die Rückschau (Bilanzierung) und zum anderen um die Vorschau (Zukunftsplanung). Themen sind in der Regel:

- Erzielte Arbeitsergebnisse und Arbeitsverhalten,
- Umgang mit den wirtschaftlichen Ressourcen,
- Stärken/Schwächen,
- Erfolge,
- Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten (auch Feedback der Mitarbeitenden gegenüber den Vorgesetzten),
- Zusammenarbeit im Team und mit anderen Bereichen, der Öffentlichkeit.

Was »heute« den Teil der Zukunftsplanung betrifft, ist »morgen« Gegenstand der Rückschau. Diese Kontinuität zu wahren, ist wichtiger Bestandteil des Gesprächs.

Entscheidend für ein gutes Gelingen eines Personalgespräches ist eine von Vertrauen geprägte Kommunikation. Der Erfolg hängt im Wesentlichen von einer positiven und wertschätzenden Grundhaltung ab, die vor allem in der Art der Gesprächsführung zum Ausdruck kommt. Am Ende des Gesprächs können übereinstimmende und abweichende Auffassungen herausgearbeitet sowie die gemeinsam gefundenen Ergebnisse in einem Protokoll festgehalten werden.<sup>137</sup>

Nur wenn die getroffenen Vereinbarungen wirklich als verbindlich wahrgenommen werden, können mit einem Personalgespräch positive Effekte erzielt werden.<sup>138</sup>

Ergänzend zum Personalgespräch wird mit geeigneten Instrumenten die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit den Arbeitsabläufen, der Arbeitsplatzgestaltung und -ausstattung sowie mit den Arbeitsbedingungen regelmäßig erhoben.

#### **Zielvereinbarungen als Steuerungsinstrument**

Zielvereinbarungen dienen dazu, Unternehmensziele und Ziele, die im QM-Konzept vereinbart wurden, über alle Ebenen hinweg transparent zu gestalten und umzusetzen. Die Ausrichtung der Arbeit an Zielen wirkt sich positiv auf

---

137 Ein Leitfaden für Mitarbeiterentwicklungsgespräche ist auf der Internetseite [www.ppq.info](http://www.ppq.info) zu finden.

138 Vgl. HOFBAUER, H., WINKLER, B. (2002).

die Qualität der Dienstleistung sowie auf die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeitenden aus.

Im Verlauf des Prozesses der Zielvereinbarung werden zunächst – abgeleitet von der Vision und dem Leitbild – Unternehmens- bzw. Organisationsziele formuliert. Sie sind die Ausgangsbasis für die Entwicklung von Zielen auf den nachgeordneten Ebenen. Sie bilden den Rahmen, innerhalb dessen die Ziele der einzelnen Abteilungen oder Gruppen vereinbart werden können.

Hierdurch entsteht ein pyramidenförmig aufgebautes und abgestimmtes Zielsystem, das Planungssicherheit vermittelt, Erfolgskontrolle ermöglicht, Entscheidungsfindung erleichtert und die Gestaltung passender Strukturen ermöglicht.



Abb. 13: Pyramidenförmig aufgebautes Zielsystem

Auch wenn nicht immer eine stringente Ableitung der Ziele von den Unternehmenszielen bis hin zu den Aufgaben der einzelnen Mitarbeitenden gegeben ist, so können doch im Gespräch mit Mitarbeitenden konkrete Zielvereinbarungen getroffen werden.

Zielsetzungen können eher die Gestaltung von Prozessen bzw. das Ergebnis von Dienstleistungen betreffen (prozess- oder ergebnisorientiert). Sie können sich z. B. auf die wirtschaftlichen Ergebnisse der Arbeit beziehen (quantitative Ziele) oder die Steigerung der Leistung, Anzahl von Behandlungen, Steigerung der Fallzahlen, Reduktion von Wartezeiten, Reduktion von Beschwerden. Ziele sind aber auch und vorrangig auf die Arbeitstätigkeit selbst bezogen (qualitative Ziele), z. B. die Umsetzung kompetenter professioneller Arbeit auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion oder die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen aus Qualitätszirkeln. Ziele können ferner die Qualifizierung der Mitarbeitenden und die Teamentwicklung betreffen.

Die Konkretisierung der Zielvereinbarung ist abhängig von dem Handlungsspielraum, innerhalb dessen die Mitarbeitenden eigenverantwortlich über ihr Handeln entscheiden können. Fähigkeiten der Mitarbeitenden, der eingeräum-

te Handlungsspielraum und die vereinbarten Ziele werden dabei aufeinander abgestimmt. Je größer der Handlungsspielraum, desto allgemeiner können die konkreten Ziele formuliert werden.

Dementsprechend werden die Ziele formuliert und vereinbart. In einem Fall kann es wichtig sein, die Ziele sehr differenziert und konkret festzulegen, in einem anderen Fall kann eine wesentlich allgemeinere Vereinbarung ausreichen.

Im Prozess der Zielvereinbarung ist es wichtig, miteinander zu klären, wie die Zielerreichung überprüft wird. Hierzu gehört es auch, dass sich Führungskraft und Mitarbeitende regelmäßig über den Stand der Zielerreichung auszutauschen und Unterstützung für die Realisierung sicherstellen. Gemäß PPQ gilt hier ebenfalls das Prinzip der Selbstverantwortung und -steuerung der Beteiligten.

Zielvereinbarung ist keine einmalige Aktion, sondern ein fortlaufender Prozess, in dem zyklisch immer wieder ähnliche Schritte notwendig sind. Er lässt sich in mehrere Phasen aufteilen:

- Vorbereitung,
- Zielvereinbarung,
- Zielumsetzung,
- Zielerreichung/Zielüberprüfung.

Eine Zielformulierung sollte zu folgenden Aspekten Aussagen enthalten:

- Was wollen wir erreichen?
- Warum wollen wir das erreichen?
- Woran erkennen wir, dass wir das Ziel erreicht haben?
- Wodurch kann die Zielerreichung gefährdet werden – was müssen wir tun, um die Gefährdung abzuwehren?

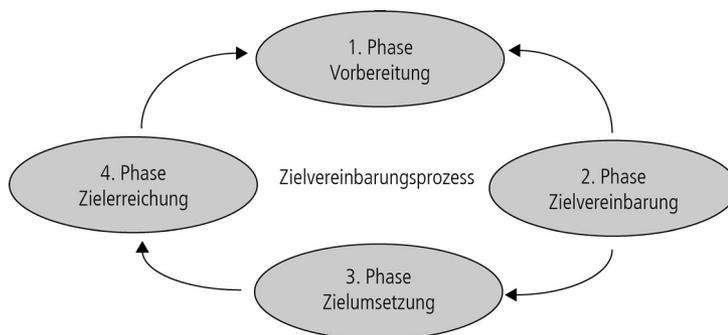


Abb. 14: Phasen des Zielvereinbarungsprozesses

### 3.6.4 PE-Maßnahmengestaltung und Bildungscontrolling

Maßnahmen der PE lassen sich unterschiedlich organisieren und gestalten. Häufig wird unterschieden zwischen

- Maßnahmen »on the job«, z. B. Anleitung und Einarbeitung, Supervision, Teamentwicklung, Selbstevaluation. Diese Maßnahmen finden während der Arbeit statt und stehen damit in einem direkten Zusammenhang.
- Maßnahmen »near the job«, z. B. die Teilnahme an Qualitätszirkeln.
- Maßnahmen »off the job«, z. B. Teilnahme an Seminaren zur Fort- und Weiterbildung, Tagungen.

Die Maßnahmen haben jeweils Vor- und Nachteile. Maßnahmen »on the job« verursachen geringere Kosten, und das Gelernte kann in der Regel leichter umgesetzt werden. Aber es kann auch zur »Betriebsblindheit« führen, wenn Mitarbeitende selten oder nie an externen Veranstaltungen teilnehmen, in denen sie neue Impulse bekommen. Bei Maßnahmen »off the job« kann dagegen das Risiko der fehlenden Praxisnähe bestehen, die Kosten sind höher und der Transfer des Gelernten in den Arbeitsbereich ist unter Umständen aufwendiger.

Angesichts der begrenzten Ressourcen ist dafür zu sorgen, dass das in Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen Gelernte von den Mitarbeitenden umgesetzt werden kann und an andere Mitarbeitende der jeweiligen Dienste oder Einrichtungen weitervermittelt wird.

Das erworbene Wissen und die Ergebnisse sind zu kommunizieren, darzustellen und dahingehend zu überprüfen, welche Elemente für die Arbeit der jeweiligen Einrichtung wichtig sind und in die Arbeit einfließen sollen. Ein solcher Transfer trägt zu einer positiven Lernkultur im Unternehmen bei.

Qualität und Nutzen der durchgeführten PE-Maßnahmen sind regelmäßig zu überprüfen, um auch in diesem Feld kontinuierliche Verbesserungsprozesse zu gestalten.

### 3.6.5 PPQ-Qualitätsindikatoren zur Personalentwicklung

- Der Dienst bzw. die Einrichtung verfügt über ein Personalentwicklungskonzept, in dem Festlegungen über den Entwicklungsbedarf in der Organisation und über die Fort- und Weiterbildungsperspektiven der Mitarbeitenden erfasst sind.
- Bei Personalauswahl und -entwicklung finden Haltungen, Werteorientierungen und Kompetenzen besondere Berücksichtigung.
- Im Fort- und Weiterbildungskonzept wird gezielt die dialogische Kultur gefördert.
- Der Dienst bzw. die Einrichtung verfügt über Instrumente der Personalentwicklung, mindestens:

- Anforderungsanalyse und Anforderungsprofil
- strukturiertes Bewerbungsgespräch im Auswahlverfahren
- systematische Einarbeitung neuer Mitarbeitenden
- regelmäßig stattfindendes Mitarbeitendengespräch
- Zielvereinbarung als Steuerungsinstrument
- Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit den Arbeitsabläufen, der Arbeitsplatzgestaltung und -ausstattung sowie mit den Arbeitsbedingungen wird regelmäßig erhoben.

### 3.6.6 Literatur

- BAUR-MAINKA, M. (2007): Personenzentrierte Hilfen als Herausforderung an die Personalentwicklung: Handlungsfelder und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2. Bonn
- BIEHAL, F. u. a. (Hrsg.) (1998): Personalentwicklung in Praxisfällen. Wien
- HOFBAUER, H., WINKLER, B. (2002): Das Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument. 2. Auflage, München u. Wien
- JETTER, W. (2004): Effiziente Personalauswahl. 2. Auflage, Stuttgart
- MÜLLERSCHÖN, A. (2005): Bewerber professionell auswählen. Handbuch für Personalverantwortliche. Weinheim u. Basel



## 4 Qualitätsbewertung und Kompatibilität mit anderen QM-Systemen

- 4 Qualitätsbewertung und Kompatibilität mit anderen QM-Systemen 132
- 4.1 Verfahren der externen Qualitätsprüfung und Qualitätsbewertung 133
  - 4.1.1 Interne Qualitätsbewertung 133
  - 4.1.2 Externe Qualitätsbewertung 134
- 4.2 Externe Qualitätsprüfung und -bewertung auf der Basis von PPQ 134
  - 4.2.1 Integration interner und externer Qualitätsprüfung und -bewertung 135
  - 4.2.2 PPQ-Qualitätsindikatoren zu Verfahren der externen Qualitätsprüfung und -bewertung 136
- 4.3 PPQ-Kompatibilität zu anderen QM-Systemen 137
  - 4.3.1 Kontinuierliche Verbesserung (KVP) und die Philosophie des Total Quality Management (TQM/EFQM) 137
  - 4.3.2 DIN EN ISO 9000:2005 140
  - 4.3.3 Balanced Scorecard (BSC) auf der Basis DIN EN ISO 143
- 4.4 Literatur 146

## 4 Qualitätsbewertung und Kompatibilität mit anderen QM-Systemen

### Abstract

Für PPQ stehen zunächst die Prozesse der internen Qualitätsentwicklung im Vordergrund. Dienste und Einrichtungen werden daher aufgefordert, im Rahmen ihrer selbstverantwortlichen und selbstbezüglichen Qualitäts- und Organisationsentwicklung ihre eigene Praxis zu reflektieren, um sie anhand eigener Leitziele und externer Anforderungen weiterzuentwickeln. Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen sind jedoch in einen gesellschaftlichen Kontext eingebunden, aus dem heraus vielfältige Erwartungen an die Qualität ihrer Leistungserbringung formuliert werden. Sie unterliegen daher notwendigerweise einer impliziten und expliziten Bewertung insbesondere durch Politik, Leistungsträger, Leistungsempfänger und die Partner im Dialog.

*Interne Qualitätsbewertung:* Verfahren der internen Qualitätsprüfung und -bewertung werden im Kapitel 2 dargestellt.

*Externe Qualitätsbewertung:* Inzwischen werden in allen Sozialgesetzbüchern verstärkt Anforderungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung aufgenommen. Die verschiedensten Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen fordern als Grundlage für Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zunehmend verbindliche Festlegungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern (vgl. Kap. 5).

PPQ empfiehlt deshalb den Aufbau eines trägerübergreifenden Qualitätsmanagementsystems als Ergänzung zu dem bereits implementierten internen QMS. Auf dieser Grundlage soll jährlich eine interne bzw. externe Auditierung durch eine dialogisch besetzte Qualitätskommission: »Q-Kommission: PPQ-GPV« erfolgen.

*Kompatibilität zu anderen QM-Systemen:* Europa- bzw. weltweit gibt es gegenwärtig einige wesentliche und sehr erfolgreiche Qualitätsmanagement-Systeme. Hier werden vier von ihnen kurz vorgestellt und bezüglich ihrer Kompatibilität mit PPQ bewertet:

- Total Quality Management (TQM)
- European Foundation of Quality Management (EFQM)
- International Organization for Standardization (DIN EN ISO)
- Balanced Scorecard (BSC)

Alle vier Systeme verfolgen gleiche oder ähnliche Ziele. Doch erst durch die Kombination mit PPQ kann qualifiziert (und evtl. zertifiziert) werden, ob die Organisation sich an den für PPQ grundlegenden fachlich-ethischen Leitzielen und davon abgeleiteten Standards orientiert.

## 4.1 Verfahren der externen Qualitätsprüfung und Qualitätsbewertung

Für PPQ stehen zunächst die Prozesse der internen Qualitätsentwicklung im Vordergrund. Dienste und Einrichtungen sollen im Rahmen ihrer selbstverantwortlichen und selbstbezüglichen Qualitäts- und Organisationsentwicklung ihre eigene Praxis reflektieren und sie anhand eigener Leitziele und externer Anforderungen weiterentwickeln. Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen sind jedoch in einen gesellschaftlichen Kontext eingebunden, aus dem heraus vielfältige Erwartungen an die Qualität ihrer Leistungserbringung formuliert werden. Sie unterliegen daher notwendigerweise einer impliziten und expliziten Bewertung insbesondere durch Politik, Leistungsträger und Leistungsempfänger.

Vor diesem Hintergrund bietet ProPsychiatrieQualität Trägern, Einrichtungen und Diensten der Sozialpsychiatrie sowie des Sozial- und Gesundheitswesens ein integriertes System der internen und externen Qualitätsentwicklung an, welches sich als praxisintegriertes Verfahren unter Vermeidung von Doppelungen kompatibel zu anderen QM-Systemen erweist.

### 4.1.1 Interne Qualitätsbewertung

Verfahren der internen Qualitätsprüfung und -bewertung wurden im Kapitel 2 dargestellt.

Für die Implementierung von PPQ haben sich folgende Instrumente bewährt:

- Checkliste zur Gestaltung von PPQ orientierten QM-Prozessen
- Leitzielorientierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren mit der PPQ-Matrix
- Strukturierte Qualitätsberichte
- Prozessdokumentation mit dem einrichtungsspezifischen PPQ-Handwerksbuch
- Evaluation des internen Beschwerdemanagements
- Befragungen von Klientinnen, Klienten, Angehörigen und Mitarbeitenden.

Die daraus gewonnenen Informationen können von PPQ-Beauftragten gesammelt, unter Einbeziehung der Leitung in den dialogischen Qualitätszirkeln bewertet werden und als Grundlage für die weitere Zielplanung dienen.

### 4.1.2 Externe Qualitätsbewertung

Inzwischen wurden in allen Sozialgesetzbüchern verstärkt Anforderungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung aufgenommen. Die verschiedensten Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen fordern als Grundlage für Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zunehmend verbindliche Festlegungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern (vgl. Kap. 5). PPQ trägt dieser Entwicklung Rechnung und ermöglicht ein Spektrum verschiedener Optionen der externen Qualitätsbewertung bis hin zur externen Zertifizierung.

## 4.2 Externe Qualitätsprüfung und -bewertung auf der Basis von PPQ

Die Qualität sozialpsychiatrischer Dienstleistungen hängt in einem komplexen Verbundsystem nicht mehr allein vom einzelnen Dienst und der einzelnen Einrichtung ab. Im gemeindepsychiatrischen Verbund entsteht die Qualität einer komplexen personenzentrierten Hilfeleistung im Zusammenspiel der Dienste und Einrichtungen, im Management der Schnittstellen und in der Gestaltung kontinuierlicher einrichtungübergreifender Hilfeprozesse. Dem entsprechend wurden bereits in den letzten Jahren wesentliche Teile von PPQ in regionalen Verbundsystemen entwickelt. PPQ ist damit nicht mehr nur als einrichtungsspezifisches Instrument des QM zu verstehen, sondern als Plattform für verbundsübergreifende QM-Prozesse. Eine ähnliche Intention wird von der 2006 gegründeten Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) verfolgt. Sie hat sich die Erarbeitung und Beschlussfassung von Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände zum Ziel gesetzt, zu deren Umsetzung sich die Mitglieder verpflichten.<sup>139</sup>

In der Präambel der BAG GPV zu den »Qualitätsstandards für GPVs« heißt es: »Die Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbände (GPLV) konstituieren sich mit der Zielsetzung der Einhaltung von definierten Standards für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität.«<sup>140</sup>

Die BAG empfiehlt die Entwicklung eines regionalen Qualitätsmanagements als Ergänzung der Prozesse des internen QM. Gemeinsame Aufgabe der Träger im Verbund ist:<sup>141</sup>

---

139 Vgl. Satzung der BAG GPV (2008) unter: [www.bag-gpv.de](http://www.bag-gpv.de).

140 Zit. n. BAG GPV (2008): Qualitätsstandards für GPV.

141 Ebd.

- die Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPLV
- die Entwicklung eines gemeinsamen Beschwerdemanagements (vgl. auch 3.2.8)
- gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe
- die Mitwirkung an der regionalen Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation
- die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen an den Prozessen der Qualitätsentwicklung.

PPQ unterstützt diesen Ansatz und empfiehlt den Aufbau eines trägerübergreifenden Qualitätsmanagementsystems als Ergänzung zu dem bereits implementierten internen QMS. Auf dieser Grundlage soll jährlich eine interne bzw. externe Auditierung durch eine trialogisch besetzte PPQ-GPV-Qualitätskommission erfolgen.

#### 4.2.1 Integration interner und externer Qualitätsprüfung und -bewertung

Die Idee einer integrierten internen wie externen Qualitätsprüfung und -bewertung für PPQ lässt sich ressourcensparend in die Praxis umsetzen. Sie wird durch die für PPQ entwickelten Strukturierten Qualitätsberichte eingeleitet, die als Auditchecklisten zur Selbst- und Fremdevaluation dienen (vgl. 2.2.3 sowie »Strukturierte Qualitätsberichte/Auditchecklisten« auf der Homepage<sup>142</sup>).

##### Externe Zertifizierung als Option

Danach ist der weitere Weg zu einer externen Zertifizierung durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft als Option für Träger, Einrichtungen und Dienste der Sozialpsychiatrie wie auch allgemein des Sozial- und Gesundheitswesens grundsätzlich offen und jederzeit möglich (s. Abbildung 15).

Die externe Zertifizierung mehrerer Träger, Einrichtungen und Dienste im Rahmen des GPV kann auch als »Gruppenzertifizierung« vereinbart werden, was zu einer erheblichen Kostenersparnis führt.

##### PPQ-Begutachtung

Im Auftrag des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB) und des Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) wurde das PPQ-Handbuch (Auflage 2002) im Jahre 2004 einer Begutachtung durch die Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert unterzogen. Ziel war die Bewertung von PPQ auf der Grundlage der Normreihe DIN EN ISO 9000:2000 bzw. der Zertifizierungs-Norm

---

142 [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

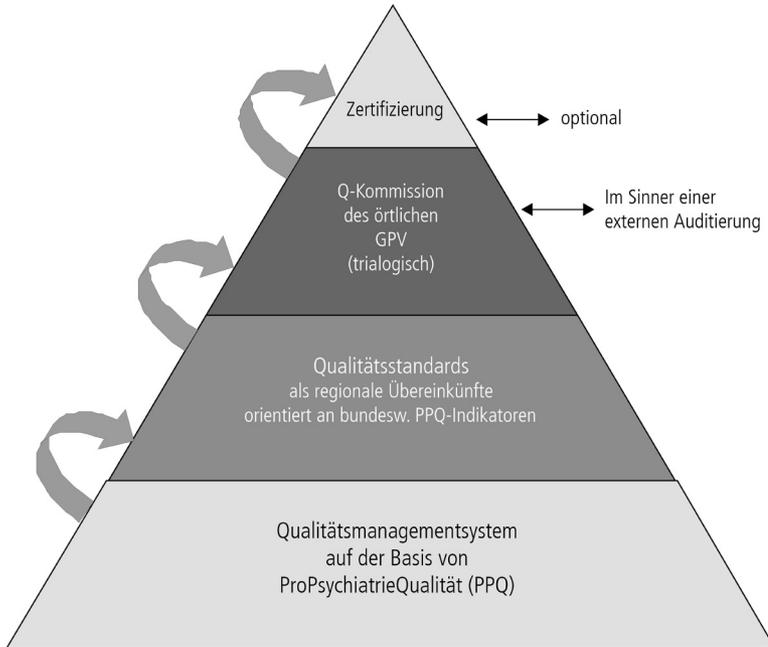


Abb. 15: Vom internen Q-Management zur Zertifizierung im GPV

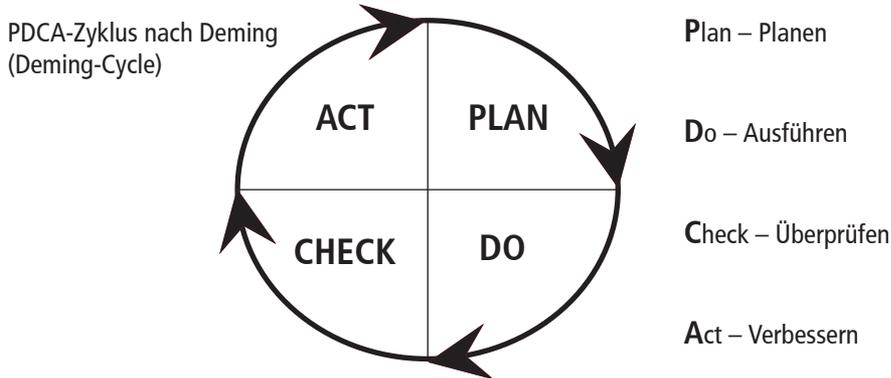
9001:2000. Nach diesem Gutachten ist PPQ in der jetzigen Form kompatibel mit den wichtigsten QM- bzw. Zertifizierungs-Systemen (z. B. DIN EN ISO und EFQM).

#### 4.2.2 PPQ-Qualitätsindikatoren zu Verfahren der externen Qualitätsprüfung und -bewertung

- Die ressourcensparende Methode einer integrierten internen und externen Qualitätsprüfung und -bewertung wird konzeptionell festgelegt und im GPV vereinbart.
- Eine trialogisch besetzte PPQ-GPV-Qualitätskommission wird im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) etabliert.
- Bei Wunsch nach externer Zertifizierung mehrerer Träger, Einrichtungen und Dienste im GPV wird eine kostensparende gemeinsame Gruppenzertifizierung favorisiert.

## 4.3 PPQ-Kompatibilität zu anderen QM-Systemen

### 4.3.1 Kontinuierliche Verbesserung (KVP) und die Philosophie des Total Quality Management (TQM/EFQM)



»Suche ständig nach den Ursachen von Problemen, um alle Systeme von Produktion und Dienstleistung sowie alle anderen Aktivitäten im Unternehmen beständig und immer wieder zu verbessern.«  
(Kamiske nach Deming, 2006)

Abb. 16: Deming-Zyklus<sup>143</sup> oder PDCA-Zyklus der ständigen Verbesserung

Beim Kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Qualitätsmanagements wird jeder Vorgang als Prozess betrachtet und kann schrittweise verbessert werden. Nach der Erstellung eines Plans für effektive Verbesserungen (plan), erfolgt die Ausführung des Plans (do); anschließend werden die Auswirkungen der Veränderungen betrachtet (check), um schließlich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zu entscheiden, was erneut zu verbessern ist (act). Danach beginnt die nächste Planung (plan) und so weiter. Dieser Verbesserungsprozess setzt sich kontinuierlich fort, da ein Qualitäts-Optimum grundsätzlich nicht vollständig erreicht werden kann, und Entwicklung damit niemals endet.

#### PPQ und KVP

Das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung (KVP) wird im Kap. 2, These 7 aufgegriffen: »Basis des internen ProPsychiatrieQualität-Entwicklungsprozesses bildet eine systematische Qualitätszirkel- und Kleingruppenarbeit ...«. Da PPQ auf dem Partizipationsmodell einer trialogischen Kommunikations- und Handlungskultur basiert, sind die trialogischen Qualitätszirkel auch der zentrale Ort für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Der besonderen Vorbildfunktion der

143 Zit. n. KAMISKE, G.F. (2006), S. 287.

Führungskräfte kommt dabei entscheidende Bedeutung zu. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess kann nur dann gelingen, wenn sich die Führungskräfte bei Trägern, Einrichtungen und Diensten auch kontinuierlich in diesen Prozess einbringen und ihre Vorbildfunktion authentisch wahrnehmen.

#### **PPQ und TQM**

»Total Quality Management kann als umfassendste (Qualitäts-)Strategie angesehen werden, die für ein Unternehmen denkbar ist.«<sup>144</sup>

Seghezzi hebt hervor: »Hinter Total Quality Management steht eine anspruchsvolle Unternehmensphilosophie, die sich durch folgende fünf Punkte charakterisieren lässt:

1. Schwergewichtige Ausrichtung auf die Kunden, jedoch angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen
2. Das Wissen der Mitarbeiter besser nützen, die verfügbaren Wissensquellen anzapfen und diese Anstrengungen verbinden mit individuellem und organisationalem Lernen
3. Ständige Verbesserung sowohl kontinuierlich in kleinen Schritten wie auch radikal in größeren Sprüngen
4. Qualitätsverantwortung jedes Einzelnen, allein und im Team
5. Arbeiten in Prozessen«.<sup>145</sup>

Durch die Entwicklung einer dialogischen Denk- und Handlungskultur wird in PPQ »die schwergewichtige Ausrichtung auf die Kunden« primär durch die kontinuierliche Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf allen Ebenen gewährleistet. Die »Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen« berücksichtigt PPQ durch die Einbeziehung der professionell und der bürgerschaftlich Helfenden in der Sozialpsychiatrie wie auch aller anderen Träger, Einrichtungen und Dienste im GPV und darüber hinaus auch durch die Einbeziehung der Leistungsträger und aller weiteren Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen.

Der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung (KVP) wird von PPQ insbesondere durch die dialogischen Qualitätszirkel sichergestellt.

#### **TQM und EFQM**

Während sich das TQM-Konzept bereits in den 1950er-Jahren in Japan und später auch in den USA durchsetzte, wurde das »umfassendste Qualitätsmanagement-Konzept«<sup>146</sup> erst 1988 durch Initiative und Gründung der European Foundation for Quality Management (EFQM) in Europa eingeführt. Insofern kann EFQM als das europäische TQM bezeichnet werden.

---

144 Zit. n. KAMISKE, G.F. (2006), S. 328.

145 Zit. n. SEGHEZZI, H.D. (2003), S. 253.

146 Zit. n. SEGHEZZI, H.D. (2003), S. 252.

Aufgrund der Übereinstimmung bei Inhalten und Umsetzungsstrategien von TQM (EFQM) und PPQ liegen beide Systeme in Qualitäts-Anspruch und Qualitäts-Charakter nah beieinander. Daher sind EFQM und PPQ gut kompatibel.

Das EFQM-Modell kann allgemein als ein Verfahren bezeichnet werden, das insbesondere für soziale Dienstleister eine hohe Affinität besitzt. Durch ein komplexes Punktebewertungsverfahren in verschiedenen Segmenten (vgl. Abbildung 17) ist es möglich, eine Vergleichbarkeit auch zwischen sehr unterschiedlichen Betrieben bzw. deren Produkten oder Dienstleistungen bzw. Qualitätsprozessen herzustellen. EFQM ist des Weiteren ein Modell, das im Rahmen eines – europäisch angelegten – Wettbewerbs die Qualitätsentwicklung weiterentwickeln möchte.

»Bei einem hohen Reifegrad können externe Bewertungen wichtige Impulse geben für die Weiterentwicklung der Organisation. Sie ermöglichen objektivierte Vergleiche mit anderen Organisationen, die nach der gleichen Methode bewertet wurden. Die besten direkten Vergleiche liefern dabei die auf dieser Methode basierenden Qualitätspreise, wie der European Quality Award und sein deutsches Pendant, der Ludwig-Erhard-Preis.«<sup>147</sup>

»Eine Bewertung – im englischen Sprachgebrauch der EFQM als Assessment bezeichnet – erfolgt zunächst meist als Selbstbewertung (Self-Assessment). Sie liefert zielführende Aussagen einerseits über den Reifegrad, andererseits über Stärken und Verbesserungspotenziale der Organisation. Daraus leiten sich dann wichtige Verbesserungsprojekte ab.«<sup>148</sup>

Die Erfahrungen bei der Implementierung des EFQM-Modells haben allerdings gezeigt, dass zur Umsetzung dieses Ansatzes umfassende personelle und finanzielle Ressourcen eingeplant werden müssen.

Ein besonderes Merkmal des EFQM-Systems ist die Multiperspektivität des Ansatzes und seine Unterscheidung zwischen Bedingungen und Ergebnissen in der Leistungserbringungsschleife. Dies veranschaulicht die klassische Grafik (s. Abb. 17, die symbolhaft für EFQM steht).

Die multiperspektivische Bewertung eines sozialen Unternehmens nach der Systematik von EFQM setzt in jedem Fall eine differenzierte Verständigung darüber voraus, was als Qualität bzw. Qualitätsindikator oder -standard in einem spezifischen Arbeitskontext gelten soll. EFQM ist in diesem Sinne ein formales Bewertungssystem, das mit Inhalten gefüllt werden muss, wie sie z. B. PPQ liefert.

---

147 Zit. n. <http://www.deutsche-efqm.de/inhseiten/247.htm>

148 Ebd.

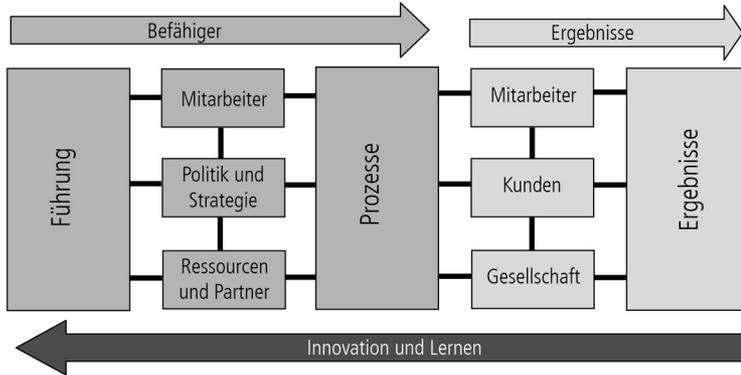


Abb. 17: EFQM-Modell

#### 4.3.2 DIN EN ISO 9000:2005

Die International Organization for Standardization (ISO) hat in den Jahren 2000/2005 die bis dahin vor allem im industriellen Bereich erfolgreiche »Normenreihe 9000« umfassend revidiert und damit ein neues übergreifendes und prozessorientiertes Modell für Qualitätsmanagementsysteme (QMS) entwickelt. Dieses wird auch für Organisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich zunehmend relevant.

Die neue Flexibilität und Variabilität der DIN EN<sup>149</sup> ISO unterscheidet sich positiv von der sehr industrielastigen und formalisierenden Vorgängergeneration.

Daher kann auch von einer neuen Philosophie des aktuellen DIN EN ISO-Modells 9000:2005 gesprochen werden. Als grundlegende Richtlinie dienen ihr die folgenden *Management-Prinzipien (MP)*:

1. *Kundenorientierung*: Organisationen brauchen ihre Kunden und sollten daher die jetzigen und künftigen Erfordernisse der Kunden erfassen, Kundenanforderungen erfüllen und danach streben, die Erwartungen ihrer Kunden zu übertreffen.
2. *Führung*: Führungskräfte entscheiden über die einheitliche Zielsetzung, die Richtung und das interne Umfeld der Organisation. Sie schaffen die Umgebung, in der Mitarbeitende sich voll und ganz für die Erreichung der Ziele der Organisation einsetzen.
3. *Einbeziehung der Mitarbeitenden*: Mitarbeitende machen auf allen Ebenen das Wesen einer Organisation aus, und ihre vollständige Einbeziehung gestattet die Nutzung ihrer Fähigkeiten zum Nutzen der Organisation.

---

<sup>149</sup> DIN (Deutsches Institut für Normung) EN (Europäische Norm)

4. *Prozessorientiertes Herangehen*: Das gewünschte Ergebnis lässt sich auf effiziente Weise erreichen, wenn zusammengehörige Mittel und Tätigkeiten als ein Prozess geleitet werden.
5. *Systemorientierter Managementansatz*: Das Erkennen, Begreifen und Führen eines Systems aus miteinander in Wechselbeziehung stehenden Prozessen für ein gegebenes Ziel, tragen zur Wirksamkeit und Effizienz der Organisation bei.
6. *Ständige Verbesserung*: Ständige Verbesserung ist ein permanentes Ziel der Organisation.
7. *Sachliches Herangehen an Entscheidungen*: Wirksame Entscheidungen beruhen auf der logischen und intuitiven Analyse von Daten und Informationen.
8. *Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen*: Beziehungen zum gegenseitigen Nutzen zwischen der Organisation und ihren Lieferanten fördern die Wertschöpfungsfähigkeit beider Organisationen.<sup>150</sup>

#### **Übertragung der acht Management-Prinzipien der DIN EN ISO auf das PPQ-System**

Wie bereits beim EFQM-Modell dargelegt, werden durch die dialogische Denk- und Handlungskultur von PPQ, also durch die kontinuierliche Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf unterschiedlichsten Ebenen, »die jetzigen und künftigen Erfordernisse der Kunden« gewährleistet (1. MP) und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (6. MP), durch die Einbeziehung der Führungspersonen und aller Mitarbeitenden (2. und 3. MP), prozessorientiert (4. MP) und systemorientiert (5. MP) bei sachlicher und ressourcenschonender Herangehensweise (7. MP), in trägerübergreifender Kooperation im GPV (8. MP) einer externen Qualitätsbewertung und -prüfung zugeführt.

Diese vergleichende Kurzanalyse der acht Managementprinzipien der DIN EN ISO-Normenreihe mit den PPQ-Kriterien illustriert hier die weitgehende Kompatibilität zwischen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2000 (s. Abb. 19) und PPQ.

Die Übereinstimmung trifft auch für den »Leitfaden zur Leistungsverbesserung« DIN EN ISO 9004:2000 zu. Während DIN EN ISO 9001:2000/2008 als ein »Gut-genug-Modell«<sup>151</sup> mit »Minimalanforderungen«<sup>152</sup> an die Ausgestaltung eines QMS – im Sinne eines Standardmodells – verstanden werden kann, gibt der Leitfaden zur Leistungsverbesserung den Weg für die »endlose Reise in Richtung TQM«<sup>153</sup> – im Sinne eines »Immer-besser-Modells«<sup>154</sup> – vor. Seghezzi betont,

---

150 S. a. WAGNER, K. W. (Hrsg.) (2006)

151 Zit. n. SEGHEZZI, H. D. (2003), S. 243

152 Ebd.

153 Ebd.

154 Ebd.

dass es beim Leitfaden zur Leistungsverbesserung 9004:2000 im Gegensatz zur Zertifizierungsnorm 9001/2000 bzw. 2007 (Entwurf) »kein Endziel«<sup>155</sup> gibt, sondern die immer wieder »endlose Reise« im Sinne des PDCA-Zyklus nach Deming, also einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).

Die inzwischen als weitere Revision der von DIN EN ISO 9001:2000 im Entwurf vorliegende Zertifizierungsnorm 9001:2008 zieht keine nennenswerten Veränderungen nach sich.

Die Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2000 bzw. 9001:2008 (Entwurf) ist als bisher einzige Norm weltweit gültig und kann als Zertifizierungsnorm grundsätzlich alle prozessorientierten Qualitätsmanagementsysteme fachübergreifend im Produktions- und Dienstleistungssektor im Sinne einer grundlegenden Standard-Qualität abbilden.

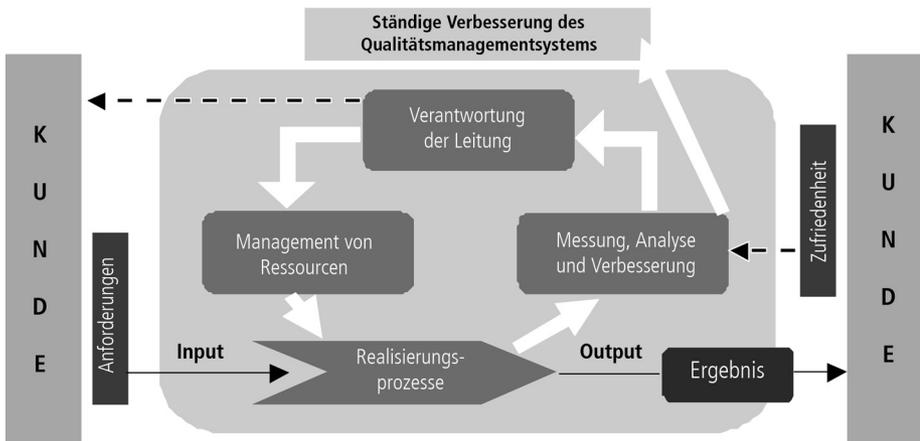


Abb. 18: Prozessmodell DIN EN ISO 9001:2000

Durch die Zertifizierung von Trägern, Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens auf Basis der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2000/9001:2008 ist somit eine grundlegende Aussage darüber möglich, ob die zertifizierten Institutionen über ein funktionierendes Management-System verfügen. Doch kann erst durch die Kombination mit PPQ qualifiziert werden, ob die Organisation auf dem Partizipationsmodell einer dialogischen Denk- und Handlungskultur basiert und sich an den für PPQ grundlegenden fachlich-ethischen Leitzielen und daraus abgeleiteten Standards orientiert. Jede Zertifizierung nach DIN EN ISO setzt also weiterhin die Verständigung über Leitziele, Indikatoren und Standards voraus, die z. B. aus Sicht von PPQ eine qualitätsorientierte

155 Ebd.

Sozialpsychiatrie kennzeichnen. Grundlage und unerlässliche Voraussetzung für Zertifizierungsprozesse, für die sich Träger aus unterschiedlichen Gründen entscheiden mögen, ist also nach wie vor ein leitzielorientiertes QM-System. Es bleibt allerdings die Beobachtung, dass Leistungsträger häufig auch zertifizierte QM-Systeme nicht soweit akzeptieren, dass sie auf ihre eigenen Qualitätskontrollen (z. B. durch die Heimaufsicht oder den MDK) verzichten würden. Zertifizierung als vermeintlicher »Königsweg des QM« sollte daher aus der Perspektive des PPQ auch weiterhin kritisch hinterfragt werden, bei jeweils paralleler Abwägung von Aufwand und Ertrag.

### 4.3.3 Balanced Scorecard (BSC)<sup>156</sup> auf der Basis DIN EN ISO

Die BSC beschreibt ein Konzept, das ausgehend von klaren Zieldefinitionen durch ein operationalisiertes und schwerpunktbildendes Verfahren für die priorisierten Arbeitsfelder/Aufgaben ein Kennzahlensystem installiert, mit dessen Hilfe betriebliche Prozesse reflektiert und entsprechend besser gesteuert werden können (Beispiel: Wie viele Rehabilitanden haben im Laufe eines Jahres die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen besucht haben?).

Die BSC dient dabei insbesondere als Führungsinstrument zur Ausrichtung der Organisation an strategischen Zielen, die beispielsweise auf einem prozessorientierten QMS nach DIN EN ISO aufsetzt. Die BSC versucht somit das Erreichen strategischer Ziele messbar und über die Ableitung von Maßnahmen umsetzbar zu machen.

Mit den Methoden der BSC soll das Blickfeld des Managements von einer traditionellen, primär durch finanzielle Aspekte gekennzeichneten Unternehmenssicht, auf alle relevanten Teile gelenkt werden und so zu einem ausgewogenen (»balanced«) System führen. Diese umfassendere Perspektive ermöglicht dann konkretere Maßnahmen zur Ausrichtung der Organisation an den vorgegebenen Zielen. Wichtiges Element einer BSC ist, dass bereits ihr Erstellungsprozess eine starke Komponente von Veränderungsmanagement enthält, d. h. das Einbeziehen aller relevanten Interessenvertreter notwendig macht.

Dadurch wird die Akzeptanz aller Beteiligten erhöht, und es kommt beispielsweise die eindeutige Personenzentrierung von PPQ bei den jeweils angestrebten strategischen Qualitätszielen und -maßnahmen verstärkt in den Fokus des Managements.

---

<sup>156</sup> Vgl. KAPLAN, R. S./NORTON, D. P (1997)

**Chancen der BSC**<sup>157</sup>

- Die Balanced Scorecard ermöglicht es, die Strategie einer Organisation zu operationalisieren, übersichtlich darzustellen und damit unkompliziert zu kommunizieren.
- Die einfache Struktur der BSC ermöglicht somit eine Reduktion der Komplexität und Aufgabenvielfalt in der Steuerung einer Organisation.
- Die BSC ermöglicht darüber hinaus Mitarbeitenden mehr Autonomie. Sie erhalten durch die BSC eine eigene Steuerungsperspektive. Ihre Tätigkeit leistet einen messbaren Beitrag zur Umsetzung der Gesamtstrategie der Organisation.
- Auf der Basis von PPQ könnte diese Autonomie der Bewertung von Prozessabläufen beispielsweise auch einem dialogischen Qualitätszirkel übertragen werden.
- Da die Balanced Scorecard neben monetären Zielen insbesondere auch nicht-monetäre Ziele einbezieht, wird sie zu einem Instrumentarium zur Steuerung ganzheitlicher strategischer Qualitätsmanagement-Prozesse.

**Risiken der BSC**<sup>158</sup>

- Eine eher oberflächliche Betrachtung der Balanced Scorecard kann zu einer einseitigen Konzentration auf Kennzahlen verleiten, insbesondere auf vergangenheitsbasierte Kennzahlen. Dadurch geht möglicherweise die eigentliche Intention der Balanced Scorecard verloren, die Ausrichtung des Handelns an strategischen Zielen und dem nachhaltigen, zukunftsorientierten Aufbau von strategischen Potenzialen, also verstärkten Handlungsmöglichkeiten der Organisation für die Zukunft.
- Durch die Fixierung auf Kennzahlen besteht die Gefahr bewusster Manipulation oder der einseitigen Optimierung von Kennzahlen. Ein Beispiel dafür wäre die Vergütung Mitarbeitender, die an die Erfüllung von Kennzahlen gebunden ist. Daher ist das Prinzip der Ausgewogenheit (Balance zwischen den Zielen) zu beachten, um Fehlsteuerung zu vermeiden.

Es bleiben darüber hinaus Zweifel, ob die von PPQ angestrebten Handlungsänderungen, die Sensibilität für die Sinnhaftigkeit der Lebenswelt Psychiatrie-Erfahrener und ihrer Angehörigen, die Gestaltung von interaktionellen Beziehungen, die der Förderung von Selbsthilfe und Empowerment dienen, tatsächlich in Kennzahlen gefasst werden können. Auch bleiben Zweifel, ob die Auswertung der strategischen Kennzahlen tatsächlich einen größeren Erkenntnisgewinn mit sich bringt als eine partizipative und dialogische Prüfungs- und Bewertungskultur.

---

<sup>157</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Balanced\\_Scorecard](http://de.wikipedia.org/wiki/Balanced_Scorecard)

<sup>158</sup> Ebd.

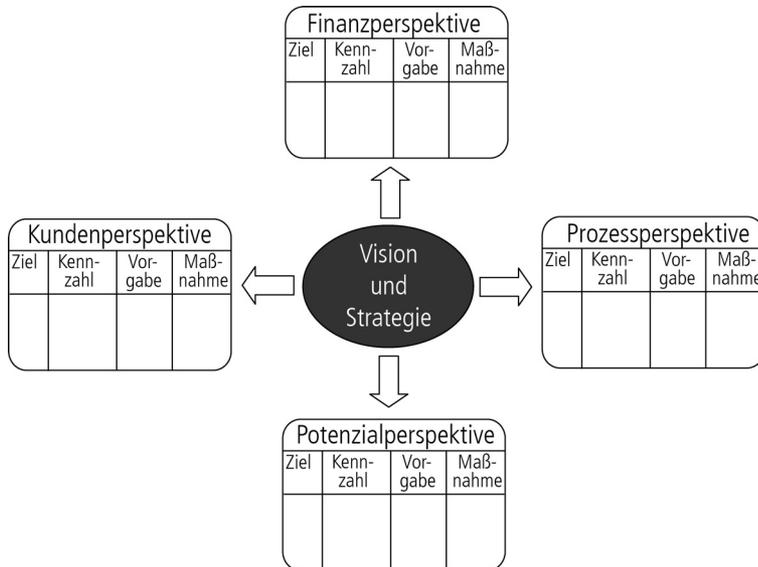


Abb. 19: Grundform der Balanced Scorecard (BSC)

#### Kann die BSC mit DIN EN ISO und PPQ kombiniert werden?

Alle drei Systeme verfolgen gleiche bzw. ähnliche Ziele. Beispielsweise erläutert Cathleen Brüggemann in ihrer Studie über die Anwendung der BSC für Nonprofit-Organisationen, dass die Forderung nach Qualitätspolitik und davon abgeleiteten Qualitätszielen auch »als Festlegung von Vision und Strategie verstanden« werden kann. Hier könnte »die BSC als Umsetzungsinstrument zum Einsatz kommen«. Mit anderen Worten: »Ansatzpunkt im Qualitätsmanagementsystem, für eine Verknüpfung mit der BSC, ist der Bereich der Qualitätspolitik und -ziele (...). Mit der Entwicklung der BSC werden die strategischen Ziele konkret benannt und entsprechende Kennzahlen und Maßnahmen zur Erreichung dieser festgelegt.«<sup>159</sup>

Brüggemann bringt dies folgendermaßen auf den Punkt: »Einfach gesagt, die BSC soll den Aktivitäten und Ressourcen einer Organisation die richtige Richtung aufzeigen, während das Qualitätsmanagementsystem dann dazu beiträgt, die richtigen Dinge auch richtig zu tun.«<sup>160</sup> Doch kann wiederum – wie unter 4.3.2 ausgeführt – erst durch die Kombination mit PPQ qualifiziert (und evtl. zertifiziert) werden, dass bzw. ob die Organisation sich an den für PPQ grundlegenden fachlich-ethischen Leitzielen und davon abgeleiteten Standards

<sup>159</sup> Zit. n. BRÜGGEMANN, C. 2007. S. 27/28

<sup>160</sup> Ebd.

orientiert. In einer strategisch klugen Kombination können sich BSC, DIN EN ISO und PPQ also ideal ergänzen.

Schließlich könnte als vierte Komponente auch noch das EFQM/TQM-System mit allen hier nur sehr kurz und knapp vorgestellten Systemen kombiniert werden – und zwar aufbauend auf den Standards von DIN EN ISO.

#### 4.3.4 Literatur

BRÜGGEMANN, C. (2007): Entwicklung einer Balanced Scorecard in der Altenpflege.

Grundlagen und Ziele. Saarbrücken

KAMISKE, G.F. (2006): Qualitätsmanagement von A bis Z. 5. aktualisierte Auflage.

S. 287, München/Wien

KAPLAN, R. S., NORTEN, D.P. (1997): Balanced Scorecard – Strategien erfolgreich umsetzen. Stuttgart

SEGHEZZI, H.D. (2003): Integriertes Qualitätsmanagement. Das St. Galler Konzept.

2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. München/Wien

WAGNER, K. W. (Hrsg.) (2006): PQM – Prozessorientiertes Qualitäts-Management.

Leitfaden zur Umsetzung der ISO 9001:2000. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. München/Wien

## 5 Rechtsgrundlagen zur Qualitätssicherung

- 5 Rechtsgrundlagen zur Qualitätssicherung 148
- 5.1 Rechtliche Vorgaben zur Qualitätssicherung, die für soziale und gesundheitliche psychiatrische Hilfen maßgebend sind: 150
  - 5.1.1 Sozialgesetzbücher I und X 150
  - 5.1.2 SGB II: Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende 151
  - 5.1.3 SGB V: Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung 152
  - 5.1.4 SGB VI: Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung 153
  - 5.1.5 SGB VIII: Sozialgesetzbuch – Achstes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfegesetz 153
  - 5.1.6 SGB IX: Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 154
  - 5.1.7 SGB XI: Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung 154
  - 5.1.8 SGB XII: Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe 155
  - 5.1.9 Bundesempfehlung gemäß § 79 Abs. 2 SGB XII 155
  - 5.1.10 Heimgesetz 157

## 5 Rechtsgrundlagen zur Qualitätssicherung

### Abstract

Dieses Kapitel gibt einen summarischen Überblick über die rechtlichen Grundlagen von Qualitätssicherung und -management.

Dabei wird deutlich, dass die Entwicklung und Fortschreibung von Qualität eng verknüpft ist mit der Perspektive einer zugesicherten und überprüfbaren Leistung, auf die Leistungsberechtigte im Sinne der Sozialgesetzgebung einen Rechtsanspruch haben. Diese muss ihnen der Leistungsträger – in der Regel einer der im § 6 SGB IX genannten Rehabilitationsträger – garantieren.

Die Zusicherung einer bestimmten Qualität in den Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Rehaträgern hat also letztlich den Sinn der Leistungsabsicherung auch des zuständigen Rehabilitationsträgers. Sie nimmt die Leistungserbringer mit in die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Dieser Anspruch einer Qualitätsbindung findet sich in allen Leistungsbereichen des Sozialrechts, in der medizinischen Versorgung ebenso wie in der Pflege, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation, der Jugendhilfe usw.

Durch den aktuellen Prozess der Föderalismusreform sind die Fragen der Qualitätssicherung im Heimrecht zurzeit sehr unübersichtlich, da die Verlagerung der Verantwortung von der Bundes- auf die Landesebene in den jeweiligen Landesgesetzgebungen noch nicht abgeschlossen ist. Es ist aber davon auszugehen, dass der hier dargelegte Standard im Heimrecht kaum unterboten wird. Vielmehr hat es den Anschein, dass die dort an die Betreiber von Einrichtungen gestellten Anforderungen auch auf andere Leistungsbereiche – z. B. auf das ambulant betreute Wohnen – übertragen werden. Damit scheint die Gesetzgebung im Heimrecht sich dem Gedanken an einen generellen Verbraucherschutz in sozialen Arbeitsfeldern anzunähern.

Die Entwicklung und Sicherung der Qualität sozialer Dienstleistungen resultiert traditionell aus dem Selbstverständnis der Träger und ihrer Mitarbeitenden, Qualitätssicherung als einen Teil der Leistungserbringung ausdrücklich zu beschreiben.

Staat, Länder und kommunale Gebietskörperschaften ihrerseits haben in speziellen Gesetzen und untergesetzlichen Normierungen (Verordnungen etc.) einige Qualitätsanforderungen definiert, deren Einhaltung überprüft wird. Darüber hinaus sind in den Sozialgesetzen in den letzten Jahren »Maßnahmen zur Qualitätssicherung« verankert worden, zu denen die Erbringer sozialer Dienstleistungen verpflichtet sind.

In diesem Kapitel wird ein Überblick gegeben über die derzeit gültigen Gesetze und über bundesweite Vereinbarungen zur Ausführung dieser Normen. Dabei steht

das Sozialgesetzbuch im Vordergrund, das entsprechend dem gegliederten Sozialleistungssystem in Deutschland nach Leistungsarten und -trägerschaften in zurzeit zwölf Bücher gliedert ist:

<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	beschreibt die allgemeinen Rechtsansprüche und Bedingungen der Leistungsträger.
<b>Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil</b>	Hier sind alle die Rechtsbedingungen versammelt, die für alle Sozialleistungsträger gleichermaßen gelten.
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	regelt die Rechtsansprüche und -leistungen im Rahmen der Grundsicherung für
<b>Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende</b>	Arbeitsuchende und ihre Angehörigen. Von besonderer Bedeutung sind hier die Leistungen zur Eingliederung (§ 16), die auch die psychosoziale Begleitung umfassen.
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	zielt ab auf einen hohen Beschäftigungsstand und eine fortlaufende Verbesserung der
<b>Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung</b>	Beschäftigungsstruktur. Der 7. Abschnitt betrifft die Förderung von Menschen mit Behinderung (§§ 97 – 116).
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	regelt gemeinsame Vorschriften für das Leistungsrecht der Sozialversicherungen. Hier
<b>Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung</b>	sind die gesetzliche Kranken- (SGB V), Renten- (SGB VI) und Unfallversicherung (SGB VII) angesprochen. Die Leistungsträgerschaften (SGB III, V, VI, VII, XI) beruhen auf einer gesetzlichen Pflichtversicherung. Entsprechend gelten die rechtlichen Regelungen nur für Versicherte und – soweit einzelgesetzlich geregelt – für deren Angehörige. Leistungen nach SGB II, VIII, XII sind steuerfinanzierte Leistungssysteme. Ein Rechtsanspruch wird also nicht durch die Mitgliedschaft in einer Versicherung begründet, sondern aufgrund von einzelgesetzlich geregelten personalen Bestimmungen.
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	umfasst alle Leistungsansprüche und -regelungen für medizinische Leistungen und
<b>Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung</b>	Rehabilitation. Insbesondere wird hier auch das qualitätsgesicherte Zusammenspiel zwischen Leistungsträgern und -erbringern umfassend geregelt.
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie medizinische und andere
<b>Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung</b>	rehabilitative Maßnahmen und deren Leistungssicherung (§§ 15 – 32).
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	regelt alle Leistungen und präventiven Maßnahmen im Zusammenhang mit Arbeits-
<b>Siebttes Buch (VII) – Gesetzliche Unfallversicherung</b>	sicherheit und -schutz. Dazu gehören auch rehabilitative Leistungen nach Arbeitsunfällen oder infolge von anderen beruflichen Beeinträchtigungen (Berufserkrankungen).
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	regelt die gesetzlichen Aufgaben im Zusammenhang mit Erziehung und Jugendhilfe.
<b>Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe</b>	Das SGB VIII sieht Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche vor (§ 35 a).
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	dient in seinem 1. Teil zur Sicherung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Men-
<b>Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</b>	schen mit Behinderung. Das SGB IX regelt Voraussetzungen der Leistungsträger nach den anderen Sozialgesetzbüchern, soweit sie als Rehabilitationsträger von Leistungen für Menschen mit Behinderungen agieren. Der 2. Teil umfasst Regelungen, die bislang im Schwerbehindertengesetz kodifiziert waren.
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	regelt das Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit den Sozialleistungsträgern.
<b>Zehntes Buch (X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz</b>	Für Leistungsberechtigte ist es insofern relevant, weil hier die Bedingungen für das vorgerichtliche Verwaltungsverfahren (z.B. Antrags- und Widerspruchsverfahren) beschrieben sind und ausführlich der Umgang mit den persönlichen Daten geregelt ist.
<b>Sozialgesetzbuch (SGB)</b>	regelt alle Rechtsansprüche und -verfahren im Zusammenhang mit einem individuellen
<b>Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung</b>	Pflegebedarf. Insbesondere werden hier auch die Qualitätskriterien beschrieben, die an Leistungserbringer gestellt werden (§§ 69 – 81).

**Sozialgesetzbuch (SGB)  
Zwölftes Buch (XII) –  
Sozialhilfe**

regelt den gesamten Leistungsbereich der Sozialhilfe. Dazu zählen neben Leistungen im Zusammenhang mit der Grundsicherung auch Leistungen in besonderen Lebenslagen. Diese umfassen Leistungen der Eingliederung für Menschen mit Behinderung und Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Daneben umfasst die Sozialhilfe auch kompensatorische Leistungen, die ansonsten versicherungsrechtlich geregelt sind; das sind z. B. Hilfen zur Gesundheit und Pflege. Das SGB XII hat eine zentrale Leistungsfunktion für das System der außerklinischen Sozialpsychiatrie.

Die relevanten Textstellen der Gesetze und Vereinbarungen zur Qualitätssicherung können auf der PPQ-Homepage nachgelesen werden.<sup>161</sup>

Aufsichtspflichten und Einwirkungsmöglichkeiten des Staates hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringung von sozialen und gesundheitlichen Hilfen haben eine Tradition u. a. im Heimgesetz, in der Heimmitwirkungsverordnung, in der Heimmindestbauverordnung, der Heimpersonalverordnung, dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und der Psychiatriepersonalverordnung. Dabei geht es um die Einhaltung von Mindeststandards der Strukturqualität und teilweise der Prozessqualität.

In den Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen zur *Qualitätssicherung* geht es um *Festlegungen* von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität *zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern als Grundlage von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen*. Dabei ist für die Leistungserbringer vorgeschrieben, dass sie Maßnahmen der Qualitätssicherung vorhalten und durchführen, dokumentieren und auf Verlangen des Leistungsträgers von diesem überprüfen lassen.

## 5.1 Rechtliche Vorgaben zur Qualitätssicherung, die für soziale und gesundheitliche psychiatrische Hilfen maßgebend sind

### 5.1.1 Sozialgesetzbücher I und X

Das SGB I enthält in § 35 (Sozialgeheimnis) restriktive Ausführungen zum Umgang mit persönlichen Daten. Diese werden im SGB X §§ 67 a–85 a differenziert ausgeführt. Die Bestimmungen betreffen im Wesentlichen den Umgang der Leistungsträger mit Aufnahme, Speicherung, Weiterverarbeitung und Übermittlung persönlicher Daten. Hier sind die besonderen persönlichen Schutzrechte des Leistungsempfängers strikt zu beachten. So dürfen nur die Informationen erhoben werden, die für die Bearbeitung des Sachverhaltes relevant sind. Ebenso unterliegen alle weiteren Prozeduren im Umgang mit den persönlichen Daten einer eindeutigen Zweckausrichtung und sind begründungspflichtig. Dies gilt

---

<sup>161</sup> [www.ppq.info](http://www.ppq.info)

insbesondere im Zusammenhang mit der Speicherung und Weitergabe von Informationen. Grundsätzlich ist die explizite Zustimmung des Betroffenen zur Datenverarbeitung Voraussetzung.

Obwohl der hier beschriebene Umgang mit persönlichen Daten auf die Verwaltungstätigkeit der Leistungsträger zielt, ist es ein entscheidendes Qualitätskriterium auch der Leistungserbringer, ihre Verfahren im Umgang mit persönlichen Daten explizit zu regeln und sie grundsätzlich personenzentriert zu gestalten.

### **5.1.2 SGB II: Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende**

Das am 01.01.2005 in Kraft getretene SGB II ermöglicht nach § 16 Abs. 2, Arbeitsuchenden Leistungen zur Eingliederung in Arbeit in Anspruch zu nehmen, wenn ein besonderes Vermittlungshemmnis vorliegt.

§ 17 verweist darauf, dass für die Realisierung dieser Leistungen (Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung, Suchtberatung) bestehende Einrichtungen angesprochen werden sollen. Die Einrichtungen oder ihr Verband schließen dann mit dem Leistungsträger nach SGB II Leistungs-, Qualitäts- und Entgeltvereinbarungen (§ 17 Abs. 2). Das Gesetz gibt im Unterschied zum SGB XII keine weiteren Bestimmungen über die inhaltlichen Mindestanforderungen der Vereinbarungen.

Dies regelt die »Verordnung über Mindestanforderungen an die Vereinbarungen über Leistungen der Eingliederung nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (Mindestanforderungs-Verordnung)«:

§ 3 Leistungsvereinbarung legt fest, dass mindestens folgende Leistungsmerkmale zu beschreiben sind:

- die zu erbringende Leistung
- Ziel und Qualität der Leistung
- die Qualifikation des Personals
- die erforderliche räumliche, sächliche und personelle Ausstattung
- die Verpflichtung, im Rahmen des Leistungsangebotes Leistungsberechtigte aufzunehmen.

§ 5 Prüfungsvereinbarung gibt der Agentur für Arbeit das Recht, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu prüfen und mit Leistungen dritter Anbieter zu vergleichen.

### 5.1.3 SGB V: Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung

Das vierte Kapitel regelt die Rechtsbeziehungen zu allen Erbringern gesundheitlicher Leistungen nach diesem Gesetz. Dies umfasst also Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und andere Einrichtungen, Heilmittel-erbringer, Apotheken und pharmazeutische Unternehmen und sonstige Dienstleister. Unter der Perspektive der Qualität sind insbesondere der erste Abschnitt (Allgemeine Grundsätze) und der neunte Abschnitt (Sicherung der Qualität der Leistungserbringung) relevant.

#### Erster Abschnitt: Allgemeine Grundsätze

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit: Das Gesetz verpflichtet hier die Leistungserbringer die Versorgung ausreichend und zweckmäßig zu gestalten. Sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Auf eine humane Krankenbehandlung ist durch geeignete Maßnahmen hinzuwirken.

#### Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

§ 135 a Abs. 1 Verpflichtung zur Qualitätssicherung: Das Gesetz verpflichtet die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung und -entwicklung, wobei die Leistungen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu entsprechen haben und in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen sind.

Der Paragraph schreibt zwingend vor,

- dass sich die Leistungserbringer an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung insbesondere zur Verbesserung der Ergebnisqualität zu beteiligen haben,
- dass ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln ist,
- dass die Daten für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragten unabhängigen Institution zur Verfügung zu stellen sind.

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung: Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt Richtlinien insbesondere zu

- verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und des einrichtungsin-ternen Qualitätsmanagements,
- Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und therapeutischer Leistungen mit der Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

§ 139 a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Der Gemeinsame Bundesausschuss gründet ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dieses Institut

beschäftigt sich mit Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dies betrifft z. B. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien oder Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen.

#### **5.1.4 SGB VI: Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung**

*Dieses Sozialgesetzbuch enthält keine expliziten Aussagen zur Qualitätssicherung.*

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 15 werden medizinische Leistungen erbracht, die in den §§ 26 bis 29 des SGB IX beschrieben sind. Die gesetzliche Grundlage der Qualitätssicherung ist dem gemäß § 20 SGB IX. Nach dieser Norm werden vergleichende Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement gefordert. Die Deutsche Rentenversicherung kommt der gesetzlichen Vorgabe nach, indem sie ein komplexes Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystem vorhält und gestaltet.

Ziel der Qualitätssicherung der Rentenversicherung ist eine patientenorientierte Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation. Zusätzlich sollen Leistungsreserven erschlossen werden.

Derzeit besteht das Programm der Deutschen Rentenversicherung aus folgenden Bausteinen:

- Erhebungen zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen,
- Patientenbefragungen,
- Bewertungen des individuellen Rehabilitationsprozesses durch erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationskliniken.

Die Daten der Deutschen Rentenversicherung werden einrichtungsbezogen erhoben und werden an die Leistungserbringer zurückgemeldet; sie fördern so ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

#### **5.1.5 SGB VIII: Sozialgesetzbuch – Achstes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfegesetz**

§ 78 b ff.: Voraussetzung für die Übernahmeverpflichtung eines Leistungsentgeltes gegenüber den Leistungsberechtigten durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist im Regelfall das Vorliegen einer Qualitätsentwicklungsvereinbarung mit dem Einrichtungsträger oder seinem Verband.

### **5.1.6 SGB IX: Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**

§ 20 Abs. 1 Satz 1: Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen.

§ 20 Abs. 1 Satz 3: Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 können den Empfehlungen beitreten.

§ 20 Abs. 2: Die Erbringer von Leistungen stellen die Gewährleistung und kontinuierliche Verbesserung der Versorgung durch ein Qualitätsmanagement sicher.

§ 21 Abs. 1 Ziffer 1: Die Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten insbesondere auch Regelungen über Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste.

### **5.1.7 SGB XI: Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung**

§ 80 Abs. 1: Auf Bundesebene werden von den maßgeblichen Trägern gemeinsam einheitliche Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erarbeitet, die im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und für die entsprechenden Bereiche verbindlich sind.

§ 80 a: Voraussetzung für Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit teil- und vollstationären Pflegeheimen ist der Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung. Durch die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist der Heimträger verpflichtet, mit dem in der Vereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Bewohnerinnen und -bewohner jederzeit sicherzustellen.

§ 97 a: Die Landesverbände der Pflegekassen bestellen zur Qualitätssicherung Sachverständige und Prüfstellen, die umfangreiche Kompetenzen zur Prüfung von Daten haben und die ermittelten Daten auch an Pflegekassen, deren Verbände u.a. übermitteln dürfen, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Analoges gilt auch für das Löschen von Daten (§ 107).

### 5.1.8 SGB XII: Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe

Das SGB XII hat das bis 2004 gültige Bundessozialhilfegesetz (BSHG) abgelöst und ist seit dem 01.01.2005 in Kraft. Während die ersten neun Kapitel in einem erheblichen Umfang mit anderen gesetzlichen Normen – insbesondere mit dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) – harmonisiert wurden und dadurch zum Teil erhebliche Änderungen im Leistungsrecht für die Anspruchsberechtigten vollzogen wurden, sind die Eingriffe im 10. Kapitel eher klarstellender Natur. Die Ausführungen aus dem BSHG werden in den meisten Fällen inhaltsgleich überführt.

§ 75: Voraussetzung für die Übernahmeverpflichtung für eine Leistungsvergütung ist das Vorliegen einer Leistungsvereinbarung mit Aussagen über die Qualität der Leistungen, einer Vergütungs- und einer Prüfungsvereinbarung. Wenn keine Leistungsvereinbarung abgeschlossen wurde, kann der Träger der Sozialhilfe in Ausnahmefällen der Leistungserbringung zustimmen und diese finanzieren, wenn dies nach Besonderheit des Einzelfalls geboten ist. Der Abschluss von Leistungsvereinbarungen, die Aussagen über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen enthalten müssen, ist für jede Einrichtung zwingend geboten, unabhängig ob sie stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen anbietet.

### 5.1.9 Bundesempfehlung gemäß § 79 Abs. 2 SGB XII

Zwar ist in der Folge der Novellierung des BSHG als SGB XII eine Anpassung der Bundesempfehlung dringend notwendig, doch bisher gibt es noch keine überarbeitete und an die Normen des SGB XII angepasste Empfehlung. Deshalb sind hier die Vorgaben aus der Bundesempfehlung gemäß § 93 d Abs. 3 BSHG für Landesrahmenverträge nach § 93 d Abs. 2 BSHG vom 15. Februar 1999 wiedergegeben.

Die Bundesempfehlung enthält zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen Hinweise zur Abfassung von Landesrahmenverträgen.

- § 1: Es sind Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Sozialhilfeträgern abzuschließen.
- § 5: Die Leistungstypen haben eine zentrale Bedeutung für die Vergleichbarkeit der Leistung, auch in Bezug auf deren Qualität.
- § 7: Ausreichende, zweckmäßige und notwendige Leistungen gelten dann als wirtschaftlich, wenn sie in der vereinbarten Qualität zu einem vertretbaren Aufwand erbracht werden.
- § 11 Abs. 3: In den Rahmenverträgen sollen typische Leistungen von Unterkunft und Verpflegung nach Art, Umfang und Qualität beschrieben werden.

- § 13 Abs. 1: In den Rahmenverträgen soll vereinbart werden, dass sich – unter Berücksichtigung der Konzeption der Einrichtung – Zahl, Funktion und Qualifikation der Mitarbeitenden vom Hilfebedarf der Hilfeempfängerinnen und -empfänger von den vereinbarten Leistungstypen ableiten.
- § 14: In den Rahmenverträgen soll die zu erfüllende Qualität der Leistungen beschrieben werden, damit das Angebot den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Leistungserbringung entspricht.
- § 24: Vergleiche mit anderen Einrichtungen dürfen sich nicht allein auf monetäre Größen beschränken. Es muss u. a. auch die Qualität der Leistungen miteinander verglichen werden.
- § 25: Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wird unterstellt, wenn diese in der verabredeten Qualität von vergleichbaren Einrichtungen mit den vereinbarten Vergütungen erbracht werden. Bei begründeten Anhaltspunkten kann eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt werden.
- § 27 Abs. 1: In den Rahmenverträgen sind Regelungen zu treffen, die bezogen auf die Hilfearten und Leistungstypen einheitliche Vorgaben für die regelmäßige Dokumentation vorsehen, die dem Sozialhilfeträger in vereinbarten Zeitabständen vorzulegen ist.
- § 27 Abs. 2: Der Einrichtungsträger ist für die Festlegung und Durchführung von Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verantwortlich.
- § 27 Abs. 3: Hier werden beispielhaft Maßnahmen der Qualitätssicherung dargestellt.
- § 28 Abs. 1: Bei begründeten Anhaltspunkten für Qualitätsmängel sind die Sozialhilfeträger zur Prüfung berechtigt. Das Nähere soll in den Rahmenverträgen geregelt werden.
- § 29 Abs. 1: In den Rahmenverträgen soll geregelt werden, wer die Prüfungen nach § 28 durchführt.
- § 29 Abs. 2: Prüfungsgegenstand sind die Sachverhalte, bei denen Anhaltspunkte hinsichtlich eines Verstoßes gegen die vereinbarte Qualität bestehen, wobei der Träger der Einrichtung und sein Verband vorher hierzu gehört werden sollen.
- § 29 Abs. 3: Die Einrichtungsträger sind verpflichtet, die Prüfung in geeigneter Form zu ermöglichen und daran mitzuwirken.
- § 29 Abs. 4: Der Prüfungsbericht wird allen Beteiligten ausgehändigt; die Leistungsempfänger werden in geeigneter Form informiert.
- § 29 Abs. 5: In den Rahmenverträgen ist zu regeln, wer die Kosten der Prüfung trägt.

### 5.1.10 Heimgesetz<sup>162</sup>

Das Heimrecht ist im Zuge der Föderalismusreform aus dem Jahr 2007 über weite Strecken zur Ländersache geworden.

Gegenwärtig sind die einzelnen Bundesländer dabei, eigene Landesgesetze zu verabschieden. Es ist davon auszugehen, dass dieser Prozess zu deutlichen Änderungen des Heimrechts führen wird. Dies wird insbesondere die Fragen des Anwendungsbereichs des Heimrechts und der Qualitätssicherung und -kontrolle betreffen.

---

162 Auf der Homepage der BAG FW ist der aktuelle Stand der Heimgesetzgebung auf Länderebene einzusehen: [www.bagfw.de](http://www.bagfw.de)

## Glossar

**Angehörige** Als Angehörige gelten Bezugspersonen, die aufgrund ihrer Beziehung von der psychischen Erkrankung eines ihnen nahestehenden Menschen mitbetroffen sind. Der Status ist unabhängig von Verwandtschaftsgrad und Familienstand: Neben Eltern, Partnerinnen und Partnern, Kindern und Geschwistern können auch »Wahlverwandte«, Freundinnen und Freunde oder Mitglieder einer Wohngemeinschaft zu Angehörigen werden.

**Auditcheckliste** Audits (systematische, unabhängige Untersuchungen nach Qualitätsmerkmalen; *audire*: lat. hören, anhören, zuhören) erfordern klare und strukturierte Vorgehensweisen. Daher ist die Erstellung eines individuellen »roten Leitfadens« vor jedem Audit erforderlich. Dieser Leitfaden wird als »Auditfragenkatalog« oder »Auditcheckliste« bezeichnet; dabei ist der Fragenkatalog umfangreicher als die Checkliste. Eine Auditcheckliste kann beispielsweise folgende Themen und Inhalte berücksichtigen: Normenanforderungen, aktuelle Ereignisse, Forderungen aus Gesetzen und übergeordneten Dokumenten, Ergebnisse vorangegangener Audits, unterschiedliche Systemanforderungen, Unternehmensziele usw.<sup>163</sup>

**Balanced Scorecard (BSC)** BSC bedeutet: Ausgewogenes Kennzahlensystem bzw. ausgewogene Bewertungskarte. Die BSC beschreibt ein Konzept, das ausgehend von klaren Zieldefinitionen durch ein operationalisiertes und schwerpunktbildendes Verfahren für die priorisierten Arbeitsfelder und Aufgaben ein Kennzahlensystem installiert, mit deren Hilfe betriebliche Prozesse reflektiert und entsprechend besser gesteuert werden können. »Mit der Entwicklung der BSC werden die strategischen Ziele konkret benannt und entsprechende Kennzahlen und Maßnahmen zur Erreichung dieser festgelegt.«<sup>164</sup>

**Behindertenhilfe** Die Behindertenhilfe ist der gebräuchliche Begriff für das System der Hilfen und Beratungsangebote für Menschen mit Behinderung.

Die Hilfen werden von freien, privaten oder öffentlichen Trägern erbracht. Die Leistungen der Behindertenhilfe werden über die verschiedensten Sozialgesetze finanziert, hauptsächlich über die §§ 53–60 des SGB XII, aber auch im Rahmen des SGB XI (Pflegeversicherung), des SGB III (Arbeitsförderungsgesetz), des SGB VIII § 35 a (Kinder- und Jugendhilfegesetz) sowie des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung).

---

163 Vgl. GIETL et al., 2004)

164 Vgl. BRÜGGEMANN, C. 2007. S. 27/28

Der Begriff der Behindertenhilfe ist zwiespältig, weil er das soziale und interaktionelle Phänomen der Behinderung eines Menschen in seinem Lebenskontext reduziert auf eine individuelle Eigenschaft, die durch individuelle Hilfe beeinflusst werden soll.

Häufig bezeichnet »Behindertenhilfe« die Hilfen für Menschen mit geistiger, körperlicher und Sinnesbehinderung, im Unterschied zu den Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Bereich der Sozialpsychiatrie.

Im sozialrechtlichen Sinne werden mit dem Begriff der Behindertenhilfe im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe in der Regel Hilfen für Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung zusammengefasst.

**Community Living** Die Community Living Bewegung hat ihre Wurzeln in der Bürger- und Menschenrechtsbewegung, die Menschen mit einer Behinderung oder einer psychischen Erkrankung in erster Linie als Bürgerinnen und Bürger ansieht mit den gleichen Rechten und Grundbedürfnissen wie nicht behinderte Menschen. Das Konzept des Community Living beschreibt die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und die Einbindung in das Gemeinwesen, wobei das Normalisierungsprinzip, der Integrationsgedanke und die Erwachsenenorientierung handlungsleitend sind.<sup>165</sup> Wo bisher professionelle Subsidiarität praktiziert wird, soll die Subsidiarität der sozialen Netze ausgebaut werden.

**Coping/Copingstrategie/Copingpotenzial** Der Begriff Coping (englisch: to cope with ... bedeutet: bewältigen oder überwinden). Unter Copingstrategie oder Copingpotenzial ist also im PPQ die mögliche Bewältigungsstrategie von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen (natürlich auch von professionell-, ehrenamtlich- oder bürgerschaftlich Helfenden) zu verstehen, wie man im täglichen Leben, sozusagen »biopsychosozial« und bezogen auf die jeweils individuelle Lebenssituation, so optimal wie möglich, trotz unterschiedlichster Handicaps (Nachteile), zurechtkommt und sein Leben selbstständig gestaltet.

Generell sind daher Copingstrategien für alle Menschen zur Gestaltung des täglichen Lebens von entscheidender Bedeutung.

**Dialog** Im Gegensatz zum Monolog ist der partnerschaftliche Dialog die Grundform jeder demokratischen Kommunikation, die selbstverständlich auch im »Trialog« in Rede und Gegenrede als sog. Wechselrede zwischen Partnern stattfindet; s. auch: Monolog/Trialog/Multilog.

**Einrichtungsbezogenes Qualitätshandwerksbuch** Mit dem Begriff Handbuch wird eine geordnete Zusammenstellung von Wissen als Nachschlagewerk bezeichnet. Dabei kann die systematische Anordnung des Wissensstoffes chronologisch oder vor allem nach thematischen Gesichtspunkten vorgenommen werden. ProPsychiatrieQualität (PPQ) ergänzt diesen Begriff um das Einrichtungsbezogene Qualitätshandwerksbuch. Es bezeichnet einen »offenen Ordner«, in dem der jeweils

---

<sup>165</sup> Vgl. STEIN 2007.

aktuelle Stand der Qualitätsentwicklung eines Dienstes oder einer Einrichtung als »Spiegel alltäglicher Abläufe« dokumentiert wird. Hier finden sich nach einem vorgegebenen Raster die in der Einrichtung jeweils aktuellen Verfahren, Vereinbarungen, Indikatoren und die Standards der Qualitätsentwicklung. Durch die Form des »offenen Ordners« wird der Prozessorientierung von PPQ Rechnung getragen und die regelmäßige Aktualisierung der Inhalte ermöglicht. Neue Mitarbeiter erhalten Orientierung, Leistungsträger können den aktuellen Prozessstand des Qualitätsmanagements jeder Zeit einsehen.

**Empowerment** Aus dem Englischen wörtlich übersetzt bedeutet das Wort Empowerment »Bevollmächtigung«. Es bezeichnet Strategien und Interventionen in der sozialen Arbeit, die das Ausmaß an Selbstbestimmung und Autonomie von Menschen erhöhen. Durch den Prozess der Selbstbemächtigung erweitern sich die persönlichen und gesellschaftlichen Gestaltungsspielräume, in dem die Betroffenen ihre Interessen wieder »eigen-mächtig« und selbstverantwortlich vertreten können.<sup>166</sup> Zuweilen wird der Begriff Empowerment synonym mit »Selbstkompetenz« verwendet. Bei Interventionen im Bereich der Sozialpsychiatrie steht die Ermutigung von Menschen im Vordergrund, im Sinne der selbstbestimmten Lebensgestaltung über selbst gesetzte oder erlebte Grenzen hinauszugehen.

**Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)** Die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Verbände wurde erstmals 1988 in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich formuliert.

Der GPV wird als umfassendes Instrument verstanden, um das gesamte klinische und außerklinische Netzwerk der psychiatrischen Versorgung in einer definierten Region zu koordinieren und zu steuern. Ziel der Verbundentwicklung ist eine gemeindeintegrierte und personenzentrierte psychiatrische Versorgung. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände unterscheiden sich in ihrer regionalen Ausprägung. Grundsätzliches Ziel der Entwicklung der Verbände ist es, alle Leistungserbringer in die Verbundentwicklung einzubeziehen.

Seit 2006 besteht die BAG GPV, ein bundesweiter Zusammenschluss von Leistungserbringerverbänden.<sup>167</sup>

**International Classification of Functioning (ICF)** Eine Beeinträchtigung der Teilhabe entsteht nach dem Konzept der funktionalen Gesundheit der WHO (ICF= International Classification of Functioning) als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem einer Person, ihren Umweltfaktoren und ihren individuellen Besonderheiten (s. Abbildung 20).

**Individuelle Hilfeplanung** Die Individuelle Hilfeplanung ist ein Verfahren, mit dem die Ziele und Wünsche des Menschen mit Behinderungen erfasst und be-

---

166 Vgl. KNUF et al. 2007.

167 Siehe: [www.bag-gpv.de](http://www.bag-gpv.de).

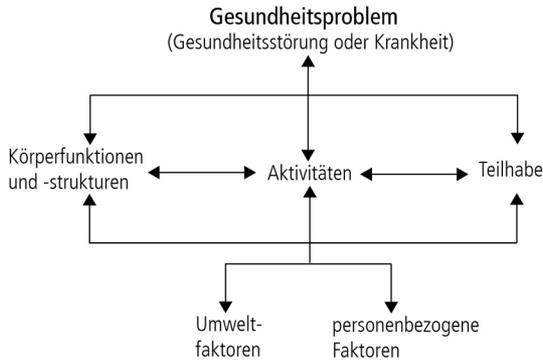


Abb. 20: Systematik der ICF

schrieben werden können, ebenso seine Fähigkeiten, Möglichkeiten und sein Unterstützungsbedarf. Ziel ist die individuelle Beantwortung der Frage nach den passgenauen Hilfen.<sup>168</sup>

**Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)** Beim Kontinuierlichen Verbesserungsprozess wird jeder Vorgang als Prozess betrachtet und kann schrittweise verbessert werden. Nach der Erstellung eines Planes für effektive Verbesserungen (plan), erfolgt die Ausführung des Plans (do); anschließend werden die Auswirkungen der Veränderungen betrachtet (check), um schließlich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zu entscheiden, was erneut zu verbessern ist (act). Danach beginnt die nächste Planung (plan) und so weiter. Dieser Verbesserungsprozess (KVP) setzt sich kontinuierlich fort, da ein Qualitäts-Optimum grundsätzlich nicht vollständig erreicht werden kann und Entwicklung damit niemals endet. Siehe auch Prozess/Qualität/Qualitätsmanagement.

**Kunde** Der Transfer des Begriffs »Kunde« in den Bereich sozialer Dienstleistung ist nicht unproblematisch. Kunden einer Dienstleistung nehmen diese in der Regel freiwillig und auf der Grundlage einer (potenziellen) Auswahlmöglichkeit in Anspruch. Bei sozialen Dienstleistungen hingegen ist diese Freiwilligkeit und Wahlmöglichkeit häufig eingeschränkt oder nicht vorhanden (z. B. aufgrund von Notlagen, Zwangsmaßnahmen, Monopolstellung des Leistungserbringers). Insofern verschleiert die Verwendung des Kundenbegriffs möglicherweise die tatsächliche Abhängigkeitsstruktur.

Das Gelingen einer sozialen Dienstleistung ist schwer messbar. Sie findet in einer Interaktionsbeziehung statt (face to face), »Produktion und Konsumtion« der Dienstleistung fallen zusammen (»Uno-actu-Prinzip«), sie ist immateriell, nicht greifbar, flüchtig, personengebunden (individuell, variabel) und ihre Bewertung

168 Vgl. [www.lvr.de](http://www.lvr.de)

ist äußerst subjektiv. Die Verwendung des Kundenbegriffs im QM kann auf dem Hintergrund dieser Charakteristik jedoch auch deutlich machen, dass sich die Erbringer sozialer Dienstleistungen immer an den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden zu orientieren haben.

**Lebenswelt** Lebenswelt stellt die erlebte und erfahrene Wirklichkeit jedes Menschen dar. Damit ist sie eine wichtige Ressource, aus der Menschen mit Behinderungen Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten schöpfen. Zur Lebenswelt gehören die sozialen Beziehungen (Familie, Freunde, Peer-Group) sowie der Sozialraum, in dem ein Mensch lebt und agiert. Sie ist der Ausgangspunkt für alle Überlegungen in Bezug auf Unterstützungsleistungen oder Interventionen.

**Leistungsempfänger** Als Leistungsempfänger gelten Menschen mit einem Anspruch auf Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern. Dies können z. B. Leistungen zur Krankenbehandlung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sein. Daneben können je nach Bedarfslage auch Leistungen der Pflegeversicherung oder Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht in Frage kommen. Für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie für psychisch erkrankte Eltern mit minderjährigen Kindern sind zudem die Regelungen zur Kinder- und Jugendhilfe wichtig.<sup>169</sup>

**Monolog** Monolog bezeichnet im PPQ die einseitig durch Professionelle bestimmte »Kommunikationskultur« in der deutschen Psychiatrie, die bis weit in die 1970er-Jahre hinein dominant war; s. auch: Dialog/Trialog/Multilog.

**Multilog** Multilog ist im sozialpsychiatrischen Kontext eine Kommunikationskultur, die über den Trialog hinausgeht und sich bemüht, alle an der Weiterentwicklung einer sozialen Psychiatrie Interessierten zu beteiligen.<sup>170</sup> Multilog wird in PPQ als Voraussetzung zur Integration der Sozialpsychiatrie über die Gemeindepsychiatrie in die Gesamtgesellschaft verstanden; s. auch: Monolog/Dialog/Trialog.

**Outcome** Outcome kann als Folge, Ausgang, Ergebnis und Auswirkungen aus dem Englischen übersetzt werden.<sup>171</sup> In PPQ ist mit outcome die Auswirkung der Trialog-Kultur als PPQ-Change-Management und als Kontinuierlicher Verbesserungsprozesses (KVP) gemeint. In diesem Kontext sind alle Mitarbeitenden aufgerufen, die Trialog-Kultur in Qualitätszirkeln (unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen) ständig zu optimieren und regelmäßig auf ihre Wirksamkeit (outcome) zu überprüfen.

**Peer-to-Peer** Der englische Begriff »peergroup« steht für eine Gruppe gleichwertiger, ebenbürtiger Personen gleichen Alters, gleicher/ähnlicher sozialer Her-

---

169 Vgl. BRILL, MARSCHNER, 2005.

170 Vgl. MÖLDERS 2004.

171 Vgl.: <http://www.dict.cc/englisch-deutsch/outcome.html>.

kunft oder gleicher/ähnlicher Interessen. Selbsthilfegruppen sind in diesem Sinne Peer-Gruppen.

»In vielen Ländern arbeiten mittlerweile tausende von Peer-Specialists in verschiedenen sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern.« Vorliegende Studien belegen, dass die Peer-to-Peer Arbeit vergleichbare Wirkungen zeitigt wie die Unterstützung Psychiatrie-Erfahrener durch professionell Helfende, dass sie diese sogar positiv übertrifft.<sup>172</sup>

**Persönliches Budget** Persönliche Budgets eröffnen die Möglichkeit, Hilfeleistungen selbst »einzukaufen«. So wie die Hilfen zum Lebensunterhalt in der Regel in der Form eines persönlichen Budgets im Sinne eines frei verfügbaren »bedarforientierten« Betrages ausgezahlt werden, ist durch Einfügen von § 17 in das Sozialgesetzbuch IX seit dem 01.07.2001 diese Möglichkeit auch für die Hilfen zur Teilhabe gegeben. Seit dem 01.01.2008 haben Unterstützung suchende Menschen den Rechtsanspruch, statt der Sachleistung die Geldleistung zur Deckung des Bedarfs zu wählen.

Ziel ist es, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Betroffenen zu stärken und ihnen dabei – je nach den eigenen Möglichkeiten – Unterstützung zukommen zu lassen.<sup>173</sup>

**Personenzentrierung** Personenzentrierung stellt die gegenteilige Sichtweise zu einer Sach- bzw. Aufgabenorientierung dar. Der Mensch steht im Mittelpunkt der Überlegungen und Aktivitäten. Im Kontext Sozialpsychiatrie bedeutet das: Die Wünsche und Bedürfnisse des Hilfe suchenden Menschen sind zentral für die Auswahl und Umsetzung der daraus abgeleiteten Ziele und Maßnahmen.

Die Definition des personenorientierten Gesundheitssystems (im Sinne der WHO) lässt sich ebenfalls auf den Bereich der Sozialpsychiatrie übertragen. Es schützt die Patientenwürde, die Vertraulichkeit sowie die Autonomie und ist aufgeschlossen für die speziellen Bedürfnisse und Auffälligkeiten aller Bevölkerungsgruppen.

**Projekt** Charakteristisch für ein Projekt ist, dass das Vorhaben neuartig und in seinem Umfang komplex ist, eine klare Zielsetzung verfolgt, zeitlich begrenzt ist, und dass mehrere Stellen, Abteilungen, Bereiche etc. beteiligt sind. Die Konkurrenz um Ressourcen gehört in der Regel ebenso dazu wie eine spezifische Projektorganisation. Voraussetzung für ein Projekt ist ein klarer Auftrag durch die Leitung.

**Prozess** Ablauf, Geschehen etc. Der Prozess besteht aus einer Menge von Mitteln und Tätigkeiten, die in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. Ein Prozess erfordert Inputs; Ziel sind die Ergebnisse (vgl. DIN EN ISO 8402). Im Qualitätsmanagement wird Prozess als eine Folge wiederholt auftauchender

---

<sup>172</sup> Vgl. KNUF 2008.

<sup>173</sup> Vgl.: [www.psychiatrie.de/recht](http://www.psychiatrie.de/recht)

Aktivitäten mit messbaren Eingaben, einer messbaren Wertschöpfung und einem messbaren Output verstanden. Das Prozessmanagement beschäftigt sich mit der Optimierung dieser Aktivitäten; in Geschäftsprozessen zumeist mit Hilfe der Frage: Wer macht was, wann, wie, wozu?

**Psychiatrie-Erfahrene** Der Begriff »Psychiatrie-Erfahrene« wurde »amtlich« durch den Beschluss der Satzung des »Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V.« (BPE), die auf der Gründungsversammlung des BPE, am 11. Oktober 1992, in Bedburg-Hau (NRW) beschlossen wurde. In § 5, Mitgliedschaft, werden die Mitglieder des BPE definiert: »Mitglied des Verbandes kann jede natürliche Person werden, die Psychiatriepatient oder Psychiatriepatientin war oder ist und Ziele des Verbandes bejaht und unterstützt.« Der Begriff »Psychiatrie-Erfahrene« wird in PPQ entsprechend synonym zu Begriffen wie Betroffene, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohner usw. verwendet.

**Qualität** Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt (DIN EN ISO 9000).

**Qualitätsmanagement**<sup>174</sup> Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität (DIN EN ISO 9000).

**Qualitätsmanagementsystem** Steuerungssystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität (DIN EN ISO 9000).

**Qualitätszirkel** Qualitätszirkel (QZ) sind einrichtungs- oder verbandsbezogene Arbeitskreise mit der Aufgabe, konkrete Themen der Qualitätsentwicklung zu bearbeiten und/oder langfristig den Prozess der Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verantwortlich zu gestalten. Ziel ist es dabei, die Erfahrungen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden zu nutzen, ihnen Beteiligungsmöglichkeiten zu eröffnen und Verantwortung zu übertragen.

Qualitätszirkel können auf bestimmte oder unbestimmte Zeit eingerichtet werden, treffen sich unter interner oder externer Moderation in regelmäßigen Abständen.

Die Mitglieder des Qualitätszirkels sollen so ausgewählt werden, dass die relevanten Arbeitsfelder und Hierarchieebenen einbezogen werden. Im Kontext von PPQ sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige soweit wie möglich an der Arbeit der QZ zu beteiligen.

**Recovery** Der Begriff Recovery hat im Deutschen viele Entsprechungen: Erholung, Wiederherstellung, Genesung, Gesundung. Er soll die Erfahrung deutlich machen: Selbst Menschen mit langjähriger psychiatrischer Erkrankung können in dem Sinne gesunden, dass sie auch mit Symptomen gut leben können. Recovery kann für den einen eine vollkommene Freiheit von früheren Symptomen bedeuten, für den anderen eine gute Bewältigung seiner psychischen Einschränkungen.<sup>175</sup>

---

174 Vgl. DGQ 2008.

175 Vgl. KNUF 2006.

**Salutogenese** Mit Salutogenese wird ein Konzept bezeichnet, das die Prozesse und Bedingungen für die Entstehung von Gesundheit zusammenführt. Zentraler Begriff ist das Kohärenzgefühl<sup>176</sup>, das als globale und dynamische Orientierung in einer Person das Vertrauen ausdrückt, die inneren und äußeren Anforderungen des Lebens unter Nutzung der eigenen Ressourcen zu verstehen und diese bewältigen zu können. Für die Sozialpsychiatrie bedeutet das: Im Gegensatz zur Pathogenese, die sich am »Krankheitswert« eines Symptoms orientiert, stellt das Konzept der Salutogenese den Gesundheitsaspekt des Symptoms in den Mittelpunkt des Veränderungsprozesses.

**Selbststigmatisierung** Mit Selbststigmatisierung ist meist die negative Beurteilung der eigenen Person aufgrund einer Psychiatrie-Erfahrung oder einer psychiatrischen Diagnose gemeint. Sie ist die in die Person genommene Fremdstigmatisierung und stellt eine der größten Empowerment-Hindernisse aufseiten der Betroffenen dar.<sup>177</sup>

**Soziale Inklusion** Der sozialetische Begriff der Sozialen Inklusion zielt auf die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die jedem Menschen mit seiner individuellen Besonderheit die uneingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Dabei wird von der Gleichwertigkeit jedes Individuums ausgegangen, das sich nach eigenen Wünschen und Möglichkeiten im gesellschaftlichen Kontext entfalten können soll.<sup>178</sup>

**Sozialunternehmen** Sozialunternehmen zeichnen sich durch ihren besonderen Unternehmenszweck und durch das Verbleiben aller Erträge und Unternehmensgewinne im Unternehmen zur satzungsgemäßen Verwendung aus.

Als Sozialunternehmen werden Nonprofit-Organisationen bezeichnet, deren Unternehmenszweck es ist, das Gemeinwohl zu fördern, ungelöste gesellschaftliche Aufgaben aufzugreifen und soziale Probleme zu lindern oder zu beheben. Im Mittelpunkt der unternehmerischen Aktivitäten des Sozialunternehmens stehen eine Optimierung sozialer Verhältnisse und die Verbesserung der Lebensbedingungen seiner Nutzerinnen und Nutzer, wobei immer der Mensch mit seinen Bedürfnissen und seinem Recht auf Würde und Teilhabe im Zentrum steht.

**Teilhabe** Teilhabe im Sinne der Inklusion bedeutet, unter normalen Bedingungen am Leben in der Gesellschaft und in der Arbeitswelt teilnehmen zu können. Um eine volle soziale Teilhabe sicherzustellen, müssen Menschen mit Behinderung einen gleichberechtigten und barrierefreien Zugang zu allen Lebensbereichen haben, insbesondere zu den Angeboten der Bildung, des Wohnens, der Arbeit, der Gesundheitsversorgung, der Freizeit sowie des religiösen und kulturellen Lebens. Die Betroffenen, ihre Familien und alle, die sie unterstützen, müssen an

---

176 Vgl. ANTONOVSKI et al. 1997.

177 Vgl. KNUF 2006.

178 Vgl. HINZ 2008.

der Entwicklung, Gestaltung und Bewertung der Hilfen zur Teilhabe beteiligt werden.

Das Sozialgesetzbuch IX bestimmt die Förderung der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zum wesentlichen Ziel von Sozialleistungen. Es greift damit das im Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes festgelegte Benachteiligungsverbot für Menschen mit Behinderung auf.

**Total Quality Management (TQM)** Unter Total Quality Management (TQM) versteht man jede gesamtbetriebliche oder unternehmensweite Strategie, die auf ständige Optimierung der Qualität auf allen Ebenen und in allen Phasen des betrieblichen Leistungserstellungsprozesses gerichtet ist. Der Schwerpunkt der Veränderung zielt im Unterschied zu anderen Qualitätsansätzen nicht auf die Einführung neuer Abläufe oder Arbeitsmethoden, sondern auf eine andere Grundhaltung aller Mitarbeitenden. Der Personalentwicklung als Instrument eines tiefgreifenden Wandlungsprozesses der Mitarbeitenden kommt deshalb zentrale Bedeutung zu.<sup>179</sup>

**Trialog** Trialog beschreibt primär die gleichberechtigte Kommunikationskultur der Kerngruppe sozialpsychiatrischen Handelns, die aus Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen besteht. Sie gelten im Trialog jeweils als »Experten in eigener Sache«:<sup>180</sup> Die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als Experten aus Erfahrung; professionell Helfende als Experten durch Ausbildung und Beruf.<sup>181</sup> Wesentliche Leitidee des Trialogs ist die von Asmus Finzen geprägte Aufforderung: »Verhandeln statt behandeln!«<sup>182</sup> Sekundär soll der Trialog dazu beitragen, bei der Planung und strukturellen Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote, an Gesetzesnovellierungen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger, der Forschung sowie der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards – auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene – grundsätzlich Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen demokratisch zu beteiligen. Darüber hinaus ist der Trialog als universelle Basis kommunikativen Handelns in allen Fachbereichen des Sozial- und Gesundheitswesens anwendbar; s. auch: Monolog/Dialog/Multilog

**Zertifizierung** Verfahren, nach dem eine externe, dritte Stelle für eine Einheit schriftlich bestätigt, dass ein Produkt oder ein Prozess mit festgelegten Forderungen konform ist.<sup>183</sup>

---

179 Vgl. ZINGEL 2007.

180 Vgl. GEISLINGER 1998.

181 Vgl. BOCK 2004.

182 Vgl. FINZEN 2000.

183 Vgl. DGQ Band 11-04.

## Literatur

- ANTONOVSKI, A., FRANKE, A. (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- BOCK, T. (2004): Wo wir stehen –die Landschaft der Psychoseseinare heute. In: BOMBOSCH, J., HANSEN, H., BLUME, J. (Hrsg.): Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster
- Brill, K.-H., MARSCHNER, R. (2008): Psychisch Kranke im Recht. Bonn
- BRÜGGEMANN, C. (2007): Entwicklung einer Balanced Scorecard in der Altenpflege. Grundlagen und Ziele. Saarbrücken
- Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ) (2008): Basiswissen: Begriffe. Internet: [www.dgq.de/wui/wui-basis-begriffe\\_qualitaetsmanagement.htm](http://www.dgq.de/wui/wui-basis-begriffe_qualitaetsmanagement.htm)
- FINZEN, A. (2000): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung –zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. Bonn
- GEISLINGER, R. (Hrsg.) (1998): Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München
- GIETL, G., LOBINGER, W. (2004): Leitfaden für Qualitätsauditoren. München, Wien
- HINZ, A. (2008): Inklusion – mehr als nur ein neues Wort? Internet: [www.gemeinsam-leben-rheinlandpfalz.de/Hinz\\_Inklusion\\_.pdf](http://www.gemeinsam-leben-rheinlandpfalz.de/Hinz_Inklusion_.pdf)
- KNUF, A. (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Basiswissen. Bonn
- KNUF, A., OSTERFELD, M., SEIBERT, U. (2007): Selbstbefähigung fördern, Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn
- MÖLDERS, H. (2004): Multilog –Verständigung über (psychisches) Leiden im/am Alltagsleben. In: BOMBOSCH, J., HANSEN, H., BLUME, J. (Hrsg.): Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster
- STEIN, A.-D. (2007): Was ist Community Living. Soziale Psychiatrie, 1, 2007

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Qualitätsmerkmale der sozialpsychiatrischen Dienstleistung 14
- Abb. 2: Anforderungen an die sozialpsychiatrische Dienstleistungsqualität aus den unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten 16
- Abb. 3: ProPsychiatrieQualität (PPQ) – Matrix zur Gewinnung von leitzielorientierten Qualitätsindikatoren 22
- Abb. 4: Qualitätsdimensionen nach Donabedian am Beispiel Sozialpsychiatrischer Dienste 26
- Abb. 5: Rückführung der Qualitätsindikatoren auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes 26
- Abb. 6: Architektur der QM-Konzeption von ProPsychiatrieQualität (PPQ) 37
- Abb. 7: PPQ-Trialog 66
- Abb. 8: PPQ-Pyramide: Trialog – Empowerment – Recovery 70
- Abb. 9: PPQ-Puzzle: Die zusammengehörenden Teile bilden ein neues Ganzes 72
- Abb. 10: Beschwerde- und Verbesserungsmanagement als grundlegender Bestandteil eines QMS, das sich den Prinzipien des Trialog-, Empowerment- und Recovery-Ansatzes verpflichtet sieht 79
- Abb. 11: Struktur des Organisationsprozesses 102
- Abb. 12: Systematische Personalentwicklung 121
- Abb. 13: Pyramidenförmig aufgebautes Zielsystem 126
- Abb. 14: Phasen des Zielvereinbarungsprozesses 127
- Abb. 15: Vom internen Q-Management zur Zertifizierung im GPV 136
- Abb. 16: Deming-Zyklus oder PDCA-Zyklus der ständigen Verbesserung 137
- Abb. 17: EFQM-Modell 140
- Abb. 18: Prozessmodell DIN EN ISO 9001:2000 142
- Abb. 19: Grundform der Balanced Scorecard (BSC) 145
- Abb. 20: Systematik der ICF 161

## Autorinnen und Autoren

**Prof. Dr. Jürgen Armbruster**, Dipl. Soz.päd. (FH), geb. 1957, system. Familientherapeut. Seit 1983 in der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart tätig, dort Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Stuttgart. Von 2000–2006 Fachhochschulprofessor an der Evangelischen Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg, seit Juli 2006 Geschäftsführer der Rehabilitationseinrichtung Rudolf-Sophien-Stift, seit Juni 2007 Mitglied des Vorstands der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart, Mitglied des Vorstands des Bundesverbands Evangelische Behindertenhilfe, Projektleiter PPQ. Kontakt: Büchsenstr. 34–36, 70174 Stuttgart, 0711 2054-254, E-Mail: Juergen.Armbrusterqeva-stuttgart.de

**Martin Baur-Mainka**, geb. 1955, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor (BDP). Berufserfahrungen in der Universität, in einer Paar- und Familienberatungsstelle, im Psychiatrischen Fachkrankenhaus, in selbstständiger Psychotherapie-Praxis und Organisationsberatung. Seit 1984 Psychotherapeut in der Psychosozialen Beratungsstelle (PSB) des Caritasverbandes Rheine, seit 1995 Fachbereichsleiter Gemeindepyschiatrische Dienste und Ambulante Suchtkrankenhilfe, seit 2001 Abteilungsleiter Soziale Hilfen-Sucht-Psychiatrie im Caritasverband Rheine, stellvertretender Projektleiter PPQ. Kontakt: Abteilung Soziale Hilfen-Sucht-Psychiatrie, Caritas-Haus, Lingener Str. 11, 48429 Rheine, Tel.: 05971 862372, E-Mail: Baur-Mainka@caritas-rheine.de, www.caritas-rheine.de

**Jürgen Bombosch**, Dipl.-Psych./Dipl.-Soz., geb. 1951, Krankenpfleger, Qualitätsauditor. 1994–2008 Abteilungsleiter und Geschäftsführer des Geschäftsbereichs Sozialwesen im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland e.V. Seit Juli 2008 Referent für Psychiatrie und Hospiz in der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V. am Standort Düsseldorf. Kontakt: Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V., Lenaustraße 41, 40470 Düsseldorf, 0211/6398-264, E-Mail: j.bombosch@diakonie-rwl.de

**Susanne Heim**, geb. 1937, »trialogische« Psychiatrie-Erfahrung als Hilfsschwester (1961), als Mutter eines psychose-erfahrenen Sohnes (seit 1980) und als Patientin (1981). 1985 Mitbegründerin und bis 1995 Vorsitzende der Kölner Angehörigen-selbsthilfe Rat und Tat e. V., seit 1995 Vorsitzende des Kuratoriums der Kölner Stiftung für psychisch Kranke und ihre Angehörigen. Seit 1986 Mitarbeit in der

Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Köln/AK Erwachsenenpsychiatrie und (seit 1995) UAK Kinder psychisch Kranker, 1989 bis 2003 Mitglied des Vorsitzendengremiums. Initiatorin und seit 1996 Ko-Moderatorin des Kölner Psychose-Forums. Seit 2002 Mitglied des Selbsthilfebeirats der Stadt Köln. Kontakt: Geisbergstr. 10, 50939 Köln, 0221 464132, E-Mail: heim@sozialpsychiatrie.de, www.heim.sozialpsychiatrie.de

**Heidrun Helldörfer**, geb. 1962, Diplom Sozialpädagogin, Individualpsychologische Beraterin. Seit 1987 Mitarbeiterin in der Köln-Ring GmbH, Wohnverbund für psychisch erkrankte und behinderte Menschen in der Stadt Köln. Seit 1992 Leiterin der Köln-Ring GmbH Abteilung WohnForum. Seit 2005 Mitglied im Fachbeirat Psychiatrie (PIC) des Bundesfachverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP). Kontakt: Köln-Ring GmbH WohnForum, Bergisch-Gladbacherstraße 812, 51069 Köln, 0221 689330-12, E-Mail: heidrun.helldoerfer@wohnforum.koeln-ring.de

**Ulrich Nicklaus**, geb. 1953, Bankkaufmann, Dipl.-Sozialpäd. (FH). 1988–1990 Aufbau des Fachbereichs Psychiatrie als Referent des Diakonischen Werks der Ev. Kirche von Westfalen; seit 1990 Leiter der Fortbildungsdozentur Nord des BeB, heute Bundesfachakademie BuFa/GFO Region Nord, Arbeitsschwerpunkte: Qualifizierung und Coaching von Führungskräften in der Sozialwirtschaft, Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistung, Konzeptionsentwicklung, Organisationsberatung, Neue Lerntechnologien etc. Kontakt: BuFa/GFO Region Nord, Postfach 2404, 48011 Münster, 0251 2709-397, E-Mail: nicklaus@bufa-gfo.de

**Klaus Obert**, geb. 1953, Doktor der Sozialwissenschaften und Diplom Sozialpädagoge. Studium der Sozialpädagogik von 1972–1978 an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen. Zwischen 1978 und 1982 in psychiatrischen Krankenhäusern tätig sowie eine längere Hospitation in Zentren für seelische Gesundheit in Arezzo und in Triest in Italien. Seit 1982 in Stuttgart: Auf- und Ausbau Sozialpsychiatrischer Dienste sowie weiterer Bausteine des gemeindepsychiatrischen Verbundes und deren Koordination in der Praxis wie in der fachpolitischen Umsetzung. Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen im Caritasverband für Stuttgart e.V.; Vorsitzender des Fachbeirats Psychiatrie im CBP (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie), Mitglied des Vorstandes der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände, Lehrbeauftragter am Institut für Erziehungswissenschaft der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen.

**Margret Osterfeld**, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, pharm.-techn. Assistentin, Psychiatrie-Erfahrenere. Seit 1993 tätig in der LWL-Klinik Dortmund,

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 1996 Oberärztin, seit 2000 auf verschiedenen offenen Aufnahmestationen. Seit 1999 wiederholte Erfahrungen unter verschiedenen Diagnosen und in verschiedenen namhaften Kliniken als Psychiatricpatientin. Kontakt: Margret Osterfeld, Winandweg 10, 44388 Dortmund, 0163 7398354

**Johannes Peter Petersen**, geb. 1956, Dipl.-Päd., Projektmanagement-Fachmann (RKW/GPM), Betriebswirt der Sozialwirtschaft. Seit 2002 Referent im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein, aktuell zuständig für sozialpolitische Grundsatzfragen und Suchthilfe, vorher freiberuflich tätig in der Beratung sozialwirtschaftlicher Unternehmen, Leitung von ambulanten und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Kontakt: Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Kanalufer 48, 24768 Rendsburg, 04331 593148, E-Mail: j.petersen@diakonie-sh.de

**Dr. phil. Katharina Ratzke**, geb. 1961, Dipl.-Päd., systemische Familientherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, seit 2004 Referentin für Sozialpsychiatrie und Suchthilfe beim Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland; zuvor verschiedenen Tätigkeiten an der Göttinger psychiatrischen Universitätsklinik sowie im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der Gemeindepyschiatry. Kontakt: Reichensteiner Weg 24, Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege, 14195 Berlin, 030 83001261, E-Mail: ratzke@diakonie.de

**Christina Reinhardt**, Dipl. Päd (Univ.), geb. 1960, Staatlich anerkannte Erzieherin, von 1980 bis 1991 als Erzieherin und Fachberaterin beschäftigt, 1992 bis 2005 in verschiedenen Bereichen der Erwachsenenbildung tätig – u. a. in der Ausbildung von Altenpfleger/-innen, Familienpfleger/-innen und Arzthelfer/-innen bei einem privaten Bildungsträger; ab 1995 Bildungsreferentin beim Paritätischen Bildungswerk Thüringen e. V., hier von 1997 bis 2001 Projektkoordinatorin in der Koordinierungsstelle Fort- und Weiterbildung für den Bereich Sozialpsychiatrie, seit 2005 Bereichsleiterin Sozialpsychiatrie im Bodelschwingh-Hof Mechterstädt e. V. Kontakt: Bodelschwingh-Hof Mechterstädt e. V., Gleicher Weg 1–10, 99880 Mechterstädt, 03621 219315, E-Mail: christina.reinhardt@bodelschwingh-hof.de

**Ursula Uderstadt**, Dipl. Soz.päd., geb. 1951, systemische Familientherapeutin, prof. Coach. Seit 2003 zuständig für Personal- und Qualitätsentwicklung im Stiftungsbereich Behindertenhilfe des Rauhen Hauses, Hamburg. Zuvor tätig als Leitung in der ambulanten pädagogischen Betreuung der Behindertenhilfe und in der Kinder- und Jugendhilfe des Rauhen Hauses. Kontakt: Beim Rauhen Hause 21, 22111 Hamburg, 040 65591215, E-Mail: uuderstadt@rauhenhaus.de

**Dr. theol. Ursula Wollasch**, Dipl.-Theol., geb. 1963, seit 2003 für den Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. tätig, seit als 2004 Geschäftsführerin; arbeitete von 1998 bis 2003 an der Fortbildungs-Akademie des Deutschen Caritasverbandes (DCV) e. V. in Freiburg als Dozentin; leitete von 1993 bis 1998 ein Projekt der VW-Stiftung zur Unternehmensethik an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster/Westf. Kontakt: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) e. V., Geschäftsstelle, Karlstr. 40, 79104 Freiburg/Br., 0761 200255, E-Mail [ursula.wollasch@caritas.de](mailto:ursula.wollasch@caritas.de)