

# Psychiatrie und Qualitätsmanagement – eine fruchtbare Spannung?

Von Hildegard Weigand<sup>1</sup>

QM - Verfahren sind ihrem Anspruch nach universell in allen Bereichen anwendbar. Sie prüfen und bewerten Organisationen im Blick auf deren Strukturen, Prozesse und Ergebnisse unabhängig von den jeweils spezifischen Aufgaben einer Einrichtung. Hierin liegt das Ungewohnte und Anregende einer Bewertung gleichermaßen.

Bereits in der Vorbereitung einer Zertifizierung muss sich eine Klinik also mit einer ihr zunächst fremden Messlatte auseinandersetzen. Fremdheit ist auch noch im Rahmen des Zertifizierungsprozesses selbst erlebbar. Einzelne Szenen des Bewertungsprozesses wirken dabei wie ein Brennglas. Auf beiden Seiten gibt es situative Irritationen und punktuell schwierige Verständigungsversuche. Der Prozess insgesamt aber, die Auseinandersetzung mit den Rückmeldungen der externen EFQM - Validatoren in der Klinik, die Entscheidungsprozesse in der Runde der Abteilungsleitungen und die Debatte mit den internen EFQM - Assessoren im Blick darauf, welche Rückmeldungen auf dem Weg unserer Weiterentwicklung genutzt werden können und wollen – dies alles ermöglicht Annäherung und Integration. Von beidem, von den für Spannungen und Irritationen sorgenden inhaltlichen Differenzen einerseits und den Befruchtungen durch das EFQM - Verfahren andererseits, will ich exemplarisch an ausgewählten Aspekten berichten.

## 1. Zum Kundenbegriff

### 1.1. Der Kundenbegriff ist in der Psychiatrie spannungsreich

Mit der Einführung des Kundenbegriffes im Gesundheitswesen – im Zuge der Ökonomisierung der Gesundheit – geht potenziell eine Entlassung der Patienten

ihrem „Objektstatus“ einher. „Der Kunde ist König“ – dies kann für den Patienten ein Stück Empowerment und Bemächtigung bedeuten. Er rückt „auf Augenhöhe“. Je gesünder ein Patient ist, desto eher kann er davon profitieren. Je beeinträchtiger ein Patient aufgrund seiner Störung und/oder aufgrund der Rahmenbedingungen seiner Einweisung und Unterbringung ist, desto eher ist er von dieser Definition des Kundenbegriffes überfordert.

Stellen Sie sich bitte einen nach PsychKG eingewiesenen Menschen in seiner Not vor oder einen erregten demenzkranken Menschen oder auch einen forensischen Patienten – der Kundenbegriff will einem da kaum über die Lippen gehen. Ihnen fehlt wegen innerer oder äußerer Bedingungen die Kundensouveränität. Sie haben nicht entschieden oder gewählt, in die Klinik zu gehen, um eine Dienstleistung zu kaufen. Menschen kommen in der Regel erst dann in die Psychiatrie, wenn sie oder Menschen in ihrem Umfeld keine andere Möglichkeit mehr sehen, mit der Not fertig zu werden. Zudem hat die Psychiatrische Klinik einen Pflichtversorgungs- und damit einen „doppelten“ Auftrag: Sie hat den Patienten zu behandeln und ihn vor sich selbst und die Gesellschaft vor ihm zu schützen gleichermaßen. Dieser Aspekt passt nicht zum Kundenstatus.

### 1.2. Integrative Praxis

Wie versuchen wir nun, das Stärkende am Kundengedanken zu nutzen und das Unangemessene und Überfordernde zu vermeiden? Wie versuchen wir, etwas darüber zu erfahren, was die Kunden von unserem Dienstleistungsangebot halten? Die Patientinnen und Patienten teilen uns indirekt durch den Grad ihrer Genesung oder auch Nichtgenesung und Chronifizierung etwas über die Qualität unserer Dienstleistungen mit. Den bemäch-

tigten Kundenaspekt versuchen wir auch direkter zu nutzen:

- Durch eine stichprobenhafte schriftliche Zufriedenheitsbefragung fragen wir Patienten erst bei ihrer Entlassung, dem Zeitpunkt ihrer größtmöglichen Kundensouveränität, nach den unterschiedlichen Aspekten der Behandlung. Allerdings wird das Kriterium „Zufriedenheit“ als ein für die Psychiatrie fragwürdiges Kriterium nicht nur in Paderborn diskutiert und hinterfragt.

- Wir haben deshalb – um die Kundenseite weiter zu stärken – eine qualitative Methode eingeführt, die Fokusgruppengespräche mit Patienten<sup>2</sup>. Wir erhalten über dieses Instrument wertvolle anonymisierte Rückmeldungen der Patienten. Sie genießen dabei das Ernst-Genommen-Werden als Kunden, nach deren Meinungen und Verbesserungsideen gefragt wird und sie betonen in der Regel gleichzeitig, dass sie keine Kunden, sondern Patienten seien. Hier schützen sie sich selbst vor der mit dem Kundenbegriff einhergehenden potenziellen Überforderung.

In allen drei Fachabteilungen der Klinik werden darüber hinaus therapeutische Konzepte entwickelt und praktiziert, die dem stärkenden Aspekt des Kundenbegriffes entsprechen.

- In der Abteilung Allgemeinpsychiatrie sind es z. B. die Verhandlungskultur und Ressourcenorientierung des systemischen Ansatzes, die Behandlungsvereinbarungen.

- In der Abteilung Suchtmedizin ist es z. B. die motivierende Gesprächsführung, die den Patienten in seiner Eigenverantwortung anspricht.

- In der Abteilung Gerontopsychiatrie ist es z. B. das Konzept der Validation, das den demenzkranken Menschen als Subjekt im Gegenüber hat.

Damit entspricht das QM und seine Art und Weise der Bezug-



Hildegard Weigand  
Dipl.-Päd., Supervisorin, Qualitätsbeauftragte in der Psychiatrischen Klinik Paderborn des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)

nahme auf den Patienten als Kunden den angewandten therapeutischen Konzepten, so dass sich von verschiedenen Seiten her ein auch im Leitbild verankertes Menschenbild und eine respektvolle Grundhaltung etabliert. Wichtig ist, dass wir dabei den Grund, weshalb sich ein Mensch an die Psychiatrie wendet, im Blick behalten und ihn nicht überfordern. Er kommt in psychischer Not, mit seinem Scheitern und Versagen, mit seinen Einschränkungen und Beeinträchtigungen und genau im Bezug darauf ist Hilfe und Unterstützung gefragt. Seine mangelnde Kundensouveränität entspricht, wenn man so will, dem Kern seines Anliegens. Diese Spannung will im Rahmen seiner Behandlung immer wieder neu gestaltet werden.

## 2. Spannung zwischen Standardisierung einerseits und Individualität und Subjektivität andererseits

### 2.1. Unterschiedlicher Gebrauch des Begriffes „Prozess“

Im Qualitätsmanagement werden mit dem Begriff „Prozess“ die Handlungsabläufe in einer Organisation bezeichnet. Das QM erwartet und erfordert, dass eine Organisation ihre Handlungsabläufe in Prozessbeschreibungen festlegt und damit standardisiert. Wenn alle Prozesse einer Organisation so erfasst und standardisiert werden, sind die QM - Handbücher entsprechend umfangreich. Gegenläufig zum Kundenbegriff findet in der Standardisierung von Handlungsabläufen Entsubjektivierung statt.

In der Psychiatrie sind wir einen anderen Gebrauch des Begriffes Prozess gewohnt. Unter „Prozessen“ verstehen wir zuerst „Entwicklungsprozesse“:

- die individuellen Entwicklungsprozesse der Patientinnen und Patienten insbesondere im Zuge ihrer Behandlung und Begleitung,
- die individuellen Entwicklungsprozesse von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Zuge ihrer Professionalisierung und Personalentwicklung und
- den Entwicklungsprozess der Organisation im Sinne einer „lernenden Organisation“ bzw. einer „Organisationsentwicklung“.

Diesem Prozessverständnis ist eine Offenheit im Blick auf die Erreichung von Zielen und Ergebnissen immanent, weil es interaktive Prozesse sind, die auch nicht antizipierbaren Einflüssen ausgesetzt sind. Bei offenen Prozessen begleitet und plant man von Schritt zu Schritt und berücksichtigt dabei die jeweils gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse. Entwicklungsprozesse lassen sich nicht festschreiben und standardisieren, sie lassen sich auch nicht entsubjektivieren.

### 2.2. Integrative Praxis

In unserer Praxis sind wir gefordert, zwischen diesen beiden verschiedenen Bedeutungen des Begriffes Prozess zu unterscheiden.

Im Blick auf Prozessbeschreibungen als Handlungsabläufe haben wir uns dazu entschieden, zunächst den Schlüsselprozess der Behandlung zu definieren, um damit Orientierung zu bieten und einen Rahmen festzulegen, innerhalb dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre individuellen Behandlungen gestalten können. Vor einigen Jahren bereits haben wir dazu als Maxime formuliert: „Wir standardisieren so viel wie nötig und so wenig wie möglich“. Die Beschreibung und Standardisierung aller Prozesse scheint uns nicht sinnvoll, weil eine dadurch entstehende Komplexität an dienstlichen Vorgaben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis überfordern würde.

Neben den Prozessbeschreibungen haben wir in den letzten Jahren – immer am laut gewordenen Bedarf entlang – ein Leitbild, Stationskonzepte und weitere Standards und Leitfäden entwickelt. Überwiegend greifen diese Standards Grenzfragen und –themen der psychiatrischen Arbeit auf wie

- Fixierung,
- Suizidprophylaxe,
- Sterbebegleitung,
- Übergriffe,
- Konfliktkultur

Insbesondere im Blick auf Grenzsituationen geben Standards und Leitlinien Sicherheit und Halt im eigenen praktischen Tun. Gemeinsam mit anderen Festschreibungen wie zum Beispiel der individuellen

Behandlungs- und Pflegeplanung und –dokumentation helfen sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch dabei, im Hinblick auf die meist zunächst überfordernden Hilfebedürfnisse der Patientinnen und Patienten sich selbst zu strukturieren, abzugrenzen, zu distanzieren und zu schützen. Das zwischenmenschliche Miteinander in der Bezugspersonen- und der milieutherapeutischen Arbeit erhält durch diese Vorgaben einen Rahmen und eine entlastende Struktur. Hier haben wir die Anregungen des QM umfassend genutzt.

Wichtig ist anzuerkennen: Die manchmal nicht unmittelbar als fruchtbar, sondern bisweilen auch als furchtbar erlebten Spannungen zwischen der Standardisierung von Handeln einerseits und dem Sich - Einlassen auf die höchst individuellen und subjektiven Dimensionen der psychiatrischen Arbeit sind nicht auflösbar, sie wollen und müssen im psychiatrischen Berufsalltag immer wieder neu ausbalanciert und gestaltet werden. Der Umgang mit Nähe und Distanz ist nicht umsonst ein wichtiges Thema in der Begleitung von Psychiatriepatienten. Sich ein für alle Mal statisch einzufinden in einer zugewandten Distanziertheit etwa ist m.E. falsch verstandene Professionalität. Vielmehr braucht es eine Beweglichkeit zwischen Annäherungs- und Einlassprozessen einerseits und Distanzierungs- und Reflexionsprozessen andererseits. Bei Letzterem können die QM-Vorgaben hilfreich sein. Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ihrem beziehungs-, nahe- und haltstiftenden professionellem Handeln zu unterstützen, braucht es fachspezifische Kompetenzerweiterungen.

## 3. Das Kausalitätskonstrukt des QM und das Wirkungsverständnis in der Psychiatrie

### 3.1 Gegensätzliches

Dem QM - Konstrukt eines eher linear gedachten Ursache – Wirkungsprinzips stehen wir skeptisch gegenüber. Es wäre ein Fehler, ein bestimmtes Ergebnis auf eine einzelne Ursache bzw. Maßnahme zurückzuführen.

Bereits bei der medikamentösen Behandlung haben wir gelernt, dass es außer einer gewünschten Wirkung unerwünschte Nebenwirkungen gibt und dass jeder Mensch individuell verschieden auf ein Medikament reagiert. Wir haben darüber hinaus gelernt, dass bei einem Krankheitsverlauf ebenso wie bei einer Genesung oder Heilung viele Faktoren eine Rolle spielen. Menschliche Entwicklung ist ein komplexer Prozess mit vielen Einflussfaktoren. Es gelingt uns selten, alle Aspekte in den Blick zu bekommen und zu verstehen. Auch beim Behandlungsprozess spielen viele unterschiedliche Faktoren und Einflüsse eine Rolle, auch hier können wir nie sicher sein, dass wir alle Faktoren im Blick haben. Wir sind es deshalb gewohnt, eine suchende Haltung einzunehmen, Medikamente zu erproben, Behandlungspläne zu korrigieren und unser Beziehungshandeln zu reflektieren und zu verändern.

So führen wir beispielsweise den statistisch nachgewiesenen Rücklauf von Fixierungen in unserer Klinik auf mehrere Ursachen zurück, z. B. den Rückgang der Zwangseinweisungen, die Deeskalationstrainings, veränderte Kooperationskulturen auf den Stationen und in der Klinik, die Arbeit am Fixierungsstandard – darüber hinaus wissend, dass es weitere Variablen gibt, die wir noch nicht in der Aufmerksamkeit haben.

Sich immer wieder der Komplexität der Realität in einer psychiatrischen Klinik zu stellen, ist bisweilen auch ängstigend und sehr anstrengend. Jeder von uns kennt sicher eine gelegentliche Sehnsucht nach Komplexitätsreduktion. Das QM verspricht an einigen Stellen eine solche Komplexitätsreduktion. Es stellt Kriterien und Kategorien zur Systematisierung zur Verfügung und gibt damit eine entlastende Orientierungshilfe. Weil es aber gleichzeitig seine ihm eigene Komplexität des möglichst vollständigen Erfassens einer Organisation, seiner Strukturen, seiner Abläufe und Ergebnisse entfaltet, wird dieses Versprechen bisher nicht eingelöst. Es bleibt die Hoffnung, dass die zunehmende QM-Praxis Komplexitätsreduktion im Blick

auf das QM selbst bringt, ohne dass dabei unser Bewusstsein für die Komplexität unserer Realitäten beeinträchtigt wird.

### 3.2. Integrative Praxis

Im Leitbild haben wir in Abkehr von alten Richtungsstreitigkeiten ein integratives bio-psycho-soziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis formuliert. Dementsprechend ist auch unser Behandlungsverständnis mehrdimensional. In unserer Klinik gibt es neben der medikamentösen Basisbehandlung unterschiedliche psycho-, ergo- und bewegungstherapeutische Methoden und Angebote, sozialarbeiterische Unterstützung und ein fundiertes und differenziertes Pflegekonzept.

Die jeweils individuelle Diagnostik, Behandlungs- und Pflegeplanung wird durch ein „Bezugstandem“ von ärztlich/therapeutischen und pflegerischen Fachkräften sichergestellt, die als Personen kontinuierlich wahrnehmend und integrierend die wichtigsten Gegenüber für den Patienten sind. Die Kooperation im Bezugstandem ist eingebettet in ein multiprofessionelles Team, das dem Bezugstandem seine berufsgruppenspezifisch unterschiedlichen Sichtweisen zur Verfügung stellt. Es geht dabei um einen intersubjektiven Prozess, der eine möglichst vollständige Wahrnehmung jedes einzelnen Patienten zum Ziel hat. Die (Beziehungs-)Arbeit mit Menschen, die psychisch erkrankt und dadurch in der Regel auch sehr beziehungsirritiert sind, braucht sorgfältige Reflexionsprozesse, multiprofessionelle Kommunikation und Kooperation im Team, eine möglichst „gesunde“ Kultur und Atmosphäre im Behandlungssetting. All diese „weichen Faktoren“ entziehen sich dem unmittelbaren faktischen Zugriff.

## 4. Führungsverständnis und Mitarbeiterorientierung

### 4.1. Gegensätze

Die Psychiatrischen Krankenhäuser haben in ihrer Tradition kein entwickeltes Managementverständnis. In ihr führten und führen Menschen, die andere Herkunftsberufe haben und mit ihnen

identifiziert sind. Im Blick auf Leitungskompetenzen waren die Leitungskräfte Autodidakten. Dies hatte zur Folge, dass es überwiegend von den einzelnen Leitungskräften, ihrem Vorbildverhalten und Naturtalent abhing, ob und wie geleitet wurde. Erst in den letzten 20 Jahren wird die deutlichere Profilierung der Führungsaufgaben systematisch in Angriff genommen.

Das EFQM-Modell hingegen bewertet Führung differenziert im Blick auf ein zielorientiertes Führungshandeln. Es nimmt die Führungskräfte damit umfassend in die Verantwortung und bietet eine hilfreiche Systematik. Es geht davon aus, dass das Gelingen und der Erfolg eines Unternehmens abhängen

- von dessen Führung, Politik und Strategie, in diesem Zusammenhang davon,
- ob es kunden- und mitarbeiterorientiert geführt wird,
- ob die internen Abläufe effektiv und effizient gestaltet sind und
- ob die Ergebnisse dokumentiert und im Blick auf die weiteren Planungen und Ziele ausgewertet und genutzt werden.

### 4.2. Integrative Praxis

Die LWL-Klinik Paderborn hat in den letzten 10 Jahren – seit 2002 mit Hilfe und in Anlehnung an das EFQM Modell – dem Aspekt Führung viel Aufmerksamkeit und Engagement gewidmet, um eine notwendige Entwicklung voranzubringen. Sie hat Kollegiale Stationsleitungen eingesetzt, regelmäßige Führungsworkshops veranstaltet und Mitarbeitergespräche eingeführt. Zurzeit wird ein Beteiligungsmodell „Führen mit Zielvereinbarungen“ etabliert. Die Etablierung eines partizipativen, kooperativen und partnerschaftlichen Führungsstils war dabei das im Leitbild formulierte Ziel. Die aktive Wahrnehmung der Leitungsverantwortung auf den verschiedenen Hierarchieebenen wird auch weiterhin zu fördern sein.

Auch die Einführung eines QM-Systems ist ein wichtiger Bestandteil dieses Prozesses. In diesem Kontext wurde neben der Linienstruktur eine Projektstruk-

tur etabliert, um die andere Seite einer ausbalancierten Organisationsentwicklung zu gewährleisten. In der Projektstruktur gilt es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freiwillig gestaltend an der Qualitätsverbesserung zu beteiligen und dazu zu ermächtigen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden zu ModeratorInnen im QM qualifiziert und werden bei der Qualitätszirkel- und Konzeptarbeit, den Fokusgesprächen und nun auch als Mediatoren im Rahmen der Weiterentwicklung unserer Konfliktkultur kontinuierlich eingesetzt. Dadurch wurde es möglich, eine breite Mitarbeiterbeteiligung am QM - Prozess zu ermöglichen. Die Schnittstelle zwischen der Linien- und Projektstruktur braucht dabei ebenso wie andere Schnittstellen eine sorgfältige Handhabung.

Um den Reifegrad einer Organisation Schritt für Schritt zu erhöhen, braucht es einen kontinuierlichen Zugewinn von Führungskompetenz ebenso wie einen kontinuierlichen Zuwachs an Mitarbeiterkompetenzen. Leitungskräfte wie Mitarbeitende brauchen jeweils kompetente Gegenüber. Wir bemühen uns in diesem Sinne um eine Balance von „top down“ und „bottom up“, wie dies im QM genannt wird. Hier hat uns das EFQM eine hilfreiche Systematik geboten, die viele wichtige Aspekte beinhaltet und ausformuliert.

## 5. Ausblicke

Wenn wir den eingeschlagenen Weg mit EFQM weitergehen wollen, werden wir uns im Blick auf unsere Ergebnisse mit Fragen wie den folgenden beschäftigen müssen und hoffentlich kreative Antworten und Projektideen entwickeln:

- Wird es uns gelingen, den Rücklauf bei den schriftlichen Patientenbefragungen zu erhöhen und die Auswertungsergebnisse angemessen und aussagekräftig so zu interpretieren, dass sie für das Management handlungsleitend wirksam werden?
- Finden wir Mittel und Wege, unsere Fokusgespräche – über die jetzige konkrete und unmittelbare Nutzung hinaus – so auszuwer-

ten, dass die Ergebnisse für das Management der Klinik insgesamt von Nutzen sind?

- Werden wir genügend Ressourcen dafür freistellen können, die klinische Basisdokumentation und mit ihr die Bewertungen nach CGI (Clinical Global Impressions) und GAF (Global Assessment of Functioning Scale) wieder einführen, auswerten und für das Management systematisch nutzen zu können? Werden wir so viele Ratings für die Behandler anbieten können, dass die so erhobenen Daten und Schlüsselergebnisse auch valide, seriös und aussagekräftig sind?

- Werden wir – darüber hinaus – andere Indikatoren und Kennzahlen entwickeln können, die uns eine objektivierte Rückmeldung über den Erfolg unserer Arbeit geben können? Dies ist ein Anliegen der Fachdisziplin Psychiatrie insgesamt und sollte kooperativ und vernetzt über Träger- und Landesgrenzen hinaus in Angriff genommen werden.

- Professionelle Beziehungsarbeit hat die Linderung und Besserung der psychischen Not der Patienten zum Ziel. Wie können wir die Wirksamkeit dieser Arbeit überprüfen und feststellen, inwieweit dieses Ziel jeweils erreicht wird? Kommen wir dabei nicht umhin, zu fragen, ob und wie das komplexe professionelle Beziehungsgeschehen „messbar“ gemacht werden kann? Das EFQM fordert bei den Ergebniskriterien Zahlen, Daten und Fakten.

- Wir alle wissen: „Vom Wiegen wird die Kuh nicht fett“. Deshalb wird es dann weiter darum gehen, die gemessenen Ergebnisse zuverlässig für die Weiterentwicklung der Arbeit zu nutzen.

Im Blick auf unsere Weiterentwicklung habe ich die Sorge, dass der zentrale, die subjektiv erlebte Qualität von Behandlung wesentlich bestimmende Aspekt – nämlich die professionelle Beziehungsarbeit und damit auch die Menschen, die diese Arbeit tagtäglich leisten – aus unserer Aufmerksamkeit geraten könnte, weil er sich nicht angemessen dokumentieren, messen und zählen lässt. Ich fürchte weiterhin, dass

die Beschränkung auf quantitative Verfahren dazu führen könnte, dass die Komplexität psychiatrischer Arbeit unangemessen reduziert werden muss, damit es handhabbar wird. Behandlung und Pflege vollziehen sich nun mal als individuelle und subjektive professionelle Beziehungsarbeit, in der es darum geht, den Patienten in seiner je individuellen Krise und subjektiven Sichtweise auf sich selbst und die Welt zu verstehen und zu unterstützen.

Es bleibt für mich deshalb die Frage, ob zusätzliche Ressourcen zu erschließen sind oder ob es qualitative Verfahren gibt, die von ihrem Aufwand her leistbar sind und sich – möglicherweise in Ergänzung zu quantitativen Verfahren – dieses wichtigen Themas weiter annehmen.

Damit uns im Hinblick auf all diese möglichen Aufgaben nicht schwindelig wird und damit uns keine lähmenden Überforderungsgefühle überfallen, zitiere ich den Leitsatz einer Gärtnerei, der auch uns gut tun könnte: „Wir wollen vieles schnell erreichen – und können doch den langsamen Wachstumsprozessen ruhig zusehen und auf Reife warten“. Oder etwas flapsiger formuliert: Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht! ●

### Anmerkungen

1 Dieser Beitrag ist die überarbeitete und gekürzte Fassung eines Vortrags vom 4.11.2008 anlässlich der Verleihung des EFQM-Zertifikates „Recognized for Excellence“ an die LWL Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik Paderborn  
2 Mehr dazu siehe: Hildegard Weigand, Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements. Kultur des Dialogs zwischen psychiatrisch Tätigen und Betroffenen, Kerbe Heft 4/2005, S. 13-17