

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt Qualitätsentwicklung

Veränderte Rahmenbedingungen zwingen Soziale Unternehmen, sich als qualitätsorientierte Anbieter zu profilieren. Dabei werden aus der Wirtschaft stammende Konzepte des Managements oft kritiklos übernommen. Es gilt daher, eigenständige Antworten zu finden auf die Fragen, mit welcher Werteorientierung und welchen Konzepten Sozialpsychiatrie den Wandel gestaltet



- 3 Editorial
- 4 Themenschwerpunkt

■ **Qualitätsentwicklung als Prozess**
Pro Psychiatrie Qualität - ein
Programm zur Erarbeitung überre-
gionaler Standards
Jürgen Armbruster, Seite 4

■ **Weichenstellung für externe
Qualitätsentwicklung**
BEB und PiC haben gemeinsame
Indikatoren vereinbart
Annerose Knäpple, Seite 8

■ **Verknüpfung von Qualitäts- und
Wertediskussion**
Der englische Ansatz „Homes are
for living in“ und seine Positionie-
rung in Deutschland
Thomas Klie, Seite 11

■ **Leitbilder in der Auflösung**
Spannungsfeld zwischen sozial-
ethischer Orientierung und Praxis
Udo Schmälzle, Seite 14

■ **Systemisches Management för-
dert Autonomie**
Die Kundenorientierung der Ein-
richtungen wird immer besser
Elisabeth Nicolai und Jochen
Schweizer, Seite 16

■ **Den Wandel gestalten**
Zum Verständnis von Führen und
Leiten in psychiatrischen Hilfe-
systemen
Jürgen Lempert, Seite 19

■ **Weg durch Stürme und Flauten**
Führung als interaktionale Stueue-
rung und Organisation nach innen
und außen
Gabriele Tergeist, Seite 22

■ **Neue Kultur des Umgangs**
Der Trialog als Basis für Qualitäts-
entwicklungsprozesse
Jürgen Bombosch, Seite 25

27 Spectrum

■ **Wandel zeichnet sich ab**
Emotionale Intelligenz - ein Bei-
trag zur ganzheitlichen Sicht von
Unternehmensentwicklungen
Helmuth Beutel, Seite 27

■ **Stress und Trauma prägen das
Leben**
Der Kriegszustand in Bethlehem
bringt vor allem für Kinder ver-
heerende psychische Belastungen
mit sich
Manuela Ziskoven, Seite 29

33 Nachrichten

35 Termine

Editorial

Die Veränderung der institutionellen Strukturen des psychiatrischen Hilfesystems stellt neue Anforderungen an die Gestaltung von Führungs- und Leitungsprozessen. An die Stelle der großen, häufig patriarchal geleiteten Institutionen, tritt ein Netz von dezentralen Strukturen, in denen Verantwortung und Entscheidungskompetenz an die Basis delegiert und Ressourcen vor Ort bedarfsorientiert und flexibel eingesetzt werden müssen.

Während der Beginn des sozialpsychiatrischen Reformprozesses wesentlich vom Impetus des Aufbruchs und der sozialen Bewegung geprägt war, erfordert die Ausdifferenzierung des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems neue Antworten. Innerhalb der sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen entsteht im Zeichen des Dialogs in wachsendem Maße eine Kultur der Partizipation und des Respekts im Umgang mit den Nutzerinnen und Nutzern sozialpsychiatrischer Hilfen. Mitarbeitende, die in dieser Weise eine Kompetenz zur Wahrnehmung von Bedürfnissen, zur Moderation und zum gleichberechtigten Aushandeln von Interessen entwickeln müssen, nehmen zu Recht Gleiches für sich in Anspruch, wenn es um die Gestaltung von Leitungs- und Organisationsentwicklungsprozessen geht.

Soziale Unternehmen müssen ihre Einbindung in das Gemeinwesen, ihre Kooperationsbeziehungen innerhalb der Hilfesysteme, ihre Beziehung zur Politik und zur So-

zialverwaltung pflegen und ihre Rolle und Funktion in den verschiedenen Öffentlichkeiten gestalten. Die veränderten Rahmenbedingungen zwingen sie dazu, sich immer wieder neu als qualitätsorientierte Anbieter zu profilieren. Gleichzeitig werden Dienste und Einrichtungen mit einer Fülle von aus der Wirtschaft stammenden Konzepten des Managements, der Steuerung von Unternehmen und der Qualitätsentwicklung konfrontiert, die oft kritiklos in die Welt des Sozialen übernommen werden.

Um so notwendiger erscheint es, eigenständige Antworten zu finden auf die Fragen, mit welcher Werteorientierung, mit welchen Haltungen, mit welchem Menschenbild und mit welchen Konzepten sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen geleitet, wie der Wandel sozialer Unternehmen gestaltet und in welcher Weise Prozesse der Qualitätsentwicklung angeregt und Räume für Kommunikation und menschliche Entwicklung eröffnet werden können.

Diese Ausgabe erscheint - ausnahmsweise etwas später als gewöhnlich - zur Präsentation des neuen Handbuchs von „Pro Psychiatrie Qualität“ (PPQ), das im Auftrag des BEB und des Fachverbands Psychiatrie in der Caritas (PiC) von 2000 bis 2002 weitreichend überarbeitet wurde.

Professor Dr. Jürgen Armbruster

*Liebe Leserin,
lieber Leser*

Qualitätsentwicklung von Diensten und Einrichtungen als Prozess

Pro Psychiatrie Qualität nutzt vorhandene Erfahrungen / Erarbeitung überregionaler Standards für Einrichtungen von Diakonie und Caritas

Von Jürgen Armbruster

Die Psychiatriefachverbände Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB) und Psychiatrie in der Caritas (PiC) haben in der Zeit von Januar 2000 bis März 2002 die Konzeption Pro Psychiatrie Qualität (PPQ) des 1998 veröffentlichten Handbuchs zur Qualitätsentwicklung weiter ausgebaut. Ziel von PPQ ist, in sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen Qualitätsentwicklungsprozesse praxis-, beteiligungs- und nutzerorientiert anzulegen. Vorhandene Erfahrungen und Ressourcen werden dabei genutzt, systematisiert und weiterentwickelt. Die Schwerpunktsetzung der ersten Auflage des Handbuchs (1998) zugunsten interner Qualitätsentwicklungsprozesse ging weiter in Richtung der Erarbeitung regionaler und überregionaler Standards. Durch die Entwicklung verbindlicher Leitlinien und Qualitätsindikatoren für die Dienste und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie in Diakonie und Caritas werden diese nicht nur in ihrer internen Qualitätsentwicklung gestärkt, sondern auch bei der externen Qualitätssicherung im Sinne gesetzlicher Rahmenbedingungen unterstützt.

Mit acht regionalen Erprobungsprojekten auf Bundesebene wurden die inhaltlichen Schwerpunkte der PPQ-Qualitätskonzeption vertieft. Durch eine möglichst trägerübergreifende Verzahnung der Regionalprojekte wurde die Förderung der regionalen Kooperation erreicht.

Vorrangige Ziele waren:

- Weitere Vertiefung und Ergänzung der im ersten Handbuch empfohlenen Materialien und Verfahren.
- Benennung und Beschreibung von Verfahren, mit deren Hilfe die Qualitätsentwicklung dokumentiert, evaluiert, kommuniziert und überprüfbar gemacht

werden kann.

- Erarbeitung von strukturierten Qualitätsberichten zur regelmäßigen Selbstbewertung der Arbeit in den Einrichtungen und Diensten.
- Formulierung von Indikatoren, die Ausdruck des Qualitätsverständnisses der Verbände sind.
- Verbreitung und Förderung der fachöffentlichen Akzeptanz von PPQ durch Einführungsveranstaltungen, Seminare und Prozessbegleitung, durch Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und durch begleitende Gespräche mit Kostenträgern.

Methodische und inhaltliche Konzeption und Reflexion

In einer regionalen Projektgruppe sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen in Thüringen wurde ein Handlungskonzept zur Einführung von PPQ erarbeitet. Qualitätsentwicklung über das Vorhandene und Gewohnte hinaus systematisch zu betreiben, verlangt die Verabredung einer von der Leitung und den MitarbeiterInnen getragenen internen Struktur von Qualitätszirkeln. Dabei ist zu klären:

- wer (welche Professionen, welche Repräsentanten der Teilbereiche der Einrichtung, welche Mitarbeiter von Einrichtungen in einem Verbund),
- aus welchem Anlaß (Qualitätspolitik des Dienstes oder der Einrichtung und Erwartungen von Gesetzgebern und Leistungsträgern),
- in welcher Form (Dauer und Häufigkeit der Sitzungen des Qualitätszirkels, Moderation, Dokumentation, Berichterstattung),
- mit welcher Verantwortung (Einbeziehung der Leitung und der anderen Teammitglieder),

- mit welcher internen oder externen Unterstützung (Beteiligung an PPQ-Fortbildungen, interne oder externe Moderation),
- mit welchem Ziel (ergebnisoffen oder aufgabenorientiert),
- mit welchen zeitlichen Ressourcen (vorrangig im Rahmen der bereits vorhandenen Teamstrukturen oder mit zusätzlichen Zeitkapazitäten) zur Mitarbeit in einem Qualitätszirkel eingeladen und beauftragt wird.

Bei jedem zu konzipierenden QE-Prozess steht die Frage zu Beginn und im weiteren Verlauf, wie die Nutzerinnen und Nutzer am Prozess beteiligt werden können und auf welche Weise ihre Anliegen und Bewertungen den QE-Prozess beeinflussen. Sind sie bereits unmittelbar im Qualitätszirkel vertreten, werden die Ergebnisse der Arbeit in den Qualitätszirkeln im Verlauf mit ihnen beraten oder werden als Folge der Arbeit des Q-Zirkels Formen der Klientenbeteiligung in besonderer Weise gefördert?

Die Arbeit mit Qualitätszirkeln

Je nach der Zielsetzung und den strukturellen Gegebenheiten können sich unterschiedliche Vorgehensweisen für die Gestaltung der Arbeit eines Qualitätszirkels als sinnvoll erweisen: Prozessorientierte Herangehensweisen, um ein gemeinsames Qualitätsverständnis innerhalb eines Team oder zwischen kooperierenden Einrichtungen zu erarbeiten oder zielorientierte Vorgehensweisen zur Lösung anstehender Probleme oder Entwicklungsaufgaben. Mit Hilfe der PPQ-Matrix zur leitzielorientierten Entwicklung von Qualitätsindikatoren (siehe Abbildung im nachfolgenden Beitrag von Annerose

Knäpfe) können differenzierte Qualitätsindikatoren erarbeitet werden zu allen relevanten Leistungsbereichen eines Dienstes oder einer Einrichtung. Sie orientieren sich an den ethisch und fachlich begründeten Leitzielen der sozialpsychiatrischen Arbeit. Der Prozess der gemeinsamen Erarbeitung der Indikatoren innerhalb einer dafür beauftragten Projektgruppe (Qualitätszirkel) schafft gleichzeitig ein gemeinsames Grundverständnis bezüglich der Ziele, Grundhaltungen, Methoden und Konzepte sozialpsychiatrischer Arbeit. So kann in einem ergebnisoffenen Prozess der internen Qualitätsentwicklung die Sensibilität der Beteiligten für Qualitätsfragen und eine gemeinsame Kultur und Werteorientierung gefördert werden.

Strukturierte Qualitätsberichte

Die auf diese Weise erarbeiteten Indikatoren können im weiteren Verlauf zu verbindlichen Standards entwickelt werden. Damit stehen Bewertungsmaßstäbe zur Verfügung, die für eine Einrichtung, für mehrere Einrichtungen einer Region oder eines Verbands oder bundesweit Geltung haben können. In zwei Regionalgruppen in Stuttgart und Hamburg wurden für Sozialpsychiatrische Dienste und für den Bereich Wohnen strukturierte Qualitätsberichte entwickelt. Diese dienen, vergleichbar mit einer Auditcheckliste, zur Selbst- und Fremdbewertung von Diensten und Einrichtungen. Aus den jährlich von den Mitarbeitenden durchzuführenden Bewertungen lassen sich Schwerpunkte und Zielvereinbarungen für die künftige Qualitätsentwicklung ableiten. Die Qualitätsberichte sind Grundlage eines zielorientierten Vorgehens, dienen dazu, Stärken und Schwächen zu identifizieren und Schwerpunkte zu setzen für die weitere Projektarbeit. Selbst- und Fremdbewertungen werden als Zäsuren innerhalb von kontinuierlichen Veränderungsprozessen gesehen, die an der Eigenmotivation und dem Gestaltungsinteresse der Beteiligten anknüpfen.

Einrichtungsbezogenes Handbuch

Die vorhandenen und durchgeführten Maßnahmen und Instrumente zur Qualitätsentwicklung

werden in einem einrichtungsbezogenen Q-Handbuch dokumentiert. PPQ schlägt dazu eine Gliederung vor, indem alle wichtigen Dokumente, Zielvereinbarungen, Verabredungen, Verfahren, Konzepte gesammelt und systematisiert werden. Damit steht innerhalb des Dienstes oder der Einrichtung den Mitarbeitenden und der Leitung eine umfassende Dokumentation des Qualitätsentwicklungsprozesses und seiner Ergebnisse zur Verfügung, die gleichzeitig Grundlage externer Begutachtungsverfahren sein kann.

Individuelle Hilfeplanung und Hilfestellung

Die Psychiatriefachverbände BEB und PiC empfehlen die Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke im Rahmen einer personenzentrierten Gestaltung der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft. Der IBRP verknüpft die Hilfebedarfs- erfassung systematisch mit der Hilfeplanung. Die Hilfeplanung erfolgt unter Einbeziehung der Klientinnen und Klienten - unabhängig von einer spezifischen Einrichtung, und vor der Aufnahme orientiert an den wesentlichen

Bausteine eines internen QM-Systems

Für die folgenden Bausteine des PPQ-Qualitätsmanagement-Systems wurden jeweils spezifische Vorgehensweisen empfohlen:

- Individuelle Hilfeplanung und Hilfestellung
- Personalentwicklung
- Organisationsentwicklung
- Klientenbeteiligung
- Angehörigenbeteiligung
- Gemeinwesenorientierung

Funktionsbereichen, in denen sozialpsychiatrische Hilfestellung erforderlich ist. Die Hilfebedarfs- erfassung und -planung kann gleichzeitig die Grundlage der Koordination der verschiedenen Hilfen bilden, die Klienten innerhalb eines regionalen Verbunds in Anspruch nehmen. Der IBRP eig-

net sich nur eingeschränkt für Klientinnen und Klienten von Sozialpsychiatrischen Diensten sowie Kontakt- und Beratungsstellen, die nur ein geringes Maß an Verbindlichkeit eingehen können oder wollen - und die oft Zielvereinbarungen als den unangemessenen Versuch einer Festlegung durch Experten empfinden.

Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan wird empfohlen

Die Hilfebedarfserfassung ist Grundlage für die Entscheidung, in welchen Lebensbereichen ein psychisch kranker Mensch Hilfe benötigt. Im Kontext der bestehenden Hilfestrukturen benötigen Einrichtungen Verfahren zur prozessorientierten Dokumentation und Evaluation von Hilfeprozessen sowie zur Fortschreibung der Hilfeplanung. PPQ empfiehlt ein von der Regionalgruppe in Oldenburg erarbeitetes Instrument zur Planung, Gestaltung und Dokumentation längerfristiger individueller Hilfeprozesse für psychisch erkrankte Menschen im Bereich Wohnen.

Das im Rahmen von PPQ entstandene Konzept ist in drei Bausteine gegliedert:

- Einheitlicher Anamnesebogen auf der Grundlage des IBRP,
- Formulare zur Entwicklungsplanung und Dokumentation,
- Ergänzungsbögen entsprechend den spezifischen Anforderungen der einzelnen Einrichtungen wie beispielsweise Checklisten für Ein- und Auszüge, ergänzende Formulare zur Pflegeplanung und Dokumentation nach SGB XI.

Darüber hinaus wird exemplarisch auf ein computergestütztes Dokumentations- und Auswertungsprogramm für ambulante gemeindepsychiatrische Dienste und Wohnheime hingewiesen (PsyDas). Hilfeplanungsprozesse im sozialpsychiatrischen Kontext benötigen Verbindlichkeit, Zielorientierung, Transparenz und Beteiligung, aber auch Raum für spontane Entwicklungen, für Entscheidungen, die bei den Beteiligten im Stillen reifen, für Ambivalenzen, Uneindeutigkeiten und Zufälle und ein systemisches Grundverständnis,

Die Hilfebedarfserfassung ist Grundlage für die Entscheidung, in welchen Lebensbereichen ein psychisch kranker Mensch Hilfe benötigt

Die Psychiatriefachverbände BEB und PiC empfehlen die Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke im Rahmen einer personenzentrierten Gestaltung der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft



Sozialpsychiatrische Dienstleistungen sind wesentlich persönliche Dienstleistungen, deren Qualität sehr entscheidend von der Fachkompetenz, ebenso aber auch von der Motivation und dem Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängt

Die Qualität sozialpsychiatrischer Arbeit äußert sich in besonderer Weise in den in der Beziehungsgestaltung zum Ausdruck kommenden Haltungen

dem zu Folge menschliche Entwicklungen nicht linear planbar und in ihren Ergebnissen einseitig determinierbar sind. In dieser Grundhaltung verbinden sich professionelle Bescheidenheit und der Respekt vor menschlicher Freiheit.

Personalentwicklung spielt entscheidende Rolle

Sozialpsychiatrische Dienstleistungen sind wesentlich persönliche Dienstleistungen, deren Qualität sehr entscheidend von der Fachkompetenz, ebenso aber auch von der Motivation und dem Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängt. Die Qualität sozialpsychiatrischer Arbeit äußert sich in besonderer Weise in den in der Beziehungsgestaltung zum Ausdruck kommenden Haltungen. Bei der Entwicklung und Umsetzung eines einrichtungsinternen QM-Konzeptes spielt deshalb die Personalentwicklung im Sinne der Förderung fachlicher, methodischer, sozialer und personaler Kompetenz eine entscheidende Rolle. Leitende Mitarbeiter sollten sich in ihrem persönlichen Führungsverhalten daran orientieren, die innerhalb einer Einrichtung angestrebten Qualitätsziele im Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst zu praktizieren. Die der sozialpsychiatrischen Arbeit zu Grunde liegenden Leitziele haben ihre besondere Bedeutung auch in der Gestaltung der gemeinsamen Unternehmenskultur.

PPQ empfiehlt als Instrumente der Personalentwicklung:

- die verbindliche Einführung von periodischen und situationsabhängigen Mitarbeitergesprächen, als Gelegenheit zum offenem Austausch, zum Ausdruck von Wertschätzung, zu sachlicher Kritik und persönlichem Feedback
- die regelmäßige (jährliche) Verabredung von Zielvereinbarungen zwischen allen hierarchischen Ebenen des Unternehmens. Es werden Unternehmens- beziehungsweise Organisationsziele formuliert. Sie bilden den Rahmen einer Zielpyramide, innerhalb dessen die Ziele der einzelnen Abteilungen oder Gruppen vereinbart

werden können. Umgekehrt können Verabredungen, die aus Gesprächen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten resultieren, zu wesentlichen Veränderungsimpulsen innerhalb eines Unternehmens führen. Zielvereinbarungen sollen Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen und die Dezentralisierung von Entscheidungskompetenz und Verantwortung befördern.

- eine Checkliste zur Einführung neuer Mitarbeiter und ein Konzept einer einrichtungübergreifenden regionalen Fortbildung für Berufseinsteiger in der Sozialpsychiatrie.

Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen sind lernende Organisationen. Sie sollten über ein Spektrum von einrichtungs- und verbandsbezogenen Reflexionsformen (Praxisreflexion, Supervision, Teambberatung, Coaching, Selbst- und Fremdevaluation) verfügen und systematisch die Teilnahme an internen und externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf der Basis eines Personalentwicklungskonzepts fördern. Dieses sollte sich an den wesentlichen Entwicklungszielen der Einrichtung orientieren und die dazu erforderlichen Kompetenzen definieren.

Zielorientierte Organisationsentwicklung

Sozialpsychiatrische Institutionen auf dem Weg zu personenzentrierten Diensten und Einrichtungen im regionalen Verbund sehen sich in wachsendem Maße vor komplexen Aufgaben der Organisationsentwicklung gestellt. An die Stelle der zentralistischen Großeinrichtung tritt ein Netz dezentraler Dienste und Einrichtungen mit einem hohen Maß an Selbstorganisation und Kontextbezogenheit. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit, innerhalb dezentraler Dienste und Einrichtungen vielfältige

- Kernprozesse (Beratungs- und Hilfeprozesse, die unmittelbar dem Nutzer zu Gute kommen),
- Unterstützungsprozesse (Verwaltungsvorgänge, Personalwirtschaft, Technik) und
- Leitungsprozesse (Personalführung, strategische Planungen, Qualitätsentwicklung, Budgetverwaltung),

in ihren Abläufen verbindlich zu beschreiben und zu gestalten.

PPQ empfiehlt ein von der Kölner Regionalgruppe erarbeitetes Instrumentarium, um Schlüsselprozesse darstellen zu können: Für die relevanten Prozesse werden die Prozessverantwortlichen, die Nutzer, der Anlass, das Ziel und die Bewertungskriterien festgehalten. In einem Flow-Chart sind die Abläufe, die Schritte und die Ergebnisse des Prozesses visualisiert. Die ständige Überarbeitung und Weiterentwicklung der Prozessbeschreibungen dient einer zielorientierten Organisationsentwicklung. Die Formalisierung von Prozessabläufen fördert die Verbindlichkeit, und entlastet die Komplexität einer Organisation durch die Entwicklung sinnvoller Routinen. Prozessabläufe lassen sich für sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen, für den Aufnahmeprozess, die Hilfeplanung und Dokumentation, das Beschwerdemanagement und die Gestaltung neuer Projekte beschreiben

Die Klientinnen und Klienten beteiligen

In zunehmendem Maße fordern psychiatrienerfahrene Menschen Mitsprache, Mitbestimmung und Beteiligung bei der Gestaltung ihres eigenen Hilfeprozesses, der Arbeits- und Organisationsweisen sozialpsychiatrischer Hilfen sowie bei Planungsprozessen auf kommunaler, regionaler und Bundesebene. Diese verschiedenen Formen der Mitwirkung sind Voraussetzung und Folge der Forderung nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Diese Entwicklungen finden in der sozialpsychiatrischen Landschaft ihren Ausdruck auf verschiedensten Ebenen, wie beispielsweise in Form von

- Behandlungsvereinbarungen
- Dialoggesprächen
- Psychoforen und Psychoseminaren
- Selbsthilfegruppen auf regionaler, Landes- und Bundesebene
- Einrichtungsübergreifenden Betroffenenvertretungen
- internen und externen Beschwerdeinstanzen
- partizipativen Planungsprozessen

Klientenbeteiligung ist Ausdruck einer Haltung, die sich auf alle Bereiche des sozialpsychiatrischen Alltags erstreckt. Ausgehend von den Ergebnissen der Regionalgruppe aus Wetzlar, wird ein breites Spektrum unterschiedlicher Praxisansätze beschrieben. Eine Kultur der Partizipation ist Ausgangspunkt und Ziel sozialpsychiatrischer Arbeit. Nutzerbeteiligung zu praktizieren, beginnt mit einer Entscheidung und einem Prozess unter Einbeziehung aller Beteiligten. Diesen Prozess sollte eine Einrichtung beziehungsweise ein Dienst in ihrem Alltag bewusst gestalten.

- Darüber hinaus empfiehlt PPQ,
- einen Fragebogen für Klientenbefragungen,
 - eine Konzeption mit einrichtungsbezogenen Standards zur Beteiligung von Räten an Entscheidungsprozessen,
 - einen Erfassungsbogen für das interne Beschwerdemanagement sowie
 - beispielhaft Formen des externen Beschwerdemanagements (Beschwerdestellen, Patientenfürsprecher).

Die Angehörigen beteiligen

Psychiatrisches Handeln ohne die Einbeziehung der Angehörigen - soweit dies von den Betroffenen gewünscht und akzeptiert wird - kommt einem Kunstfehler gleich. Die Beteiligung von Angehörigen kann in unterschiedlichen Bereichen des Alltags zum Ausdruck kommen. Angehörige sollten soweit möglich in die Hilfeplanung und Hilfestellung einbezogen werden. Sie sollten unabhängige Beratungsangebote erhalten unter Anerkennung ihres eigenständigen Beratungsanliegens. (Behandlungserfolge sind nicht nur über die direkte Einflussnahme auf die Klientinnen und Klienten zu erreichen, sondern auch über die Stützung des Lebensumfeldes, die Stärkung der Ressourcen der Angehörigen bei der Verarbeitung und Bewältigung des durch die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds geprägten Lebens.

Angehörige sollten einrichtungsbezogene Partizipationsmöglichkeiten haben und an den kommunalen Planungsprozessen beteiligt sein.

Die Sozialpsychiatrie hat wesentliche Impulse von den in Selbsthilfegruppen organisierten Angehörigen erfahren. Diese einrichtungsbezogen oder regional zu fördern, ist ein wesentliches Qualitätsziel von PPQ. Mitarbeitende sollten dazu ermutigt werden, an Fortbildungen zum Thema Angehörigenarbeit teilzunehmen und in Psychoseseminaren die Sichtweisen und die Betroffenheit von Angehörigen wahrnehmen. Für regionale Angehörigenbefragungen wird ein Fragebogen empfohlen, der vom Landesverband Hessen der Angehörigen Psychisch Kranker konzipiert wurde.

Orientierung am Gemeinwesen

Gemeinwesenarbeit ist Teil der täglichen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, ist ein Aspekt der breiten Öffentlichkeitsarbeit in der Gemeinde und der Kooperationsarbeit innerhalb der Versorgungsstrukturen von professionellen, psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Diensten und Einrichtungen. Sie äußert sich im Bemühen, die Lebensäußerungen psychisch erkrankter Menschen im Kontext ihres Alltags- und Lebenszusammenhangs wahrzunehmen, Hilfestellungen bezogen auf den Alltag zu konzipieren und das Gemeinwesen als Ort des Lebens, der Begegnung und der sozialen Integration mit zu gestalten.

Gemeinwesenorientierung, die über die Arbeit mit dem einzelnen psychisch kranken Menschen hinausgeht, äußert sich beispielhaft in der

- Beschäftigung mit den Alltagskulturen, mit den alltäglichen Deutungs- und Handlungsmustern,
- Suche, Stabilisierung und Entlastung sozialer Netze,
- Durchführung von Informations- und Bildungsangeboten,
- Kooperation mit Einrichtungen und Diensten,
- Mitarbeit in Stadtteilrunden und anderen Gremien im Stadtteil,
- Mitgestaltung der regionalen und überregionalen Planung in den zuständigen Gremien ,
- Kontaktpflege zu Multiplikatoren des Gemeinwesens (Kirchengemeinde, Vereine, politisch Verantwortliche des Ge-

meinwesens, der Kommune oder des Landkreises).

Die Regionalgruppe in Duisburg hat Vorgehensweisen für die Entwicklung der Kooperation innerhalb von Verbundsystemen erarbeitet. Kooperation wird als aktiv zu gestaltender Prozess verstanden. Dabei sollten die Beteiligten gemeinsame Ziele definieren, verbindliche formale Kooperationsstrukturen verabreden und die Schnittstellen der Kooperation aktiv gestalten. Eine Arbeitshilfe bietet Indikatoren für die Bewertung der Nutzerbezogenheit der Kooperation innerhalb von Verbundstrukturen.

Ausblick: Qualitätsentwicklung als Prozess

Die Qualitätsentwicklung sozialer Dienste und Einrichtungen ist als Prozess zu verstehen. In gleicher Weise unterliegen die Systeme der Qualitätsentwicklung ebenfalls einer notwendigen kontinuierlichen Entwicklung, orientiert an den sich verändernden Praxisanforderungen und den sich wandelnden ethischen, fachlichen und gesellschaftlichen Bewertungen. PPQ soll deshalb künftig kontinuierlich weiterentwickelt werden. Innovative und praxiserprobte Methoden und Konzepte sollen fortlaufend in die Qualitätsdimensionen des PPQ-Systems aufgenommen werden. Die erfolgreiche Kooperation der Psychiatriefachverbände von Diakonie und Caritas soll im Rahmen von PPQ eine Fortsetzung erfahren. Die Verbände werden weiterhin die Bildung regionaler Verbände zur verbandsübergreifenden QE fördern.

"Pro Psychiatrie Qualität - Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie" (1998) kann bezogen werden bei: Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Postfach 10 11 42, 70010 Stuttgart

Die Qualitätsentwicklung sozialer Dienste und Einrichtungen ist als Prozess zu verstehen

Die erfolgreiche Kooperation der Psychiatriefachverbände von Diakonie und Caritas soll im Rahmen von PPQ eine Fortsetzung erfahren. Die Verbände werden weiterhin die Bildung regionaler Verbände zur verbandsübergreifenden QE fördern



Weichenstellung für die externe Qualitätssicherung

BEB und PiC haben Indikatoren vereinbart / Gemeinsames Qualitätsverständnis als Ausgangspunkt / Stufenweises Vorgehen

Von Annerose Knäpple

Pro Psychiatrie Qualität hebt sich von anderen Konzepten des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung durch seine inhaltliche Ausrichtung ab. Sehr häufig wird beim Qualitätsmanagement schnell auf der methodischen Ebene gearbeitet und der Frage: "durch welche Methoden und Instrumente kann die Qualität der Arbeit gesichert werden" nachgegangen. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung und des Dienstes dasselbe Qualitätsverständnis haben. Ein Irrtum, wie sich häufig herausstellt. Tatsache ist, dass wohl jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter Qualität für sich definiert hat. Zwischen den Kolleginnen und Kollegen einer Einrichtung und eines Dienstes kann es jedoch unterschiedliche Vorstellungen geben, was die richtige Qualität ist. Bei Pro Psychiatrie Qualität wurde deshalb der Spieß umgedreht. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses war Ausgangspunkt aller Entwicklungsstufen des Projekts.

In der ersten Entwicklungsstufe von PPQ wurden die Grundlagen für ein gemeinsames Qualitätsverständnis erarbeitet. Die Qualität von sozialpsychiatrischen Dienstleistungen kann aus unterschiedlicher Perspektive definiert werden. Wichtig ist daher, dass die am Leistungsprozess Beteiligten einen Qualitätsdiskurs führen und die verschiedenen Sichtweisen ausgetauscht und gemeinsam reflektiert werden. Um möglichst viele Sichtweisen und Anknüpfungspunkte zu erreichen, orientierte man sich an dem englischen Qualitätssicherungskonzept „homes are for living in“ (siehe auch der Beitrag von Thomas Klie in diesem Heft).

Leitziele für Gestaltung sozialpsychiatrischer Leistungen

In einem partizipativ gestalteten Prozess wurden Leitziele für die Gestaltung sozialpsychiatrischer Leistungen entwickelt. Die formulierten Leitziele wie beispielsweise Autonomie wahren, Leiden und Symptome reduzieren, wurden in einer Matrix den Leistungsdimensionen von sozialpsychiatrischen Angeboten gegenübergestellt. Die Matrix (siehe Abbildung) ist als Arbeitshilfe zu verstehen. Mit ihrer Hilfe lassen sich aus unterschiedlichen Perspektiven Qualitätsindikatoren formulieren. Durch die

formulierten Leitziele werden fachliche und ethische Aspekte bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt.

Ferner wird durch diese Vorgehensweise gewährleistet, dass beim Qualitätsmanagement zunächst geklärt ist und zwischen den Beteiligten Konsens besteht, welche Qualität überhaupt gemanagt und gesichert werden soll.

Im Rahmen einer sozialetischen Analyse von Qualitätsmanagementkonzepten sozialer Dienste und Einrichtungen wird PPQ wie folgt bewertet: „Das vorgeschlagene Matrixverfahren, bei dem alle Leistungsdimensionen mit allen Leitzielen in Beziehung gesetzt werden, ist auch sozialetisch von Bedeutung, insofern dadurch sichergestellt werden kann, dass alle Arbeitsfelder (also alle Leistungsdimensionen) aus der Perspektive der Leitziele (und damit aus der Perspektive der anthropologisch-normativen Kriterien) beschrieben werden. Darum ist ein solches Matrixverfahren zur Nachahmung zu empfehlen“ (Wertgen 2001).

Das Verständnis von Qualität

Das aus Leitzielen abgeleitete Qualitätsverständnis bildet schließ-

lich die Grundlage der erarbeiteten Methoden und Instrumente des internen PPQ-Qualitätsmanagementkonzepts.

Das Konzept umfasst insgesamt sieben Bausteine:

- Systematische Qualitätszirkel- und Kleingruppenarbeit, durch die eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität und eine umfassende Einbindung des Personals gewährleistet werden soll,
- Individuelle Hilfeplanung und Umsetzung der Hilfen,
- Maßnahmen der Personalentwicklung,
- Organisationsplanung,
- Gemeinwesenorientierung,
- Klientenbetreuung,
- Angehörigenbeteiligung.

Im Rahmen des gesamten PPQ-Qualitätssicherungsprozesses wurden die dazugehörigen Instrumente und Methoden weiter verfeinert, in Regionalprojekten erprobt und gegebenenfalls modifiziert, ergänzt und weiterentwickelt (siehe hierzu auch den Beitrag von Jürgen Armbruster in diesem Heft).

Vereinbarung von Qualitätsindikatoren

Durch das gemeinsam entwickelte Qualitätsverständnis und die daraus abgeleitete QM-Konzeption wurde in der ersten Projektstufe von Pro Psychiatrie Qualität eine wichtige Voraussetzung für eine dauerhafte und kontinuierliche Qualitätsentwicklung geschaffen. In einer nächsten Stufe sollte PPQ nun in Richtung einer externen Qualitätsbewertung und -prüfung weiterentwickelt werden.

Für eine Weiterentwicklung von PPQ in Richtung externe Qualitätssicherung sprechen insbeson-

dere die Vorbeugung gegen Betriebsblindheit, Erhalten einer Außenperspektive: Im Rahmen einer externen Qualitätsbewertung und -kontrolle kann der Dienst oder die Einrichtung wichtige Hinweise zu Schwachstellen und Verbesserungspotentialen erhalten, die aus „eigener Betriebsblindheit“ häufig nicht mehr wahrgenommen werden. Externe Qualitätsbewertung und -kontrolle in diesem Sinne dient somit primär der weiteren Qualitätsentwicklung. Darüber hinaus ist das Marketing ein wichtiger Faktor: Eine externe Qualitätsbewertung und -prüfung kann schließlich auch der Positionierung des eigenen Diensts beziehungsweise der eigenen Einrichtung im Feld der Anbieter und Mitkonkurrenten dienen, beispielsweise durch das Erkennbarmachen einer ethischen und christlichen Leitkultur. Schließlich kann ein Marketingziel der Verbände BEB und PiC sein, Caritas und Diakonie als Gütegemeinschaft zu etablieren und mit Hilfe einer externen Qualitätsbewertung und -prüfung der Mitgliedseinrichtungen das Einhalten der vereinbarten Qualitätsindikatoren zu gewährleisten. Voraussetzung für eine externe Qualitätsbewertung und -prüfung ist, dass einheitliche Qualitätsindi-

katoren beziehungsweise Qualitätsstandards definiert und vereinbart sind.

Einheitliche Standards müssen definiert werden

Indikatoren und Standards unterscheiden sich im Konkretisierungsgrad. Während unter einem Qualitätsindikator eine anzustrebende Eigenschaft beziehungsweise ein Kriterium, an dem Qualität festgemacht werden kann, zu verstehen ist (beispielsweise Einzelzimmeranteil), wird bei einem Qualitätsstandard auch die Ausprägung beziehungsweise das Ausmaß, das bei einem Qualitätsindikator anzustreben ist, festgelegt (zum Beispiel 50% Einzelzimmeranteil).

In der zweiten Entwicklungsstufe wurden deshalb auf der Ebene der Bundesverbände BEB und PiC in einer prozessorientierten Vorgehensweise, an der neben der bundesweiten PPQ-Begleitgruppe auch die Mitglieder der Regionalprojekte beteiligt wurden, aus dem leitzielorientierten Qualitätsverständnis Qualitätsindikatoren abgeleitet. Die Qualitätsindikatoren wurden schließlich den Vorständen der beiden Fachverbände zur Entschei-

dung vorgelegt und von ihnen verabschiedet. Die auf der Bundesebene vereinbarten Qualitätsindikatoren bilden somit den Rahmen für die regionale und landesspezifische Ausgestaltung der Qualitätsentwicklung und -sicherung nach PPQ. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zusammenhänge auf.

Vereinbarung von Indikatoren wichtige Weichenstellung

Den Verbänden BEB und PiC ist mit der Vereinbarung von Qualitätsindikatoren eine wichtige Weichenstellung für die externe Qualitätssicherung und die Positionierung der Verbände im politischen Diskurs über Qualitätsmerkmale von sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten geglückt. Der Diskurs bezüglich der Vereinbarung von Qualitätsindikatoren hat jedoch auch gezeigt, dass die Festlegung von Qualitätsstandards, bei der das Ausmaß beziehungsweise das Qualitätsniveau festzulegen ist, im Hinblick auf regionale Unterschiede und Gegebenheiten in der sozialpsychiatrischen Landschaft nur auf der Landesebene stattfinden kann. Die weitere Konkretisierung der vereinbarten Qualitätsindikatoren in Qualitätsstandards wur-

Den Verbänden BEB und PiC ist mit der Vereinbarung von Qualitätsindikatoren eine wichtige Weichenstellung für die externe Qualitätssicherung geglückt



Leitziele / Leistungsdimensionen	Autonomie wahren	Leiden u. Symptome reduzieren	Am gesellschaftl. Leben teilhaben	Bedarfsg. u. personenbezog. Hilfen	Rechte u. Würde sicherstellen	Privatsphäre garantieren	Sicherheit gewährleisten	Transparenz herstellen	Nachhaltig. Umgang mit Ressourcen
Kontaktaufnahme / Zugang									
Planung der Hilfen									
Einbringung der Dienstleistung									
Betreuung / Rehabilitation									
Grundversorgung									
Wohnen / Gebäude / Ausstattung									
Koordination Dienstl. im Einzelfall									
Personaleinsatz-u. Organisation									
Personalqualifikation									
Leistungsdokumentation									
Verwaltung / Abrechnung									
Öffentlichkeitsarbeit									
Gemeinwesenorientierung									

Abbildung: Matrix

Im Rahmen eines Regionalprojekts in Stuttgart wurden für sozialpsychiatrische Dienste beispielhaft die auf der Bundesebene vereinbarten Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der regionalen Rahmenbedingungen zu Standards konkretisiert.

de deshalb den Landesverbänden beziehungsweise den Regionen als Aufgabe zugewiesen. Im Rahmen eines Regionalprojekts in Stuttgart wurden für sozialpsychiatrische Dienste beispielhaft die auf der Bundesebene vereinbarten Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der regionalen Rahmenbedingungen zu Standards konkretisiert.

Verbünde zur Qualitätssicherung

In einem nächsten Schritt ist nun auf der Ebene der Landesverbände beziehungsweise regional der Qualitätsdiskurs fortzusetzen. Dabei geht es vor allem um die Ableitung und Vereinbarung von Qualitätsstandards. Ferner ist zu entscheiden, in welcher Form eine Qualitätsbewertung und -prüfung stattfinden soll. Angedacht ist, auf der Landes- beziehungsweise regionalen Ebene Qualitätssicherungsverbände anzuregen oder zu initiieren. Ein Qualitätssicherungsverbund heißt, dass verschiedene Institutionen zusammenarbeiten mit dem Ziel gemeinsam die Qualität eines Arbeitsbereichs weiterzuentwickeln und zu sichern.

Ein Qualitätssicherungsverbund nach PPQ kann wie folgt konzipiert werden:

Gemeinsames Qualitätsverständnis (von der Bundesebene verabschiedete Leitziele und Qualitätsindikatoren als Grundlage).

Verfahren: freiwillige Teilnahme am Verbund für die Dienste und Einrichtungen (innerhalb des Verbunds sind die gesetzlichen Regeln verbindlich), regelmäßige Teilnahme an Sitzungen, Umsetzen der vereinbarten QS-Maßnahmen (Selbstbewertung, Fremdbewertung).

Moderation und Organisation des Verbunds durch dafür bestimmten Personen beziehungsweise Institutionen.

Im Mittelpunkt eines Qualitätssicherungsverbunds nach PPQ steht das gemeinsame leitzielorientierte Qualitätsverständnis und ein gegenseitiges Lernen der beteiligten Einrichtungen und Dienste. Die Konzeption des Verbunds lässt ein stufenweises Vorgehen zu, bei dem die Verbindlichkeit schrittweise erhöht werden kann.

Entwicklungsstufen	Handlungsebenen	Konkretisierungsgrad
Erarbeitung der Leitziele zur Begleitung psychisch kranker und behinderter Menschen	Bundesebene	zunehmend
Ableitung und Vereinbarung von Qualitätsindikatoren		
Ableitung v. Qualitätsstandards, die die regionalen u. landesspezif. Erfordernisse berücksichtigen	Landesebene	

Abbildung: Erarbeitung von Qualitätsindikatoren und Qualitätsstandards- Entwicklungsstufen und Handlungsebenen. Die Abbildung verdeutlicht, dass auf der Bundesebene die Leitziele erarbeitet und Qualitätsindikatoren definiert und vereinbart werden.

Vereinbarung von Standards als erster Schritt

Ein erster Schritt des Qualitätssicherungsverbunds könnte die Ableitung und Vereinbarung von landesspezifischen beziehungsweise regionalen Qualitätsstandards bilden. Ferner wäre zu entscheiden, durch welche Methoden die vereinbarte Qualität gesichert werden soll. Auch hier bietet sich ein schrittweises Vorgehen an, bei dem zunächst die Methoden der Selbstevaluation sowie ein „gegenseitiges Lernen“ im Rahmen von kollegialer Beratung den Ausgangspunkt bilden. Die von den Regionalgruppen Hamburg und Stuttgart entwickelten Strukturierten Qualitätsberichte stellen dabei beispielhaft Instrumente zur Selbst- oder Fremdevaluation dar, die in einem Verbund als Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart werden können.

Die Teilnehmenden am Qualitätssicherungsverbund entscheiden über die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Sie können diese auch schrittweise von verbindlicher Teilnahme am Verbund bis hin zur verbindlichen Einhaltung der vereinbarten Qualitätsstandards erhöhen. Die vom Qualitätssicherungsverbund vereinbarten Qualitätsstandards und -maßnahmen können dabei grundsätzlich mit unterschiedlichen Konzeptionen der Zertifizierung verknüpft werden. Im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsdiskurses und einer gemeinsamen Qualitätsentwicklung sind die Erkenntnisse und Erfahrungen der regionalen Qualitätssicherungsverbände mit den Aktivitäten der Verbände BEB und PiC weiterhin zu verbinden und rückzukoppeln.

Ausblick: Rahmen für gemeinsame externe Qualitätssicherung

Pro Psychiatrie Qualität ist ein Qualitätsmanagementkonzept, das sich zunächst durch seine inhaltliche Ausrichtung an einem leitzielorientierten Qualitätsverständnis auszeichnet. Durch die in einem Qualitätsdiskurs gemeinsam entwickelten und schließlich zwischen den Verbänden BEB und PiC vereinbarten Qualitätsindikatoren ist ein Rahmen für eine gemeinsame externe Qualitätssicherung abgesteckt, der Spielraum zur landes- und regionalspezifischen Ausgestaltung lässt. Die Absicht, auf der landes- beziehungsweise regionalen Ebene Qualitätssicherungsverbände zu initiieren, passt zu den Grundwerten von PPQ und der bisher praktizierten prozess- und beteiligungsorientierten Vorgehensweise.

Im Rahmen dieses Konzepts können sowohl die Qualitätsindikatoren in Richtung Qualitätsstandards weiter konkretisiert und den spezifischen regionalen Rahmenbedingungen angepasst werden als auch QM-Verfahren von der Selbstbewertung, über die kollegiale Beratung gegebenenfalls bis hin zur Zertifizierung angewandt und weiterentwickelt werden. Die Weichen für einen offenen, kontinuierlichen, beteiligungsorientierten Qualitätsdiskurs in der Sozialpsychiatrie sind damit auch für die Zukunft gestellt.

Literatur:

- Harris, R.; Klie, Th.; Ramin, E.:** Heime zum Leben: Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung, Hannover 1995
Wertgen, W.: Sozialethische Analyse von Qualitätsmanagementkonzepten sozialen Dienste und Einrichtungen. In: Bopp, K., Neuhauser, P. (Hrsg.): Theologie der Qualität - Qualität der Theologie. Freiburg 2001

Im Mittelpunkt eines Qualitätssicherungsverbunds nach PPQ steht das gemeinsame leitzielorientierte Qualitätsverständnis und ein gegenseitiges Lernen der beteiligten Einrichtungen und Dienste

Qualitäts- und Wertediskussion eng miteinander verknüpft

"Homes are for Living in" – ein englischer Qualitätssicherungsansatz und seine Positionierung in Deutschland

Von Thomas Klie

Die Qualitätssicherungsdiskussion in Deutschland wird ganz wesentlich gefördert durch die sozialrechtlichen Umsteuerungsversuche und die den Diensten und Einrichtungen des Sozialwesens auferlegten Nachweise der Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit ihres Handelns. Die Irritationen, die die Qualitätssicherungsverpflichtung im Feld der Sozialen Arbeit und der Pflege auslösen, sind nicht unbeachtlich. Die Reaktionen reichen von Zurückweisungen der Qualitätssicherungserwartungen bis zur Entwicklung marktgängiger Qualitätssicherungsansätze für die unterschiedlichen Felder der Sozialen Arbeit. Die Irritation der Qualitätssicherungsdiskussion mag mit Ausdruck dafür sein, dass das Feld der Sozialen Arbeit nicht hinreichend darauf vorbereitet war und ist, ihre Arbeit nicht nur von den Aufgaben und ihrer Notwendigkeit, sondern auch hinsichtlich ihrer Effekte, ihrer Wirkungen – auch wenn diese anderer Art sind, als etwa im Bereich industrieller Fertigung – aus dem die Qualitätssicherungsdiskussion im wesentlichen stammt, zu kommunizieren und zu legitimieren.

Dabei ist die Qualitätssicherungsdiskussion keineswegs neu: Sie reicht von vorindustriellen Formen über die inspektionsorientierten, statistischen und schließlich mitarbeiterorientierten Qualitätssicherungsansätze bis zu den umfassenden Qualitätskonzepten des „total quality managements“, die auch mit dem Einzug betriebswirtschaftlicher Paradigmen im Feld der Sozialen Arbeit ihre Attraktivität entfaltet haben.

Diese historische Linie der Qualitätssicherungsentwicklung weist auf die Komplexität der Qualitätssicherungsdiskussion, die sich gerade im Feld der Sozialen Arbeit stellt. Einen Zugang dazu vermit-

teln die „fünf Dimensionen der Qualität“ (Damkowski et.al. 1997).

Unterschiedliche Qualitätsdefinitionen und Sichtweisen

In diese Dimensionen finden unterschiedliche Qualitätsdefinitionen und Sichtweisen Eingang, die die Mehrdeutigkeit des Qualitätsbegriffs veranschaulichen:

Qualitätsdimension „mustergültig“: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf die Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht (DIN ISO 9004-8042).“ Bei dieser Qualitätsdimension geht es darum, bestimmte Dienstleistungen oder Produkte nach exakt vorgegebenen Standards zu erbringen oder zu produzieren, damit sie in einen arbeitsteiligen Produktionsprozess „passen“. Die Zertifizierungsdiskussionen um den ISO 9000 folgende definiert ihre Verordnung in der Dimension „mustergültig“.

Qualitätsdimension „besttauglich“: In dieser Sichtweise von Dimension steht die subjektive Komponente der Qualität im Vordergrund. Die Qualität liegt weniger im Produkt selbst, als in der Wahrnehmung des Kunden. Die Kunden haben individuelle Ansprüche an die Produkte, wobei diejenigen Produkte und Dienstleistungen, welche die Bedürfnisse am besten befriedigen, die beste Qualität besitzen. Unter diese Sichtweise fällt auch die Definition von Juran: „Quality is fitness for youth“ (Juran 1974). Die Befragung von Klienten und Kunden der Sozialen Arbeit und ihre Zufriedenheit mit sozialen Dienstleistungen, findet hier in der Dimension „besttauglich“ ihren Platz.

Qualitätsdimension „preiswert“ „Qualität ist die Übereinstimmung mit den Anforderungen des Kunden bezüglich Funktion, Preis, Lieferzeit, Kosten, Beratung.“ (Hais 1989). Hier wird Qualität durch das Verhältnis von Preis und Leistung ausgedrückt, ist insofern wertorientiert. Qualität resultiert aus einem für den Kunden günstigen Preis-Leistungsverhältnis. Angesichts der mehr oder weniger ungeschlüssigen Tauschbeziehung zwischen Dienstleister und Kunden fordert der Finanzier sozialer Dienstleistungen das günstigste Preis-Leistungsverhältnis unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit.

Qualitätsdimension „förderlich“: In dieser Qualitätsdimension findet eine dynamische und prozessorientierte Seite sozialer Dienstleistungen ihre Entsprechung und Abbildung in der Qualitätssicherungsdiskussion. Geht es doch gerade im Bereich des Sozialen um gelingende Aushandlungsprozesse, Koproduktion und Förderung von Entwicklungspotentialen, die nicht statisch messbar und in hohem Maß subjektorientiert sind. Auch beziehen sich die Bemühungen der Sozialen Arbeit, der Heilpädagogik und auch der Pflege auf Kompetenzerwerb und Erhaltung (Entfaltungsoptionen) der jeweiligen Menschen. Hier erscheint die Qualitätsdimension „förderlich“ in besonderer Weise angemessen.

Dimension „außerordentlich“: „Qualität braucht nicht definiert zu werden. Man versteht sie ohne jede Definition und auch vor jeder Definition. Qualität ist eine unmittelbare Erfahrung, unabhängig von intellektuellen Definitionen und diesen vorausgehend. Qualität ist eine primäre empirische Wirklichkeit der Welt.“ (Pirsing 1992). Qualität ist in dieser Dimension

Dr. Thomas Klie

Der Begriff 'Qualitätssicherung' und die ihm verbundenen Maßnahmen und Methoden werden von höchst unterschiedlichen Akteuren und in wiederum verschiedenen Zusammenhängen benutzt und strategisch genutzt

Überall wird inzwischen die Vokabel der Qualitätssicherung im Munde geführt

etwas Einzigartiges, Herausgehobenes, hermeneutisch Erschließbares.

Diese kursorische Erschließung der Qualitätsdimensionen eröffnet einerseits aufs Neue den Blick für die Komplexität dessen, was Qualität heißt und meint - und weist die aktuelle Qualitätssicherungsdiskussion in der Sozialen Arbeit im Kontext sozialpolitischer und -rechtlicher Umsteuerung als eindimensionaler aus.

Qualitätssicherung strategisch

Der Begriff 'Qualitätssicherung' und die ihm verbundenen Maßnahmen und Methoden werden von höchst unterschiedlichen Akteuren und in wiederum verschiedenen Zusammenhängen benutzt und strategisch genutzt. Da sind zunächst der Staat und hier insbesondere die Sozialleistungsträger, die mit Mitteln der Qualitätssicherung sowohl De-regulierungsanliegen in einem (bestimmten) Sinn und gleichzeitig Nivellierungen, Rationalisierungen und Leistungsbegrenzungen mit Ansätzen der Qualitätssicherung verfolgen. Die neuen Statuierungen und Regulierungen sind keineswegs in jeder Hinsicht konsistent. So lassen sich neben der Qualitätssicherung im Rahmen sozialrechtlicher Steuerungen Qualitätssicherungsimpulse im Rahmen des Ordnungsrechts finden. Etwa im Heimgesetz, im Betreuungsrecht mit einer deutlichen Bürgerrechts- und Subjektorientierung, in einem sich langsam auch im Feld des Sozialrechts entfaltenden Verbraucherschutzrecht, etwa wenn die Transparenz in Kundenverträgen zwischen Diensten und Einrichtungen auf der einen und Klienten auf der anderen Seite kontrolliert wird, und schließlich im Haftungsrecht, wo die Verantwortlichkeit der Akteure ernst genommen wird und fachliche Standards in Bezug genommen werden.

Qualitätssicherung in aller Munde

Überall wird hier inzwischen die Vokabel der Qualitätssicherung im Munde geführt. In der entsprechenden verwaltungswissenschaftlichen Literatur und Diskussion werden die Akteure der Qualitätssicherung im staatlichen Kontext

eingeladen, ihr Verwaltungshandeln und ihre Aktionen auf die Wirksamkeit hin zu überprüfen und sich in diesem Zusammenhang um Synergien zwischen freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen und hoheitlicher Kontrolle zu bemühen. In anderer Weise wird das Thema im Kontext von Professionalisierungsbemühungen im Bereich der Sozialen Arbeit und Pflege genutzt. Hier lassen sich im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung Bemühungen um einheitliche Ausbildung, um Standards der Ausbildungen und Erarbeitung von Kompetenzprofilen nachzeichnen. Qualitätssicherung kann dazu dienen, in einem mehr oder weniger klassischen Professionskonzept Einflüsse und Domänen oder auch nur die Autonomie für bestimmte Aufgaben und Arbeitsfelder sichern zu helfen. In der Weise ist es aus der Sicht von Professionen gelungen, in die üblichen Qualitätssicherungskonzepte, etwa im SGB XI, professionsspezifische Wissensbestände zu zentralen Maßstäben der zu sichernden Qualität als solche zu verankern.

Entfaltung als Unternehmensstrategie

Weiterhin und in besonderer Weise wird Qualitätssicherung als Unternehmensstrategie entfaltet - als ein Bestandteil von umfassenden Qualitätsmanagementsystemen. Auch hier geht es, ähnlich wie im staatlichen Sektor, um Rationalisierungsbemühungen, in deren Dienst die Qualitätssicherungsmaßnahmen gestellt werden, seien sie nun partizipativ orientiert oder nicht. Qualitätssicherung dient der Optimierung der Betriebsergebnisse. Qualität wird nach außen als Profil des Unternehmens kommuniziert und nach innen zum Maßstab betrieblicher Aktionen. Maßnahmen der Qualitätssicherung in Betrieben und Unternehmen machen nicht Halt vor gewachsenen Domänen bestimmter Berufsgruppen, so dass sich infolge ihrer Einführung „De-skilling-Effekte“ ausmachen lassen.

Qualitätssicherung kann schließlich Bestandteil von Zivilisierungs- und Demokratisierungsstrategien werden, wenn ein öffentlicher, zivilgesellschaftlicher Diskurs über

Qualitätsmaßstäbe von Produkten und Dienstleistungen installiert wird. Dies gilt auch und gerade für den Bereich des Sozialen und der Gesundheit, wo durch Professionalisierungstendenzen die Definitionsmacht von Experten und die Macht von Institutionen eine öffentliche Kontrolle und eine Kontrolle durch die Kunden sozialer Dienstleistungen weitgehend reduziert haben. Diese Skizze mag deutlich machen, wie unterschiedlich die Interessen und Anliegen, aber auch die strategischen Optionen im Umgang mit dem Thema sind und welche Maßnahmen und Methoden der Qualitätssicherung sind. In diesem Spannungsverhältnis liegt auch - positiv betrachtet - die Dynamik, die die Qualitätssicherungsdiskussion im Sozial- und Gesundheitswesen aktuell entfalten kann (Klie 1998).

Der Ansatz „Homes are for living in“

In einer spezifischen nationalen und sozialpolitischen Konstellation in England wurde das Konzept „Homes are for living in“ entwickelt, ein Qualitätssicherungsansatz, der in besonderer Weise auf die Situation von alten Menschen in Pflegeheimen zugeschnitten wurde. Die besondere englische Situation bestand und besteht darin, dass den Inspektoren, in Deutschland „Heimaufsicht“, ähnlich wie in anderen anglo-amerikanischen Staaten eine wesentlich höhere Bedeutung zukommt, als dies in Deutschland der Fall ist. Schon ihre Ansiedlung in der Behördenhierarchie (Staatsstelle auf Dezernentenebene) dokumentiert dies. Jeder Bewohner eines englischen Alten- und Pflegeheims wird einmal im Jahr von einem Inspektor besucht, jedes Heim mindestens zweimal unter Beteiligung von Angehörigen, Bewohnern, Mitarbeitern und partieller Öffentlichkeit einer interaktiven Inspektion unterzogen.

Als Maßstäbe für die Praxis der Arbeit im Heim und deren Weiterentwicklung wurde in einem vergleichsweise breiten Konsultationsprozess das Konzept „Homes are for living in“ entwickelt, ein indikatorengestütztes Qualitätssicherungskonzept, das übergeordnete, gewissermaßen universalistische Prinzipien wie die der Würde,

Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung, auf die unterschiedlichsten Bereiche der Heime, auf die Gebäude, Ausstattung, Betreuung, Mitarbeiter, Schulung und Fortbildung, Dokumentation, interne dienstliche Regelungen bezieht. Die Prinzipien werden bis in den Alltag der Pflege und Betreuung „kleingearbeitet“, operationalisiert - jedoch nicht im Sinne von wiederum statischen Qualitätsmaßstäben, sondern als entwicklungs-offene "Indikatoren. (Harris, et.al. 1996).

Entwicklungs-offene Qualitätsindikatoren

Was heißt „Würde beim Waschen“? Welche Bedeutung hat das Prinzip Selbstverwirklichung bei der Mitarbeiterfortbildung? Wie werden die Bürgerrechte bei der Dokumentation geschützt? Welche Wahlmöglichkeiten hat der Bewohner bei der Gestaltung und Umgestaltung seines Wohnbereichs? Diese und viele andere Fragen werden zu entwicklungs-offenen Qualitätsindikatoren. Durch die Veröffentlichung der Maßstäbe, durch die Zugänglichkeit der Berichte über die Inspektionen für Angehörige, Bewohner und andere Interessierte, durch die Aushandlungen im Inspektionsprozess wird dieser Qualitätssicherungsansatz aus der Ecke der stillen und geheimen Kontrolle zu potentiell breiten und partizipativ angelegten Aushandlungsprozessen über die Qualität des Lebens in Heimen. Für die deutsche Qualitätssicherungsdiskussion interessant und anregend ist die explizite Prinzipien- und Werteorientierung und die Entwicklung von entwicklungs-offenen Indikatoren.

Das englische Modell und seine Erprobung in Deutschland

Mitte der 90-er Jahre wurde der englische Ansatz „Homes are for living in“ ins Deutsche gebracht und dort zunächst im Rahmen eines Konzepts zur regionalen Qualitätssicherung in der Pflege erprobt (Sozialministerium 1996). Der Ansatz wurde von den lokalen Akteuren in der Region Heilbronn ausgewählt, um einrichtungs- und berufsübergreifend unter Einbeziehung von Bürgern und „Klien-

ten“ einen Qualitätssicherungsansatz in der Region zu erproben, der einen Beitrag zur Zivilisierung des durch die Pflegeversicherung neu entstandenen Marktes darstellt, qualitätsentwickelnde Effekte zeitigt und einen fachlichen Konsens über Standards in der Pflege in der Region etablieren hilft. Extern moderiert machten sich, getrennt für den Sektor ambulante und stationäre Pflege, Vertreter von Einrichtungen und Diensten, Behörden, Kostenträgern, Angehörigen und Klienten an die Arbeit, orientiert an dem Konzept „Homes are for living in“ Indikatoren für die Qualität in der ambulanten Pflege und der Gestaltung des Lebens und der Pflege im Pflegeheim zu entwickeln. Sie wichen durchaus ab von dem englischen Vorbild und nahmen weitere Prinzipien hinzu. Es gelang jedoch, einen recht breiten Prozess zu initiieren, der später zur Verabschiedung der Qualitätsmaßstäbe führte und in gegenseitigen Visitationen angewandt wurde. Inzwischen hat sich ein freiwilliger Qualitätsverbund etabliert, der sich an das Qualitätskonzept hält. Die Aufsichtsbehörden erwägen, bei Erfolg der Maßnahmen ihre hoheitlichen Inspektionsaufgaben reflexiv zu reduzieren, soweit in dem Qualitätskonzept die Standards Berücksichtigung finden, deren Kontrolle ihnen verbindlich obliegt. Neben diesem Projekt regionaler Qualitätssicherung wurde das Konzept „Homes are for living in“ sowohl für betriebsinterne Qualitätskonzepte als auch für externe Qualitätsberatungskonzepte, etwa des Frauenhofer Instituts in Stuttgart, nutzbar gemacht.

Schlussbemerkung

Die deutsche Qualitätssicherungsdiskussion im Kontext sozialpolitischer und sozialrechtlicher Umbaumaßnahmen ist dominant auf Rationalisierung hin angelegt. Qualitätssicherungsdiskussion kann und darf aber nicht ohne Diskussionen über Werte oder über inhaltliche Maßstäbe der Arbeit geführt werden. Der sozialrechtliche Qualitätssicherungsbegriff ist lediglich das funktionelle Äquivalent zum Wirtschaftlichkeitsgebot. Über Inhalte ist damit nichts gesagt. Der englische Ansatz „Homes are for living in“ ist in besonderer Weise

geeignet, die Qualitätssicherungsdiskussion inhaltlich mit einer Wertediskussion zu verknüpfen, prozedural setzt sie auf breite Partizipation. Strategisch kann es gelingen, eine Qualitätssicherungsdiskussion um die unterschiedlichen Qualitätsdimensionen zu bezeichnen, die unterschiedlichen Anliegen, die mit der Qualitätssicherung verbunden werden, miteinander „ins Gespräch zu bringen“, prozedural an den Maßnahmen zur Qualitätssicherung unterschiedliche Akteure zu beteiligen und „geschlossene“ Qualitätssicherungsdiskussionen zu öffnen bis hin zu einem zivilgesellschaftlichen Diskurs über Qualität in der Begleitung behinderter und pflegebedürftiger Menschen.

Betrachtet man die aktuelle Diskussion um die Qualitätssicherung und die entsprechenden Bemühungen als „Spiel“, so stellt sich die Frage, welche Rolle die jeweiligen Akteure in diesem Spiel übernehmen, welchen Einfluss und welche strategischen Positionen sie in der Lage sind, einzunehmen. Es scheint, dass in vielen Institutionen und manchen Feldern der Sozialen Arbeit die Professionellen der Sozialen Arbeit eher defensiv in diesem Spiel agieren. Es erscheint angesichts der dominanten Rationalisierungsbestrebungen, die mit dem Spiel 'Qualitätssicherung' versucht werden durchzusetzen, unter fachlichen Gesichtspunkten problematisch. Besteht doch die Gefahr, dass das „Qualitätsspiel“ ohne eine Diskussion um Maßstäbe und Werte geführt wird. Gerade hierfür sollten aber die Professionellen der Sozialen Arbeit stehen. Der englische Qualitätssicherungsansatz bietet Möglichkeiten, sich durchaus wirksam und innovativ an dem „Spiel“ zu beteiligen.

Literatur:

Damkowski;Klie;Kronseider;Lukey;Stappenbeck (1997), Ambulante Pflegedienste, Hannover
Harris;Klie;Ramin (1996), Heime zum Leben, Wege zu einer bewohnerorientierten Qualitätssicherung Hannover
Klie (1996) Die Qualitätssicherungslandschaft in der Pflege in Deutschland -eine Skizze in: Blonski (Hrsg.) Qualitätsmanagement in der Altenpflege, Hagen 1998
Pirsing (1992) Lila oder ein Versuch über Moral, Frankfurt
Sozialministerium Baden-Württemberg (1996) Regionale Qualitätssicherung in der Pflege, Stuttgart

Was heißt „Würde beim Waschen“? Welche Bedeutung hat das Prinzip Selbstverwirklichung bei der Mitarbeiterfortbildung? Wie werden die Bürgerrechte bei der Dokumentation geschützt?

Die deutsche Qualitätssicherungsdiskussion im Kontext sozialpolitischer und sozialrechtlicher Umbaumaßnahmen ist dominant auf Rationalisierung hin angelegt. Qualitätssicherungsdiskussion kann und darf aber nicht ohne Diskussionen über Werte oder über inhaltliche Maßstäbe der Arbeit geführt werden

Leitbilder und Ziele im Auflösungsprozess

Dienstleistungsqualität im Spannungsfeld zwischen sozial-ethischer Orientierung und Anforderung der Praxis

Von Udo F. Schmälzle

Jürgen Moltmann sprach bereits im Jahr 1976 den Prozess der schleichen- den Entsolidarisierung an und diagnostizierte eine „soziale Isolation“ und Vereinsamung von Menschen. Er forderte ein diakonisches Handeln, das die systemimmanenten Mechanismen der industriellen Gesellschaft durchbrechen müsse, die in der heutigen Gesellschaft mit aller Brutalität ihre Wirksamkeit entfalten würden. Er stellt fest, die gegebenen gesellschaftlichen Verhältnisse – sprich die ökonomischen Sachzwänge – könnten nicht einfach als Rahmen übernommen werden, in den die Diakonie zu integrieren wäre. Damit stehen wir mitten im Thema. Bestätigen nicht viele Verantwortliche und Strategen in Caritas und Diakonie mit einem papageienhaften Nachplappern der merkantilen Terminologie, wenn nur noch vom „Kunden“, von „Produkten“, „Steuerung“, „Effizienzsteigerung“ und „Qualitätsmanagement“ geredet wird, dass sie bereit sind, Erziehung, Beratung, Pflege, Therapie und Bildung ökonomischen Sachzwängen unterzuordnen? Haben wir uns nicht schon längst dem Primat der Ökonomie gebeugt und aufgegeben, den Rahmen mit zu definieren? Wir merken vielfach gar nicht mehr, wie zentrale Leitbilder und Zielwerte in den neuen Begrifflichkeiten zu verdampfen drohen.

Richard Sennett stellt in seinem Buch „Der flexible Mensch“ die entscheidende Frage: „Wie bestimmen wir, was in uns von bleibendem Wert ist, wenn wir in einer ungeduldigen Gesellschaft leben?“ Er verweist auf die Tatsache, dass der menschliche Charakter auf Langfristigkeit, Verlässlichkeit und Entwicklung angewiesen sei! Wenn jemand diese Tatsache kennt, dann sind es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen Organisationen, die tagtäglich mit den Folgen verloren gegangener Verlässlichkeit zu tun haben.

Soziale Dienstleistungen und die Logik des Marktes

Mit der Aufnahme des Qualitätsbegriffs in das Sozialrecht (§ 93 Abs. 2 BSHG) wurden soziale Dienstleistungen zu einem ökonomischen Faktor und unterliegen in der weiteren Entwicklung auch der ökonomischen Logik des Marktes. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Hilfesuchenden mit ihrer Notsituation, in der sie nicht mehr Herr über ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse sind, gerade durch ihre Not und Hilfsbedürftigkeit zu einem ökonomischen Faktor werden – und damit direkt von

der Logik geltender effektiver Marktgesetze betroffen werden. Dies bleibt nicht ohne Konsequenzen. Es besteht die Gefahr der Vermarktung sozialer Not. Im Mittelpunkt steht nicht mehr der Faktor Mensch, sondern eine singuläre Dienstleistung, die vom sozialen Interaktionsprozess und den davon betroffenen Personen abgelöst wird. Kennzeichen des sozialen Interaktionsprozesses ist es gerade, dass die Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchendem nicht symmetrisch konstruiert ist, sondern von einer sozialen Notsituation definiert wird. Es hängt ganz entscheidend von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ab, ob der Hilfesuchende die Not zu spüren bekommt oder sich tatsächlich mit seiner Not als Partner erfährt, der seine Bedürfnisse benennen kann und damit Subjekt bleibt und nicht Objekt einer Dienstleistung wird.

In Leitbildern ethische Dimension selten ausformuliert

In den vorliegenden Qualitätskonzepten fällt auf, dass sehr viel von Leitbildern in der Bedeutung einer Unternehmensphilosophie geredet wird, in den wenigsten Fällen

jedoch diese ethische Dimension ausformuliert und weiterentwickelt wird. Eine Entsubjektivierung und Entpersonalisierung von sozialen Diensten wird auf Zukunft hin unter dem Druck ökonomischer Sachzwänge nur zu verhindern sein, wenn soziale Einrichtungen die anthropologischen Leitbilder mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern klären, identitätsstiftende Kommunikationsformen einüben und mit entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen absichern. Wenn wir in der Erziehung mit dem Begriff des „pädagogischen Paradox“ das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Lehrendem und Lernendem in den Blick nehmen und die Mündigkeit von Kindern und Jugendlichen im pädagogischen Prozess fördern wollen, dann haben wir es im Bereich von sozialen Diensten mit einem „sozialen Paradox“ zu tun, das uns ähnliche Fragen und Aufgaben stellt wie die Pädagogik.

Der Mensch darf nicht auf der Strecke bleiben

In der pluralen Gesellschaft wächst den sozialen Verbänden und Trägern eine ganz neue politische Verantwortung zu, nämlich dafür zu sorgen, dass im gegebenen Wertkonflikt zwischen Ökonomie, sozialen Dienstleistungen und menschlichen Grundbedürfnissen der Mensch nicht auf der Strecke bleibt. Wohlfahrtsverbände, die sich in der Sozial- und Erziehungsarbeit bislang an dem humanen Leitbild orientiert haben und sich dem Menschen in seiner Gottebenbildlichkeit verpflichtet fühlen, geraten unter den Druck kostenorientierter Entscheidungskriterien. Sie bekommen den Wertekonflikt einer Gesellschaft zu spüren, die sich einerseits als arbeitsteilige Leistungs- und Konkurrenzgesellschaft versteht und auch entsprechend organisiert, sich gleichzeitig in ihrer Verfassung auf den Schutz des menschlichen Lebens und die Verteidigung der Menschenwürde verpflichtet und andererseits aus wirtschaftlichen Gründen eine Lust- und „Fun-Kultur“ fördert, die Kinder, Kranke und Alte völlig aus dem Blick verliert und nur noch an die eigenen Selbstverwirklichungsbedürfnisse denken lässt.

Gesellschaft muss sich auf ihre Grundwerte besinnen

Die Diskussion um den totalen Charakter des Qualitätsmanagements und die Übertragung auf den Sozial- und Erziehungsbereich verschärft und radikalisiert diesen gesamtgesellschaftlichen Wertekonflikt in einer Art und Weise, dass Entscheidungen zu fällen sind und Prioritäten gesetzt werden müssen. In diesem Konflikt liegen also auch Chancen. Die Gesellschaft muss sich auf ihre Grundwerte besinnen, wenn sie „Qualität, Leistung und Kosten in einem übergeordneten Rahmen“ bewerten will, wie es Boden fordert. Auf der Makroebene erleben wir im Kontext der Qualitätsdebatte „einen politischen Aushandlungsprozess unter Berücksichtigung der ökonomischen, gesellschaftlich-politischen, sozialen und kulturellen Dimensionen. Qualität, Leistung und Kosten sind in einem übergeordneten Bezugsrahmen zu bewerten. Im wohlverstandenen Eigeninteresse werden Institutionen des Sozialbereichs bereit sein müssen, ihre Leistungsbilanz transparent zu machen.“ Nicht nur die Leistungsbilanz ist transparent zu machen, sondern die letzte Wertstruktur, das heißt der entscheidende Zielwert, dem sich auch die Logik des Marktes zu beugen hat.

Kühnl spricht in seinem klärenden Beitrag ausdrücklich die Wertproblematik und ihre Operationalisierung an. Die Axiomatik der Wirtschaft ist „nach Luhmann die Leitdifferenz Zahlen/Nichtzahlen“. Die Übertragung wird schwierig, „wenn es um soziale Interaktionen geht ... Wenn der Code der Wirtschaft einfach auf den Sozialbereich übertragen wird, bedeutet dies, dass im Sozialbereich alles darstellbar, berechenbar und optimierbar werden muss ...“ Abschließend stellt er fest: „Es gibt keinen Maßstab, der die Qualität einer Beziehung innerhalb der Beratung eindeutig messen kann.“

Dieser Beitrag verfolgt zwei Ziele: Wenn wir uns nicht emphatisch mit erhobenem Zeigefinger in Optionen und Appellen verschleiben wollen, die bei ökonomisch denkenden Menschen lediglich ein mitleidiges Lächeln provozieren, müssen wir uns ernsthaft mit den

Rahmenbedingungen auseinander setzen, welche die Sozialarbeit bestimmen. Nur wenn wir den Rahmen kennen, wissen wir, wie er zu verändern ist.

Sich mit den Rahmenbedingungen der Sozialarbeit auseinander setzen

Was sind zum Beispiel in den sozialen Organisationen die bleibenden Werte, die im Sinne Sennetts die menschliche Entwicklung garantieren? Was sind diese Werte? Sind sie uns so präsent, dass wir bereit sind, für sie Wertekonflikte auszulösen? Faktum ist, dass wir es in der Sozial- und Erziehungsarbeit immer mit einem Aufgabenprofil zu tun haben, das auf der einen Seite quantitativ relevant und erfassbar ist wie beispielsweise die Sicherstellung physiologischer Bedürfnisse (Hunger, Durst, Sauberkeit), dass es aber auch Bedürfnisse gibt, die eben empirisch nicht quantifizierbar, nicht einmal kalkulierend vorhersehbar, aber für die Betroffenen im Augenblick fundamental wichtiger sind als alles andere. Müller spricht in diesem Zusammenhang von der „Bewältigung von Ungewissheiten“, die nicht wegzurationalisieren sind, zum Beispiel die Bewältigung von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Trauer und Enttäuschung oder gar Todesangst.

Qualitätsbegriff muss Maß nehmen am ganzen Menschen

In der Erziehungs- und Sozialarbeit führt damit kein Weg daran vorbei, für personenbezogene Dienstleistungen einen Qualitätsbegriff zu entwickeln, der Maß nimmt am ganzen Menschen und der in die Bewertung des „Produkts“ letztlich die Betroffenen selbst mit einbezieht. Zentrales Merkmal von personalen Dienstleistungen ist das Zusammenfallen von Dienstleistung (Produktion) und Nutznießung (Konsumtion) im Vollzug der Handlung. Während in der industriellen Produktion Planung und Gestaltung der Produkte ohne aktive Beteiligung der so genannten Kunden geschieht, stehen sich im sozialen Bereich Dienstleister und Dienstempfänger gegenüber. Wenn es also darum geht, Qualitätsstandards auf den sozialen Bereich zu übertragen,

dann muss berücksichtigt werden, dass es dabei um die Qualifizierung von verbalen und nonverbalen kommunikativen Prozessen geht, die immer eingebettet sind in intersubjektive Verständigungen.

Die Sichtweisen und Interessen aller Beteiligten erfassen

Eine Qualitätskonzeption im sozialen Bereich muss die Interessen und Sichtweisen aller Beteiligten erfassen und davon ausgehen, dass es entscheidend darauf ankommt, die divergierenden Interessen zu einem Ausgleich zu bringen. Die Qualität von sozialen Dienstleistungen ist also nur zu bestimmen, wenn der gesamte Kommunikationsprozess berücksichtigt wird, in dem eine Dienstleistung ausgehandelt wird. Dabei ist zu beachten, dass dieser Aushandlungsprozess nur begrenzt standardisierbar und damit im Sinne eines engen quantifizierenden Qualitätsverständnisses nur begrenzt zu operationalisieren ist. Der soziale Dienstleistungsbereich erfordert eine multidimensionale Qualitätskonzeption, welche die entscheidenden Konstanten einer sozialen Interaktion berücksichtigt. Dies betrifft das Selbstkonzept und die Fachkompetenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Berücksichtigung der Lebenssituation und der Bedürfnisse des Hilfeempfängers und die soziostrukturellen Rahmenbedingungen der Gesellschaft, in denen ein Träger sein Leitbild und seine Angebote entwickelt. Die Weiterentwicklung von Qualitätskonzepten im sozialen Bereich wird entscheidend davon abhängen, wie es den konkurrierenden Trägern sozialer Dienstleistungen in den gegebenen Rahmenbedingungen gelingt, sich auf die Bedürfnisse der Hilfeempfänger einzulassen.

Literatur:

- Boden, Günter: Management für Non-Profit-Organisationen, Bochum 1997
 Kühnl, Bernhard: Der Qualitätsdiskurs in der sozialen Arbeit: Chancen und Gefahren. In: Neue Praxis 31(2001).
 Müller, Burkhard K.: Psychosoziale Hilfen zwischen Markt und Humanität. Zum Umgang mit menschlichen Krisen unserer Gesellschaft, in: Wege zum Menschen 50 (1998).
 Sennett, Richard: Die Kultur des Kapitalismus, Berlin 1998
 Wahl, Heribert: Diakonie: Wiederentdeckte Grunddimension kirchlichen Handelns. In: Pastoraltheologische Informationen 13/1993.

Eine Qualitätskonzeption im sozialen Bereich muss die Interessen und Sichtweisen aller Beteiligten erfassen und davon ausgehen, dass es entscheidend darauf ankommt, die divergierenden Interessen zu einem Ausgleich zu bringen

Die Weiterentwicklung von Qualitätskonzepten im sozialen Bereich wird entscheidend davon abhängen, wie es den konkurrierenden Trägern sozialer Dienstleistungen in den gegebenen Rahmenbedingungen gelingt, sich auf die Bedürfnisse der Hilfeempfänger einzulassen

Systemisches Management fördert Autonomie der Klienten

Kundenorientierung der Einrichtungen verbessert sich / Selbstreflexivität und offene Prozessgestaltung haben aber auch Grenzen / Kontext im Vorfeld abklären

Von Elisabeth Nicolai und Jochen Schweitzer

In unserem Beitrag befassen wir uns mit Beispielen Systemischen Managements in Psychiatrischen Einrichtungen. Für uns geht es damit um die Frage wie man die Konzepte systemischer Selbststeuerung und Selbstreflexion sinnvoll für das Managen einer Organisation und für deren Weiterentwicklung nutzen kann. Wir möchten hierzu einige Thesen und Praxisbeispiele psychiatrischer Einrichtungen darstellen: die Organisationsentwicklung durch systemische Selbstreflexion, Thesen zu einer erfolgreichen Leitungskultur, Umgang mit dem Anspruch der Kundenorientierung, die Einführung einer Verhandlungskultur mit Patienten und die Nutzung externen Feedbacks für die Organisationsentwicklung. Erfahrungsbasis dieser Praxisbeispiele ist ein dreijähriges Projekt zur systemischen Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen (Hirschenberger, Nicolai, Schweitzer, Weber 2000), gefördert von der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung Stuttgart.

Psychiatrische Einrichtungen und ihre Mitarbeiter sind komplexe Systeme. Will man solche Systeme steuern (Wilke 1995), erachten wir es als sinnvoll, mit deren Autonomie zu rechnen und auf den Versuch instruktiver Interaktion mit ihnen zu verzichten. Eine Möglichkeit, Entwicklungen anzustoßen, nicht zu instruieren, besteht stattdessen in der systemischen Selbstreflexion und der Reflexion vorstellbarer Variationsmöglichkeiten. Mit der „Reflexionsliste systemische Prozessgestaltung“ entwickelten wir im oben genannten Projekt ein Instrument, das eine Organisation zur Selbst- und Fremdrelexion nutzen kann, um sich darüber klarer zu werden, wie viele und welche systemischen Elemente sie in ihrer psychiatrischen Praxis verwirklicht. (Schweitzer, Weber,

Nicolai, Hirschenberger und Verres 2000) Die Reflexionsliste ist nach dem Vorspann, der die Ausgangslage der Einrichtung erfragt, in drei inhaltliche Themengebiete unterteilt.

Einrichtungsbesuch durch externen Beobachter

Mit der „Reflexionsliste systemische Prozessgestaltung“ wird eine Einrichtung von einem externen Beobachter besucht. In ein bis zwei Tagen - je nach Größe der Einrichtung - kann dieser durch teilnehmende Beobachtung wichtiger Veranstaltungen (zum Beispiel Visite, Gruppentherapie, Fallkonferenz, Bewohnerversammlung) und in Interviews mit Vertretern der beteiligten Gruppen (Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, Leitung) sich selbst ein Bild über die Einrichtung machen und Bilder der Beteiligten kommunizieren. Am dritten Tag werden in einer möglichst großen Einrichtungskonferenz möglichst allen Gesprächspartnern und Interessierten (oft 10 bis 30 Personen) die Ergebnisse der Interviews und Beobachtungen vorgetragen und mit ihnen diskutiert. Eine schriftliche Rückmeldung erfolgt meist vier Wochen später. In welcher Weise, und ob überhaupt die Einrichtung das aus Mitarbeiterinterviews zusammengetragene und mit der Beobachterperspektive verknüpfte Feedback nutzt, bleibt der Organisation selbst überlassen.

Gemeinsame Reflexion als Angebot

Eine junge, schnell gewachsene Sozialtherapeutische Einrichtung nutzte dieses Angebot einer gemeinsamen Reflexion. Als Entwicklungsthemen blieben schließlich die Struktur der Betreuer teams und die Funktion der mittleren Leitungsebene, der Hausleiter. Ge-

schichtlich waren diese eher Teammitglieder mit Delegiertenfunktion gegenüber der Geschäftsführung. Mit der Einrichtung wuchsen die Aufgaben, und es kam zu Spannungen in den Teams - darüber, welche Rechte und Pflichten die Hausleiter als Teammitglieder oder als Leitungspersonen nun hätten. Mit externer Beratung gestaltete man zunächst einen Konzeptionstag, bei dem die Rolle der Hausleiter, die Veränderungen seit den „Gründerjahren“ und die zukünftigen Erwartungen der verschiedenen Beteiligten - Mitarbeiter, Gesamtleiter und Hausleiter selbst zusammengetragen wurden.

Auf dieser Grundlage erarbeiteten diese drei jeweils Konzepte, die in einem zweiten, extern moderierten Konzeptionstag diskutiert und bearbeitet wurden. Schließlich hatten am Ende des Tages noch alle Gruppen die Gelegenheit, für ihr Konzept ein „Plädoyer“ zu halten. Mit diesem Ritual werden Entscheidungsstrukturen transparent gemacht. Die Versammlung erarbeitet Konzepte und berät mit den besten Argumenten. Entscheiden wird letztlich der Geschäftsführer und der Vorstand. Im Ergebnis hatte man die Rolle der Hausleiter klarer definiert. Die Kompetenzen gegenüber der Geschäftsführung waren vergrößert, und sie konnten sich mehr aus dem „Alltagsgeschäft“ der einzelnen Wohnheime herauslösen, um der Größe der Einrichtung und den vielfältigen Arbeitsaufgaben besser gerecht werden zu können.

Führungsqualitäten systemisch vorgebildeter Leiter

Eine wichtige Fragestellung ist der besondere Führungsstil systemtherapeutisch vorgebildeter Leiter psychiatrischer Einrichtungen. Vor allem bei der Frage des therapeuti-

Elisabeth Nicolai,
Diplom-Psychologin,
Wissenschaftliche Angestellte der Abteilung
Medizinische Psychologie des Universitäts-
klinikums Heidelberg

Privatdozent Dr. Jochen
Schweitzer, Stellvertretender Direktor
der Abteilung für Medizinische Psychologie
am Uniklinikum,
Bergheimer Str. 20,
69115 Heidelberg

schen Konzeptes stellt sich für den systemisch Vorgebildeten in einer Leitungsfunktion die Frage: Soll ich anregen und verstören, um Mitarbeiter an systemischen Arbeitsmethoden neugierig zu machen? Oder soll ich es anordnen? Mancher Leiter befürchtet, dass eine nützliche Vielfalt therapeutischer Ansätze und Kompetenzen verloren gehen könnte, wenn er systemische Therapie in den Alltagsbetrieb als Regelprozedere einführt. Das bedeutet aber in der Praxis, dass doch häufig systemische Therapie in der Einrichtung eher ein unregelmäßiges Produkt persönlicher Vorlieben bleibt. Andere Leiter definieren Ressourcenförderung so, dass sie systemische Familiengespräche durchaus als Routineangebot mit festem Setting wie zum Beispiel Einwegscheibe, Reflecting Team, Weiterbildungsangebote, Supervision, Intervention, einführen, was keineswegs ausschließt, dass andere Verfahren nutzbringend angewandt werden dürfen.

Anordnen auf Basis eines Konsenses

Zu starke Konsensorientierung in den allgemeinen Entscheidungsprozessen führt oftmals zu emotionsgeladenen Argumentationsrunden, nach dem Motto: „Man muss mehr, genauer, intensiver, ausführlicher argumentieren, um seine Position „durchzubringen“. Leiter, die ausschließlich anregen und auf die richtige selbstreferentielle Entwicklung bei den Mitarbeitern hoffen, bekommen häufig am Ende schlechte Kritiken: Sie sind gezwungen, Entscheidungen zu treffen, über die alle sauer sind: „Erst passiert lange gar nichts, es wird ewig herumgeredet und plötzlich ist dann alles entschieden.“ Das „Anordnen mit Konsens“ integriert beides in einem Modell: der Leiter diskutiert, hört Argumente und Einwände und ordnet letztlich an. Wenn Leiter sich „beraten lassen“, müssen sie vor allem dafür sorgen, dass die Entscheidungsstrukturen den Mitarbeitern transparent sind. Berater entscheiden nicht.

Wir ziehen Fazit: Wenn Leiter sagen, was als Ergebnis in einem bestimmten zeitlichen Rahmen erreicht werden soll, wobei das „Wie“ den Beteiligten überlassen bleibt, berichten sie von zufriede-

neren Mitarbeitern und kalkulierbareren Prozessen. (Nicolai, E.; Hirschenberger, N.; Schweitzer, J.; Weber, G. (2001). Insgesamt scheint uns, dass wie alle Leiter so auch solche mit systemischer Vorbildung auf eine Balance achten müssen zwischen

- Sicherheit vermitteln und in Frage stellen,
- Genau anordnen und vage anregen,
- Systemtherapeutischem „Kernverständnis“ und schulenübergreifender Pluralität,
- Systemischer Therapie als Routineprozedur und systemischer Therapie als Kunst.

Kundenorientierung unter verschärften Bedingungen

Kundenorientierung scheint für viele Organisationen einerseits als Wettbewerbsfaktor unübersehbar und daher unter Existenzsicherungsaspekten absolut wichtig, andererseits tut man sich schwer, die Behandlungsangebote eher an der Bedürftigkeit statt am Bedarf, eher am subjektiven Wunsch der Nutzer, als an objektiven Indikationskriterien zu orientieren - mit hin an der Leitfrage: „Wer will was von wem, wann, wie viel, wozu?“ (Schweitzer, Reuter 1991, Schweitzer 1995) Dieses im Wirtschaftsleben oft recht triviale und simple Prinzip erweist sich in der psychiatrischen Arbeit vor allem mit „schwer gestörten“ Patienten als produktive Herausforderung. Nun drängt das Werben um Kunden manche Leiter psychiatrischer Einrichtungen zu eiligen Projekten in Sachen Kundenorientierung. Diese, mehr aus Not als aus Überzeugung geboren, bleiben oft Selbstzweck und verschlechtern darüber hinaus das Betriebsklima.

Angestrebt wird der hinreichend unzufriedene Klient

Heißt Kundenorientierung, dass allen Wünschen und Erwartungen der Kunden zu ihrer vollsten Zufriedenheit entsprochen werden muss, um als kundenorientiert zu gelten? Welche Aufträge der Kunden sind legitim, welche sollten erfüllt werden und wo hat die Kundenorientierung ein Ende? Mit dieser Frage muss sich wohl jede psychiatrische Einrichtung ausein-

ander setzen und individuell für sich eine Entscheidung darüber treffen, was nach ihrem Selbstverständnis ein geeignetes Maß an Kundenorientierung und damit auch an Zufriedenheit der Kunden ist.

Bei einer schriftlichen Befragung zur Lebensqualität und Zufriedenheit (mit Behandlung, Wohnen, Arbeiten und Freizeit) von Heimbewohnern wurde in einer Nachbefragung unter den Mitarbeitern deutlich, dass es nicht ihr Ziel (gewesen) sei, unter allen Klienten eine hundertprozentige Zufriedenheit herzustellen. Für die Mitarbeiter stellte die folgende Mischung ein optimales Ergebnis und eine gute Arbeitsgrundlage dar: ein Drittel antwortete zufrieden, ein Drittel antwortete teils teils und das letzte Drittel äußerte seine Unzufriedenheit. „Wenn die Bewohner feststellen, dass sie unzufrieden sind, fördert dies ihre Aktivierung, um ihre Unzufriedenheit zu ändern. Dies geschah in der Einrichtung dadurch, dass der Heimbeirat eines Hauses zum Beispiel die Forderung nach einer Teilnahme der Bewohner an Dienstbesprechungen durchsetzte. Nach vorheriger Anmeldung konnten sie an dem Teil der Teamsitzung teilnehmen, bei dem über sie gesprochen wird. Sie hören zunächst zu, und können am Ende der Sequenz eine Rückmeldung oder Kommentar geben oder Fragen stellen. Das Angebot wird gut genutzt, und die Patienten reagieren gestärkt und selbstbewusst.

Vor zuviel Zufriedenheit der Klienten ist aus Sicht der Mitarbeiter Vorsicht geboten. Sie könnte auch ein Zeichen angepasster Hospitalisierung sein und als Veränderungsblocker wirken. Beides würde nicht zum Arbeitsauftrag psychiatrischer Einrichtungen, positive Entwicklungen anzustoßen, passen.

Gemeinsame Therapiezielplanung mit Patientinnen und Patienten

Mit der Verbreitung kundenorientierter Dienstleistungsphilosophien entfernen sich psychiatrische Einrichtungen von der Idee, immer zu wissen, was gut für die Patienten ist. Der Anspruch, ihnen Autonomie und Selbstverantwortung zu-

Bei einer schriftlichen Befragung zur Lebensqualität und Zufriedenheit von Heimbewohnern wurde in einer Nachbefragung unter den Mitarbeitern deutlich, dass es nicht ihr Ziel sei, unter allen Klienten eine hundertprozentige Zufriedenheit herzustellen

Mit der Verbreitung kundenorientierter Dienstleistungsphilosophien entfernen sich psychiatrische Einrichtungen von der Idee, immer zu wissen, was gut für die Patienten ist

Wir haben festgestellt, dass im Management psychiatrischer Einrichtungen die systemische Vorgehensweise zur Förderung der Autonomie der Klienten sowie der Kundenorientierung der Einrichtung beiträgt

rückzugeben, setzt voraus, dass man zu Transparenz bereit ist, wer was wann mit wem bespricht und entscheidet. Nun ist die Erfüllung des Kundenwunsches „Gesundheit“ bei Patienten naturgemäß schwierig. Wenn die psychische Gesundheit aber nicht erreicht wird, heißt das, dass die Leistung der Klinik schlecht war? „Absurd“ sagt man und bietet andere Erklärungen (biologische Krankheitsmodelle, schlechte Compliance des Patienten, Deutung von Lösungsversuchen als sekundärer Symptomatik oder ähnliches) an, die zwar die Kliniken von dem Vorwurf der Versagens freisprechen, für die Selbsteinschätzung, die Perspektiven und die Übernahme von Verantwortung durch die Patienten jedoch nicht hilfreich sind.

Eine Lösung könnte sein, gemeinsam Wünsche und Erwartungen abzuklären und mit möglichst konkreter Beschreibung realistische Ziele festzulegen. In der Psychiatrischen Klinik im schweizerischen Münsterlingen wird dies als „gemeinsame Therapieplanung“ praktiziert: Bleibt ein Patient länger als zwei Wochen, wird in einer Teamsitzung ein Therapieplan mit dem gesamten Team, das heißt Pflgeteam, Arzt, Psychologinnen, Bewegungs- und Musiktherapeutin, Sozialarbeiterin und teilweise auch Arbeitstherapeuten erstellt. Der Patient wird in die Teamsitzung eingeladen. Der Therapieplan enthält eine Beschreibung von Problemen, Ressourcen, Zielen und Maßnahmen.

Sichtweisen von Familie, Behörden, Hausärzten werden integriert

Auch die Sichtweisen anderer „Auftraggeber“ (Familie, Behörden, Hausärzte) sollen hier soweit als möglich einfließen. Hinter jeder Maßnahme wird notiert, ob der Patient an deren Planung mitgewirkt hat, ob er einverstanden ist, nicht einverstanden ist, sie zur Kenntnis genommen hat, oder ob keine Reaktion zu erhalten war. Am Schluss unterzeichnet der Patient die einzelnen Punkte des Therapieplans. Bei längerfristigen Aufhalten wird er nach circa drei Monaten neu erstellt. Kurz vor dem Austritt wird der Zielerreichungsgrad je individuellem Therapieziel vom Patienten selbst und

von der Bezugsperson eingeschätzt. Dies ist ein guter Schlusspunkt für die Therapie und liefert außerdem einen Indikator für die Ergebnisqualität.

Nutzerbefragung : Versorgungsqualität aus Patientensicht

Vergleichende Nutzerbefragungen (Gromann 2000) über mehrere Einrichtungen (Benchmarking) mit öffentlicher Bekanntmachung der Ergebnisse regen zur Kommunikation an. Das erzeugt produktive Konkurrenz („Was gibt es in der Region? Was machen die anderen

Resümee: Offene Prozessgestaltung hat Grenzen

Wir haben festgestellt, dass im Management psychiatrischer Einrichtungen die systemische Vorgehensweise zur Förderung der Autonomie der Klienten sowie der Kundenorientierung der Einrichtung beiträgt. Jedoch haben Selbstreflexivität und offene Prozessgestaltung auch ihre Grenzen: wenn eine Organisation sehr schnell und zielgerichtet zu einem vorab festgelegten Ergebnis kommen will, ist diese Arbeitsweise eher unpassend. Deshalb sollten systemische Managementtechniken wie die hier beschriebenen nur nach sorgfältiger Kontextklärung (wer will derzeit was von wem?) eingesetzt werden.

und wie kommen sie damit an?“) Mehrere psychiatrische Einrichtungen führten jährliche Nutzerbefragungen durch, um festzustellen, wie die regionale Versorgungsqualität aus der Sicht der Patienten sei. Man wollte damit gemeinsam ermitteln, wie die Angebote zum Hilfebedarf passen. Die Ergebnisse wurden bei allen Einrichtungen veröffentlicht.

Die Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Heidenheim befragte Patienten und Mitarbeiter nach ihren Veränderungswünschen unter der Überschrift „Wenn ich hier der Chefarzt wäre, dann würde ich....“ (Scheidt und andere, 2001). Bei allgemeiner Zufriedenheit kristallisierte sich doch ein Wunsch nach Veränderung deut-

lich heraus: Patienten wünschten sich eine Veränderung der Chefarztvisite. Die Eingangsfrage „wie geht es Ihnen?“ lade doch immer wieder zu der Idee ein, man könne nun dem Chefarzt sein ganzes Leid klagen, wozu bei einer Visite stets die Zeit und der Rahmen fehle. Patienten wünschten sich einfach eine klarere Definition der Situation, mit der sie schließlich umgehen könnten. Man entschloss sich deshalb in der Klinik, Patienten um ihre Zustimmung und Verständnis für Folgendes zu bitten: die Chefarztvisite diene zum einen dem Chefarzt dazu, von den Patienten einen persönlichen Eindruck zu gewinnen. Daneben erfülle sie zu einem großen Anteil Weiterbildungsfunktionen für den medizinischen Stab und zu einem eher marginalen Anteil sei sie auch ein Gesprächsangebot an die Patienten.

Literatur

- Gromann, P. (2000): Symposium "Systemische Therapie und Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen - Zum Stand der Kunst -03./04.Februar 2000 in Heidelberg. Vortrag: Regionale Kooperation- Fallstricke und Lösungen: Regionale Versorgungsqualität aus Patientensicht.
- Hirschenberger, N.; Nicolai, E.; Schweitzer, J.; Weber, G. (1998): Das Projekt „Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen“ - Zielsetzung, Geschichte und Forschungsansatz. In: Brunner, E.J.; Bauer, P.; Volkmar, S. (Hrsg.): Soziale Einrichtungen bewerten. Freiburg i. Br. Nicolai, E.; Hirschenberger, N.; Schweitzer, J.; Weber, G. (2001): Organisationsentwicklung unter systemischer Blickrichtung: Ergebnisse eines Praxisforschungsprojektes und Konsequenzen für die psychiatrische Führungskraft. In: Tergeist, G. (Hrsg.): Führen und Leiten in psychiatrischen Einrichtungen. Bonn
- Scheidt, P.; Schweitzer, J.; Maischein, L.; Tebbe, B.; Hirschenberger, N.; EnBle, M.; Krause, U.; Voigtländer, W. (2001): „Wenn ich hier der Chefarzt wäre...“ - Interventive Interviews mit den Patienten und Mitarbeitern einer psychiatrischen Abteilung. In: Psychiatrische Praxis 4 (28), S. 158-162.
- Schweitzer, J.; Weber, G.; Nicolai, E.; Hirschenberger, N.; Verres, R. (2000): Besuche mit der Reflexionsliste - Ein Instrument systemischer Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen. In: Organisationsentwicklung 19 (4), 40-49.
- Schweitzer, J. & Reuter, D. (1991a): Systemisches Denken in der Heimerziehung. Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 40, 171-176.
- Schweitzer, J. (1995): Kooperation in Gesundheits- und Sozialberufen: Evaluation von Veränderungsprozessen im Verlauf systemischer Weiterbildung. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Med. Fakultät Universität Heidelberg.
- Schweitzer, J. (1995): Teamsupervision- Opium für das Volk ? In: Bendner, A.; Peterson, S.J. (Hrsg.): Neue Lernkultur in Unternehmen. Frankfurt/M.: Campus.
- Willke, H. (1995): Systemtheorie III. Steuerungstheorie. Stuttgart: Gustav Fischer

Hinter jeder Maßnahme wird notiert, ob der Patient an deren Planung mitgewirkt hat, ob er einverstanden ist, nicht einverstanden ist, sie zur Kenntnis genommen hat, oder ob keine Reaktion zu erhalten war. Am Schluss unterzeichnet der Patient die einzelnen Punkte des Therapieplans

Den Wandel in sozialen Organisationen gestalten

Zum Verständnis von Führen und Leiten in psychiatrischen Hilfesystemen / An Situationen konstruktiv herangehen und sie als Herausforderung sehen

Von Jürgen Lempert

Auch in Psychiatrischen Einrichtungen müssen Führungskräfte fachliche, soziale, methodische und strategische Kompetenzen einbringen, um ihrer Aufgabe gewachsen zu sein. Sie sollen sich wie alle Führungskräfte an den Ergebnissen ihrer Arbeit orientieren, sich auf das Wesentliche konzentrieren, sich auf die Stärken ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stützen und mit persönlicher Integrität und einer Haltung der Wertschätzung Vertrauen gewinnen und erhalten. Darüber hinaus sollen sie an Situationen positiv und konstruktiv herangehen und sie als Herausforderung und nicht als Problem definieren sowie Orientierung geben und Visionen und Strategien entwickeln.

Die Qualität und Professionalität von Führungskräften bemisst sich zunehmend danach, ob und in wie weit sie sich von der „Erzeugung-illusion“, von der Vorstellung des „Alles-Im-Griff-Haben“ oder des „Darüber-Stehen“ gelöst haben und ob es ihnen gelingt, die vorhandenen Fähigkeiten der Mitarbeiter zum verantwortungsvollen Planen, Denken und Handeln zur Geltung und Wirkung kommen zu lassen. Gute Führungskräfte bringen ihre Ziele und Visionen nicht nur zum Ausdruck, sondern sie entwickeln diese im Dialog mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie unterstellen dabei, dass das Bestreben und Wirken jedes Mitarbeiters in irgendeiner Form ein Beitrag zur Erreichung der gemeinsamen Ziele ist. Dabei bringen sie ihre Ideen offensiv ein, überzeugen andere von diesen und beachten die auch sonst in der psychiatrischen Arbeit erforderlichen Standards für eine klare und faire Kommunikation.

Ein konstruktives Spiel der Kräfte

Die ethische Dimension einer solchen Auseinandersetzungskultur

bringt Klaus Dörner zum Ausdruck. „Das Wichtigste ist, dass ich mit der Grundhaltung leite, dass jeder Mitarbeiter - auch wenn er Dinge anders sieht als ich - das selbe Recht hat wie ich, und dass ich sein Recht gegen mich selbst verteidige, ohne davon abzulassen, das, was ich für richtig halte, durchzusetzen. Und damit dieses Spiel der Kräfte mit allen Ösen und Tricks und Bandagen konstruktiv gespielt werden kann, muss alles dafür getan werden, eine tragfähige Beziehung zu gestalten. Die Beziehung kann nur in dem Maße tragfähig sein, wie es mir gelingt, mich mit den anderen nicht auf der Ebene der größten gemeinsamen Stärke, sondern der größten gemeinsamen Schwäche zu treffen.“

Veränderungsprozesse gestalten

Veränderungsprozesse in Institutionen sind erforderlich, wenn Strukturen, Produkte, Dienstleistungen oder Konzepte nicht mehr den Anforderungen oder den formulierten Zielen entsprechen. Der formale Ablauf von Veränderungsprozessen ist dabei - in verschiedenen Varianten - immer ähnlich:

- Analyse der Ist-Situation
- Zielformulierungen
- Qualifizierungen und Auseinandersetzungen mit Widerständen
- Planung und Koordination der Maßnahmen des Veränderungsprozesses
- Etablierung der neuen Strukturen

Jede Phase ist gleich wichtig

Die Dimensionen von Veränderungsprozessen werden sicherlich in kleinen Institutionen anders aussehen als in großen. Es mag mehr oder weniger begeisterte Anhänger von strukturierten Vorge-

hensweisen geben, es mag sehr komplexe und sehr kleine Projekte geben.

Geachtet werden muss auf jeden Fall auf folgende Aspekte:

- Jede einzelne Phase des Projektverlaufs ist gleichermaßen wichtig.
- Bei der Analyse der Ist-Situation ist gründlich hinzuschauen; es muss eine Bereitschaft bestehen, auch unangenehme Sachverhalte aufzudecken. Eine falsche Formulierung des Problems ist keine gute Voraussetzung für eine richtige Lösung!
- Geheimniskrämerei bei den Analyseergebnissen sollte vermieden werden. Konstruktiv ist eine offene Auseinandersetzung über Fehler oder Beharrungsvermögen. Eine „lernende Organisation“ zeichnet sich auch durch einen konstruktiven Umgang mit „Fehlern“ aus.
- Veränderungsprozesse erfordern Mut. Es geht jetzt darum, Entscheidungen für etwas Neues zu treffen. Zu oft kann man feststellen, dass ein „Ja“ zu neuen Konzepten letztlich aus vielen kleinen „Neins“ besteht; oder dass irgendein Kompromiss oder eine falsche Rücksichtnahme zu halbherzigem Handeln und Verwässerungen der Prozesse führt.
- Organisationsentwicklungsprozesse benötigen mindestens eine Person, die, mit entsprechender Machtkompetenz ausgestattet, den Prozess nicht nur zulässt, sondern unterstützt.

Veränderungsprozesse in psychiatrischen Einrichtungen

Seit Erarbeitung der Psychiatrie-Enquete zeichnet sich die Psychiatrielandschaft insgesamt durch eine enorme Veränderung von Konzepten, Strukturen und fachli-

Jürgen Lempert,
Diplom Soziologe,
Supervisor, Geschäftsführer
Stiftungsbe-
reich Gemeindepsy-
chiatry der v. Bodel-
schwingschen An-
stalten Bethel in
Bielefeld

Veränderungsprozesse in der Psychiatrie unterscheiden sich in ihrer Dynamik und in den elementaren Prozessen nicht von denen in anderen Institutionen

chen Entwicklungen aus. Hinzu kommen diverse Anforderungen, die sich aus dem Kontext der Organisation der Dienste ergeben (beispielsweise die Einführung von EDV-Systemen). Konzeptionelle Normierungen („Du sollst ambulant vor stationär“) im psychiatrischen Arbeitsfeld sowie die Auseinandersetzungs-Infrastruktur durch Tagungen, Workshops, Verbandsarbeit und öffentliche Fachdiskurse tragen zur Orientierung bei und können als Ressource für das Arbeitsfeld, abrufbar von Führungskräften, gesehen werden.

Veränderungsprozesse in der Psychiatrie unterscheiden sich in ihrer Dynamik und in den elementaren Prozessen nicht von denen in anderen Institutionen. Die Anforderungen an Führungskräfte, beispielsweise mit Widerständen umzugehen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu motivieren, sind sicher immer ähnlich. Dennoch gibt es Spezifika: Veränderungsprozesse im psychiatrischen Kontext waren noch vor wenigen Jahren durch einen weitgehenden Konsens zwischen staatlichen, sozialpolitischen Instanzen und psychiatrisch Tätigen über die Notwendigkeit von besseren Versorgungssituationen gekennzeichnet. Gute Führungskräfte waren dann in der Regel solche, die ihre psychiatrische Fachkompetenz verbinden konnten mit dem Wissen um Spielregeln der Sozialpolitik und dem Wissen um die Zugänge zu den Finanzierungstöpfen diverser (modellgeförderter) Projekte.

Rückschritte zunehmend als Weiterentwicklung proklamiert

Die Situation der öffentlichen Haushalte lässt diese „größeren Würfe“ nur noch selten zu, so dass sich Veränderungsprozesse in Zukunft neu definieren müssen. Im Hinblick auf die Motivierung hatten Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Energie für Veränderungsprozesse nicht zum geringen Teil über die Schaffung wirklich neuer Versorgungsmodelle erhalten. Zunehmend geht es nun darum, teilweise einen Rückschritt in den Standards der Arbeit zu erleben und diesen dann noch als Weiterentwicklung proklamieren zu müssen.

Diese Veränderungsprozesse werden möglicherweise unterschätzt, und erfordern neben dem Bemühen um die Sicherung von Refinanzierungsmöglichkeit für innovative Projekte zunehmend die Auseinandersetzung mit Strategien zur Wahrung bestehender Standards und erfordern auch deren Wertschätzung. Dabei geht es nicht darum, sich mit den bestehenden und erreichten Standards zu arrangieren, sondern bestehende Strukturen zu nutzen und die qualitativen Effekte dieser Strukturen zu optimieren.

Veränderungen pro-aktiv gestalten

Im Folgenden werden einige Überlegungen zur Gestaltung von Veränderungsprozessen im psychiatrischen Kontext angestellt, bei denen es sich weniger um Handwerkszeug, sondern eher um aus eigenen Erfahrungen gewonnene Orientierungshilfen handelt. Führungskräfte sollten in Veränderungsprozessen eine aktive, gestaltende Rolle spielen und möglichst nicht mit dem „Zauberlehrlingseffekt“ zu tun bekommen. Pro-aktiv sein bedeutet nicht, „alles im Griff haben“. Es heißt vielmehr, das System der Veränderung zu verstehen: die Interessenkonstellationen, die Widerstände, die treibenden Kräfte, die Grenzen und Möglichkeiten der eigenen Rolle sowie der Interventionen als Führungskraft zu kennen und zu nutzen. Manche Situationen erfordern Gelassenheit, manche eine schnelle und klare Entscheidung. Auf jeden Fall bedeutet die aktive Rolle, sich nicht in ein Gefühl des Ausgeliefert-Seins manövrieren zu lassen. „Ich bin verantwortlich für die Art und Weise, wie ich mich in Veränderungsprozesse einbringe - wie dies die Mitarbeitenden ebenfalls sind. Daraus können wir auf Beschuldigungen verzichten. Es geht darum, Teil der Lösung, nicht Teil des Problems zu sein“. Viele Veränderungsprozesse leben von visionärem Denken. Dieses kann sowohl Orientierung, Motivationsquelle aber auch ein Prozess der Desillusionierung sein, wenn der Bezug zur Wirklichkeit nicht hergestellt wird.

Die Vision von einer Gesellschaft ohne Heime bedeutet sicherlich für manche Führungskräfte eine Mo-

tivation, sich mit Heimbedingungen und dem Aufbau anderer Versorgungsstrukturen auseinander zu setzen.

Authentizität als Grundlage für visionäres Denken

Für andere wiederum ist die Vision nichts anderes als eine Illusion. Jemand kann unbeirrt an der Vision der heimlosen Gesellschaft festhalten, ohne sich mit der Realität weiter auseinander zu setzen. Jemand kann feststellen, eine solche Vision habe er oder sie nie gehabt und werde sich auch keine Illusion darüber machen, dass diese Gesellschaft ohne Heime niemals auskommen wird. Eine dritte Person kann an der Vision der heimlosen Gesellschaft festhalten, und geht dennoch mit einer ganzen Reihe von Widersprüchen, Desillusionsanfechtungen und häufig auch Anfeindungen um.

Personen, die ihre Visionen nur über Realitätsverkennung aufrecht erhalten, dürften als Führungskräfte ungeeignet sein. Personen, die klar und deutlich sagen, dass sie bestimmte Visionen überhaupt nicht haben, tragen dadurch auch zur ordentlichen Erhaltung des „Status Quo“ bei. Die dritte Gruppe hat es schwerer: hier sind Führungskräfte gefordert, authentisch zu kommunizieren, ihre visionäre Standhaftigkeit in der Praxis zu erproben. Sie müssen sich und anderen Widersprüche zumuten und zutrauen. In diesem Sinn ist visionäres Denken notwendig, aber es benötigt eine gewisse „Erdung“ durch glaubwürdige Kommunikation, um seine Wirkung entfalten zu können.

Auch „Hegen und Pflegen“ wichtig

Das traditionelle Verständnis von Veränderungsprozessen bezieht sich darauf, etwas Neues zu schaffen. Organisationsentwicklung sollte jedoch noch eine weitere Dimension haben, die mit „Hegen und Pflegen“ bezeichnet werden könnte. Nach 25 Jahren Reformpsychiatrie gibt es in vielen Institutionen Strukturen und Arbeitsweisen, die sich bewähren, die eine gewisse Reife haben und die als „Standbein“ für die Institution sehr wichtig sind. Führungskräfte sollten der Wahrung solcher

Führungskräfte sollten in Veränderungsprozessen eine aktive, gestaltende Rolle spielen und möglichst nicht mit dem „Zauberlehrlingseffekt“ zu tun bekommen. Pro-aktiv sein bedeutet nicht, „alles im Griff haben“. Es heißt vielmehr, das System der Veränderung zu verstehen

Standards die gleiche Wertschätzung entgegenbringen wie den Erneuerungsprozessen - auch wenn letztere eher zum Gewinn von Anerkennung geeignet sind. Um hier falschen Bedeutungen meiner Ausführung entgegenzutreten: „Hegen und Pflegen“ ist keine Alternative zu Veränderungsprozessen, sondern eine gleichwertige Handlung, die zur Stabilisierung und auch zur „sozialen Nachhaltigkeit“ beiträgt.

Ausreichend Zeit einplanen

Veränderungsprozesse brauchen das ihnen jeweils angemessene Zeitmaß. Sie sollten weder zu schnell noch zu langsam durchgeführt werden. Insbesondere bei komplexen Prozessen ist es erforderlich, die einzelnen Teilprojekte danach zu analysieren, welches Maß sie an jeweiliger „Reifung“ benötigen. Deshalb soll für die Planungsphase ausreichend Zeit zur Verfügung stehen. Auch ist zu berücksichtigen, dass ein Veränderungsprozess in der Regel nicht mit der Eröffnungsfeier oder einem Vertragsabschluss abgeschlossen ist. Führungskräfte müssen sich auch mit der Phase der Aufnahme des laufenden Betriebes, dem Herstellen von Alltagsroutinen, der neuen Vernetzung von Hilfesystemen, den neuen Anforderungen an die Teamentwicklung auseinandersetzen. Wenn die Auswirkungen der Veränderungen nach den offiziellen Presseterminen nur noch Sache der dann zuständigen Personen ist, entziehen sich Führungskräfte nicht nur einem wichtigen Teil ihrer Prozessverantwortlichkeit. Sie entziehen sich auch der Möglichkeit, wichtige „Lernerfahrungen“ zu machen.

Die sorgfältige Gestaltung von Veränderungsprozessen beinhaltet:

- die Komplexität des Veränderungsprozesses in der Planungsphase berücksichtigen: Welche Aufgaben sind zu bearbeiten? Welche „Schnittstellen“ gibt es? Welche Personen sind zu beteiligen? Welche Personen haben Schlüsselfunktionen im Prozess und wie werden sie eingebunden? Wie ist der zeitliche Aufwand, wann wird man an welchem Punkt sein?
- Die Ziele nicht mit den Maßnahmen verwechseln: Was soll

mit dem Projekt erreicht sein, wenn es abgeschlossen ist? Welches sind die Maßnahmen/Instrumente, um die Ziele zu erreichen?

- Die Innovationskosten als „Investition“ sehen: Wie ist die Kosten-Nutzen-Relation des Veränderungsprozesses? An welchen Stellen rechnet sich der Aufwand?
- Erst planen, dann handeln: Workshops, Gespräche mit Experten führen; hospitieren, Literatur, und so weiter.

Die Fähigkeiten der Mitarbeitenden einbeziehen

Eine Führungskraft wird Innovation kaum noch über die Durchsetzung einsamer Entscheidungen erreichen. Vielmehr geht es darum, über die Vermittlung von Visionen und Zielen Mitarbeitende für das gemeinsame Vorhaben zu motivieren. Es geht darum, dass sie ihre jeweiligen Fähigkeiten bestmöglich einbringen und darüber Veränderungsprozesse gestalten. Führungskräfte sollten dann auch - sorgfältig und systematisch - frühzeitig die Personen auswählen und qualifizieren, deren Talente und Fähigkeit am besten für die Bearbeitung der anstehenden Aufgaben geeignet und gefragt sind.

Daneben sollte für den psychiatrischen Kontext immer geprüft werden, in wie weit bei Innovationen die Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörige einbezogen werden können. Arbeitsweisen, für die es bisher nur in Ansätzen eine Praxis gibt. Wie wichtig diese Fragestellung der Beteiligung der Nutzer wirklich ist, belegt eine Studie von Renate Schernus, in der sie Interviews mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Basismitarbeitern durchführte und dabei feststellte, dass deren wichtigste Anliegen durchaus andere waren, als die von den Führungskräften in den Mittelpunkt gestellten Themen.

Soweit es sich nicht um ureigene Themen der Binnenstruktur von Institutionen handelt, ist das Wissen um Bezüge zu den örtlichen Gegebenheiten bei Veränderungsprozessen nicht nur hilfreich, sondern unverzichtbar. Gemeindefnahe Psychiatrie kann letztlich nur

dann „funktionieren“, wenn sie in einem Netz der örtlichen psychosozialen und Gesundheitsdienste handelt und für Transparenz und Kooperation sorgt. Führungskräfte müssen diesen Ortsbezug nicht nur berücksichtigen, sondern - sofern sie eine Trägerpolitik vertreten - eine aktive Rolle in der Gestaltung der kommunalen Psychiatriepolitik spielen. Darüber hinaus sollten Führungskräften, beispielsweise durch Verbandsarbeit, Einfluss auf grundsätzliche sozialpolitischen Rahmenbedingungen für Gestaltungsspielräume psychiatrischer Arbeit nehmen.

Die „Kunst des Indirekten“ üben

Veränderungsprozesse bewegen sich nicht selten zwischen Wert- und Zweckorientierung. Zunehmende ökonomische Zwänge führen derzeit dazu, dass zweckrationales Handeln orientiert an Sachzwängen die Auseinandersetzung um Werte oder gar Moral zunehmend notwendig macht, gleichzeitig aber immer weniger Raum lässt. Eine fehlende Reflexionskompetenz bei Führungskräften könnte durchaus dazu führen, dass sich die Macht des „Zeitgeistes der linearen Effektivität“ verheerender auf die Qualität der psychiatrischen Arbeit auswirkt, als mancher Umweg über Moral, Gewissen und Verantwortung. Die Qualität psychiatrischer Arbeit liegt auch darin begründet, dass Mitarbeiter dieses Arbeitsfeldes Kompetenzen haben in der Wahrnehmung von Befindlichkeiten, in der Sensibilität gegenüber anderen Personen. Gestresste Führungskräfte laufen Gefahr, diese Sensibilität zu verlieren, wenn ständige Innovation Atemlosigkeit erzeugt. Sie sollten sich deshalb Wege zur „Erdung“ offen halten.

Literatur:

- Tergeist, Gabriele (2001): Führen und Leiten in psychiatrischen Einrichtungen. Bonn.
- Schernus, Renate (2000): Die Kunst des Indirekten. Neumünster.
- Arnold, Rolf (2000): Das Santiago-Prinzip: Führung und Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Köln.
- Covey, Stephen R. (1994) Die sieben Wege zur Effektivität. Frankfurt/Main; New York.
- Senge, Peter (1996): Die fünfte Disziplin. Stuttgart.
- Graf-Götz, Friedrich; Glatz, Hans (1999): Organisation gestalten - Neue Wege und Konzepte für Organisationsentwicklung und Selbstmanagement. Weinheim und Basel.
- Doppler, K.; Lauterbach, C. (1996): Change Management. Frankfurt/Main.

Soweit es sich nicht um ureigene Themen der Binnenstruktur von Institutionen handelt, ist das Wissen um Bezüge zu den örtlichen Gegebenheiten bei Veränderungsprozessen nicht nur hilfreich, sondern unverzichtbar

Veränderungsprozesse bewegen sich nicht selten zwischen Wert- und Zweckorientierung. Zunehmende ökonomische Zwänge führen derzeit dazu, dass zweckrationales Handeln orientiert an Sachzwängen die Auseinandersetzung um Werte oder gar Moral zunehmend notwendig macht

Steuerung kostbarer Frachten durch Stürme und Flauten

Führung in der gemeindepsychiatrischen Entwicklung ist interaktionelle Steuerung und Organisation nach innen und außen

Von Gabriele Tergeist

Das Wichtigste und Notwendigste, was Führungskräfte mit ihren Einrichtungen im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung leisten müssen, ist das „Andocken“ und das Verbinden von Welten mit unterschiedlichen Kulturen. Zentrale Anforderung ist das fachkompetente und prozessorientierte Managen von Vielfältigkeit, beispielsweise von „verrückten“ und „normalen“ Welten sowie das umsichtige und respektvolle „gerade-rücken“ und „ver-rücken“. Es gilt, auf der Basis eines durchdachten Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitations-systems differenzierte gemeindepsychiatrische Angebote vorzuhalten und diese entsprechend auszubauen, um psychisch kranken Menschen in ihrer normalen Lebensumwelt angemessene Hilfen zu bieten und vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vom Bedarf her zu senken.

Leitungskräfte sind Bürgen für die gemeindepsychiatrischen Ziele und die strategischen Planungen hierzu: Auftrag und Zwecksetzung für die gemeindeintegrierte Arbeit stehen primär im Vordergrund mit dem, was die Klientel braucht. Und was sie braucht, muss zunehmend mit den Psychiatrie-Erfahrenen, den beteiligten (Fach-) Disziplinen und Gremien und den Geldgebern verhandelt werden. Kosten-Nutzen- Erwägungen bei Ressourcenverknappung spielen eine immer größere Rolle in diesen Verhandlungen und gehören in die Zukunftsplanungen hinein. In der politischen Arbeit, der Öffentlichkeitsarbeit und beim Austausch mit Fachbehörden ist jedoch der Marktrationalität und den rein ökonomischen Gesichtspunkten die konsequente Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer, an fachlichen Standards und an der Ausstattung und Leistungsfähigkeit entsprechender (notwendiger) zielorientierter Hil-

fesysteme entgegenzusetzen (Tergeist). Hierfür muss Leitung sich „stark machen“ und erhaltende Nachweise erbringen.“

Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbeziehen

Dass die Einbindung vielfach qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Arbeit in der Umsetzung leisten und die Auswertung ihrer gesammelten praktischen Erfahrungen ein wertvolles Potenzial für synergetische Effekte in sich birgt, und daher unbedingt zu gewährleisten ist, liegt auf der Hand. Wie, in welcher Form, zu welchen Fragen und in welchem zeitlichen Umfang, ist ein wiederkehrender Reflexionspunkt für die Führung und betrifft strategische Planungen und strategische Investitionen.

Eine der Herausforderungen im gemeindepsychiatrischen Feld ist beispielsweise die Bewältigung der Versorgungsproblematik von schwerst psychisch erkrankten Menschen mit extremen Persönlichkeitsstörungen, dissozialem Verhalten, Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Für diesen Personenkreis werden trotz ausgefeiltem gemeindepsychiatrischen System Überforderungen auf organisatorischer, struktureller und personeller Ebene deutlich, die zu wiederholten Aufnahmen in das Krankenhaus beziehungsweise auch zu (endgültigen) Re-Hospitalisierungen von Klienten (insbesondere, aber nicht nur aus Heimeinrichtungen) führen (Pfammatter, Junghan, Brenner). Auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dieses häufig verbunden mit Erschöpfung, Überlastung und dem Zweifel, ob man der Arbeit und dem Menschen gerecht werden konnte.

Personalentwicklung und Personalfürsorge als Führungsaufgaben

Hier wird eine Lücke im gemeindepsychiatrischen Netz beziehungsweise eine Grenze dessen deutlich, was gemeindeintegriert krankenhausextern abgefangen und geleistet werden kann. Hier um jeden Preis (ob aus Belegungsgründen oder therapeutischem Ehrgeiz) am Klienten festzuhalten, ist fatal. Die Mitarbeitenden dieser

Die Betroffenen regelmäßig befragen

Was brauchen die Nutzerinnen und Nutzer im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen? Was davon finden sie in der Einrichtung, die wir vorhalten? Was brauchen sie darüber hinaus? Dieses sind wesentliche Fragen, die durch systematisierte regelmäßige Befragungen der Betroffenen zur Qualitätsbeurteilung auch einrichtungsübergreifend und beispielsweise in Benchmarking-Prozessen vergleichend beantwortet werden und Konsequenzen nach sich ziehen müssen. Dass Auswertungen erfolgen, dass die Ergebnisse Konsequenzen haben und Voraussetzungen für entsprechende funktionsfähige Umsetzungen geprüft und geschaffen werden, ist Aufgabe von Führungskräften – in der vernetzten Kooperation mit anderen. Hier wird dem weiteren Ausbau von Kooperationspartnerschaften mit anderen Trägern und Verhandlungspartnern zunehmende Bedeutung zugemessen werden müssen. Dabei gilt es auch, Grenzen des jeweiligen Versorgungszweiges zu sehen, kritisch zu durchleuchten und Alternativen entdecken und entwickeln zu können.

Einrichtungszweige brauchen in hohem Maße Unterstützung, Entlastung und Wertschätzung sowie Fortbildung. Personalfürsorge einschließlich Personalentwicklung sind hier die Führungsaufgaben, die fokussiert werden müssen. Es ist notwendig, dass Leitungen in dem Prozess dieser Unterstützungsarbeit beratend und begleitend tätig sind, und dass nach Formen gesucht wird, die einrichtungsintern oder übergreifend den Beteiligten Möglichkeiten zur Erleichterung beziehungsweise Lösung der Probleme bieten. Hier sind mehrere Ebenen zu betrachten: Welche Ziele werden für wen verfolgt? Was ist für die Klienten wichtig, notwendig und möglich? Was für die Angehörigen? Was für die Mitarbeitenden und was für die anderen Klienten, was für die nähere Umwelt? Weitere Fragen sind: Was kann die Einrichtung leisten? Wo liegen ihre Stärken, wo ihre Grenzen? Was ist für wen zumutbar? Was können andere Einrichtungen leisten?

Kontinuierliche Beurteilung und Überprüfung der Angebote

Nicht selten spielen hierbei Schnittstellen zwischen Einrichtungszweigen und deren entsprechende Kooperation wesentliche Rollen für eine Verbesserung und Entlastung aller Beteiligten. Schnittstellenpflege im gemeindepsychiatrischen Verbund und im Versorgungsnetz ist eine zentrale Anforderung für die Führungskräfte. Die kontinuierliche Beurteilung und Überprüfung der Angebote muss zu einem selbstverständlichen Teil von Leitungshandeln werden - auch in der Richtung, ob diese nötig sind, ob sie ausreichend sind, wo und bei welchen Verbesserungspotenziale bestehen und durch welche möglicherweise die Gefahr der Überforderung oder auch der gemeindepsychiatrischen Institutionalisierung droht. Hier kann es unter Umständen nötig sein, Angebote, die sich als nicht sinnvoll oder tragfähig erscheinen, zu verändern, abzuschaffen, oder sie sinnvollerweise mit anderen Angebotsformen zu verbinden.

Die angemessene Vielfalt psychiatrischer Angebote ist - in Abgren-

zung zur Beliebigkeit - kontinuierlich zu reflektieren. Oft geschieht dieses reaktiv „wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist“. Gehört jedoch zur Organisationskultur der gemeindepsychiatrischen Einrichtung die konstante Überprüfung des Handelns und der Erfahrungen in Abstimmung mit den Zielen, so besteht die Möglichkeit, im Vorfeld heiklere Situationen in möglichen Auswirkungen zu erfassen und entsprechend zu steuern. Dieses benötigt Zeit und eine entsprechende Installation eines strukturierten Besprechungswesens. Die Führungskraft sollte organisationskulturprägend und impulsgebend sein, entsprechendes zu installieren, und perspektivischem dadurch Raum zu geben.

Führungskräfte müssen Welten verbinden

Dieses gilt sowohl für die Schnittstellenpflege trägerintern (beispielsweise bei Verbänden) als auch trägerübergreifend. Hier ist insbesondere die Kommunikation und Vernetzung zwischen den verschiedenen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen zu pflegen. Nicht selten bestehen zwischen einzelnen Bereichen und deren Teams - auch eines Trägers - Berührungspunkte beziehungsweise Konkurrenzen. Teams leisten gute und wichtige Arbeit, arbeiten jedoch teilweise voneinander isoliert nebeneinander her und beschränken ihre Kooperation auf das Nötigste.

Aufgabe der Führungskraft ist auch hier, „Welten miteinander zu verbinden“ und dafür Sorge zu tragen, dass die wertvollen Quellen, die der jeweilige andere Bereich zu bieten hat, entdeckt werden, und dass aus ihnen unter bestimmten Bedingungen gemeinsam geschöpft werden kann. Übergreifende Teamtage und Workshops zu bestimmten Themen tragen zum Abbau von Berührungspunkten und zur auftragsbezogenen gemeinsamen Identitätsentwicklung und somit auch zur Teamentwicklung bei.

Das Führungsinstrument der wertschätzenden Befragung (in Anlehnung an ‚appreciative inquiry‘) spielt hier eine wesentliche Rolle:

- Was schätzen wir an der eigenen Arbeit / an der Arbeit der anderen?
- Wo sehen wir (auch auftragsbezogen, wertebezogen) Gemeinsamkeiten? Was verbindet uns / was trennt uns in der gemeindepsychiatrischen Arbeit und in den Zielsetzungen?
- Wo ist gegenseitige Unterstützung möglich?
- Wobei haben wir bereits funktionierende Unterstützung erfahren?
- Welche Erwartungen haben wir an die „anderen“?
- Welche Erwartungen erfüllen wir?
- Wofür könnten Kooperationen/Vernetzungen wichtig und sinnvoll sein?
- Welche Kooperations-/Vernetzungsmöglichkeiten sehen wir?
- Welche positiven Effekte könnten dadurch erreicht werden?

Gemeindepsychiatrische Einheiten werden zukünftig vermutlich kleiner, spezialisierter werden, um den wachsenden Aufgaben und Anforderungen gerecht werden zu können. Dem Aspekt der Schnittstellenverbindungen ist hierbei im besonderen Maße Rechnung zu tragen, soll „die Rechte (noch) wissen, was die Linke tut“, Reibungsverluste zu minimieren und ein gemeinsames Ganzes noch erkennen zu können. Dieses auf der Agenda zu haben, zu überlegen und festzuhalten, welche gemeinsamen Grundausrichtungen es gibt und was für das Verbinden von Einzeleinrichtungen getan und installiert werden sollte - unter Einbezug der Beteiligten - ist Aufgabe der Leitung. Auch für die trägerübergreifende Kooperation zwischen ambulanten, teilstationären, stationären regionalen Einrichtungen ist Schnittstellenpflege in der psychiatrischen Versorgung unabdingbar. Informationsfluss, Austausch und Benachrichtigungssysteme, Wissen um gegenseitige Erwartungen und Verlässlichkeiten sind Schlüssel für gute Kooperation und häufig anschlussnotwendig durch die Leitungsebenen.

Orientierung an internationalen Entwicklungen

Des weiteren ist für die politische Arbeit und die gemeindepsychia-

Gemeindepsychiatrische Einheiten werden zukünftig vermutlich kleiner, spezialisierter werden, um den wachsenden Aufgaben und Anforderungen gerecht werden zu können

Teams leisten gute und wichtige Arbeit, arbeiten jedoch teilweise voneinander isoliert nebeneinander her und beschränken ihre Kooperation auf das Nötigste

Der neue Gesetzentwurf Englands erweitert den Kreis psychischer Störungen, die zu einer Unterbringung oder Zwangsbehandlung (beispielsweise in 500 neu einzurichtenden Betten in Sicherheitsbereichen) führen können.

Führung in der gemeindepsychiatrischen Entwicklung bedeutet zusammenfassend gesehen interaktionelle Steuerung und Organisation nach innen und nach außen oder – wie oben formuliert – die Verbindung von Welten und Vielfalt

trische Öffentlichkeitsarbeit der Führungskräfte (wieder) zunehmend die Orientierung an internationalen Entwicklungen erforderlich. Strömungen aus England seien hier als Beispiel genannt, deren Regierung eine Neufassung des Psychiatriegesetzes entworfen hat, welches zur Diskriminierung und Stigmatisierung von psychisch Kranken beiträgt – etwas, was gerade die Gemeindepsychiatrie sich zum Ziel gemacht hat, einzudämmen. England galt bisher als vorbildlich in Europa für eine gemeindenahen und am Nutzer orientierte psychiatrische Versorgung. Im Vorwort zum neuen Psychiatriegesetz heißt es jedoch nun: „Das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Gemeindepsychiatrie ist erschüttert durch das Versagen der psychiatrischen Dienste und des Psychiatriegesetzes...“. Das bisherige Psychiatriegesetz schütze die Bevölkerung nur unzureichend vor schweren Straftaten psychisch kranker Menschen, so die weitere Begründung.

Der neue Gesetzentwurf Englands erweitert den Kreis psychischer Störungen, die zu einer Unterbringung oder Zwangsbehandlung (beispielsweise in 500 neu einzurichtenden Betten in Sicherheitsbereichen) führen können. Weder Einwilligungsfähigkeit noch Behandelbarkeit sind als Kriterien vorgesehen.

In England wird Kreis der psychischen Störungen erweitert

Die Geschichte zur Entstehung der Gesetzesvorlage ist auf dem Hintergrund zu sehen, dass die Öffnung der Anstalten ursächlich in Verbindung mit Tötungsdelikten durch psychiatrische Patientinnen und Patienten gebracht wird, ob-

wohl tatsächlich der Anteil der Tötungsdelikte durch dieses Klientel in England rückläufig ist (Zinkler). Diese Tendenzen sind als Gefahr für die Bedrohung der Gleichberechtigung psychisch Kranker mit somatisch Kranken ernst zu nehmen, und dem ist auch hier in Deutschland, beispielsweise durch Anti-Stigma-Kampagnen und Aufklärungsarbeit, Rechnung zu tragen. Hier ist ebenfalls eine Anforderung an Führungskräfte, etwas „gerade zu rücken“ und im Dialog mit Öffent-

Führung bedeutet interaktionelle Steuerung nach innen und außen

Führung in der gemeindepsychiatrischen Entwicklung bedeutet zusammenfassend gesehen interaktionelle Steuerung und Organisation nach innen und nach außen oder – wie oben formuliert – die Verbindung von Welten und Vielfalt. Hierbei handelt es sich um dynamische Entwicklungsprozesse, die von den Führungskräften zukunftsorientiert anzugehen sind und in denen Werte und Haltungen und das tatsächliche Leistungsspektrum kontinuierlich reflektiert werden müssen. Das umfasst auch die Beurteilung der Tragfähigkeit des bisher Erreichten und das überlegte Anstoßen neuer Entwicklungen.

Die kostbaren Frachten der Gemeindepsychiatrie sind durch Stürme und Flauten in möglichst sichere Häfen der Gemeinde zu steuern. „Wer den Hafen nicht kennt, für den ist jeder Wind der richtige“, heißt ein Sprichwort. Diese Beliebigkeit ist zu vermeiden. Für die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie ist es wichtig, den Hafen zu kennen, beziehungsweise zumindest eine Vision von dem Hafen zu haben. Den Auftrag und die Ziele gilt es immer wieder bewusst zu machen und als Führungskraft zu transportieren. Sie zu überprüfen, anzupassen, fortzuschreiben und neue Ziele zu definieren, sollte in der Gemeinsamkeit zwischen Führung, Mitarbeitenden, Nutzern und Kooperationspartnern Bestandteil der interaktionellen Steuerung sein.

lichkeit, Gesellschaft und Psychiatrieerfahrenen zu bleiben, beziehungsweise diesen zu intensivieren, um zur Verminderung von Begegnungsängsten und zum Vorurteilsabbau beizutragen.

Erkenntnisse aus anderen Ländern nutzen

Ein weiteres Beispiel: Bei gemeindepsychiatrischen Planungen und dem weiteren Ausbau des regionalisierten Versorgungssystems sind internationale Erkenntnisse und Erfahrungen zu beachten, die auch

auf Deutschland übertragen werden können, beispielsweise was „Migrationsbewegungen“ von Klienten angeht. So lassen Studien aus Linz und London deutlich erkennen, dass eine große Anzahl von Wohnplätzen im Bereich psychiatrischer Einrichtungen nicht von Menschen bewohnt sind, die aus dem Versorgungsbereich der Städte stammen (in Linz 60 Prozent), die also nicht regionszugehörig sind. Beim weiteren Aufbau ist zu bedenken, dass größere Städte möglicherweise andere

Anreize als Regionszugehörigkeit für psychisch Erkrankte bieten wie Anonymität oder Aufnahme in eine Subkultur (Rittmannsberger). Sorgfalt und Absicherung bei Planungen der Zukunft durch Nutzung auch international übertragbarer Erkenntnisse – einerseits um Wildwuchs und Fehler zu vermeiden, andererseits um Versorgungslücken zu schließen und Verlässlichkeiten für das psychiatrische Klientel zu gewährleisten – sind wesentliche Eckpfeiler für die Zukunftsentwicklung und die Bestandsfähigkeit gemeindepsychiatrischer Einrichtungen.

Literatur

Tergeist, Gabriele (2001): Führen und Leiten in psychiatrischen Einrichtungen.

Visionen, Wege, Wirklichkeiten. Bonn: Psychiatrie Verlag.
Pfammatter, M.; Junghan, H., Brenner, H.D.: Die Psychiatriereform geht in eine neue Runde: Möglichkeiten und Grenzen einer gemeindeorientierten (Akut-) Versorgung. Krankenhauserpsychiatrie, Sonderheft 1, 2000, S.2 – 11. Stuttgart/New York: Thieme.
Zinkler, Martin (2001) Sozialpsychiatrie und soziale Kontrolle – zur Neufassung des englischen Psychiatriegesetzes. Recht und Psychiatrie, 19 Heft 4/2001. Bonn: Psychiatrie Verlag.
Rittmannsberger, Hans: Betreute Wohnplätze und regionale Zugehörigkeit. Psychiatrische Praxis, 1 Band 29, 1/2002 S. 29 – 33.

Eine neue Kultur des Umgangs

Dialog als Basis für Qualitätsentwicklungsprozesse sozialpsychiatrischen Handelns / Ausschnitt aus Diplomarbeit

Von Jürgen Bombosch

Der nachfolgende Beitrag ist ein auf Qualität und Qualitätsmanagement fokussierter Ausschnitt aus einer Diplomarbeit, die der Autor im Oktober 2001 am Verbandsmanagement-Institut (VMI) der Universität Fribourg (Schweiz) im Rahmen einer Management-Ausbildung für Nonprofit-Organisationen eingereicht hat – mit dem Titel „Dialog als universelles Prinzip und Kernelement für die Entwicklung von Konzeptionen nach dem „Total Quality Management“ (TQM) im Rahmen des Freiburger Management-Modells (FMM) für Nonprofit-Organisationen (NPO)“. Im Mittelpunkt steht die These des Autors, dass die vielbeschworene Klienten-, Angehörigen- und Mitarbeiter-Orientierung moderner sozialpsychiatrischer Konzeptionen tatsächlich erst auf der Grundlage dialogischen Denkens und Handelns Chancen der Realisierung hat.

„Psychiatrie ist die Begegnung von mindestens drei Menschen: dem psychisch Kranken, dem Angehörigen und dem psychiatrisch Tätigen“ (Dörner/Plog 1996) Die Begriffe „Dialog“ und „Dialogische Psychiatrie“ sind insbesondere seit dem XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg einer internationalen Fachwelt bekannt geworden. In der „Hamburger Erklärung zu den Perspektiven einer Dialogischen Psychiatrie“ heißt es dazu: „Es hat lange gedauert, bis die Fachleute als Lernende auf Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige zugehen konnten. Psychiatrie kann sich aber nur als empirische, das heißt als Erfahrungswissenschaft bezeichnen, wenn sie die Erfahrung von seelisch leidenden Menschen und ihren Angehörigen gleichberechtigt einbezieht“ (vgl. Bock u.a. (2000).

Neue Kultur des Umgangs im Dialog entwickelt

Bereits im Jahr 1985, mit Gründung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) und, nochmals verstärkt, mit Gründung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE) im Jahr 1992, wurde in der Bundesrepublik Deutschland die dialogische und dialogische Psychiatrie eingefordert. Seit 1989 wird insbesondere in den inzwischen weit mehr als 100 Psychoseminaren in der Bundesrepublik Deutsch-

land, Österreich und der Schweiz eine „neue Kultur des Umgangs miteinander“ im Dialog entwickelt. Die Psychoseminare können daher mit den Worten von Bock (2000) als „Wiege des Dialogs“ bezeichnet werden. Eine vom Autor erarbeitete „Information zum Thema: Psychoseminare in Kirchengemeinden der Evangelischen Kirche im Rheinland“ kann auf der Homepage des DW EKIR unter: www.diakonie-rheinland.de (Rubrik: Sozialpolitik) abgerufen werden.

Die Philosophie und Praxis des Dialogs wird demnach in diesem Aufsatz als „gegenseitig-partizipatives“ Denken und Handeln der drei Hauptakteure im sozialpsychiatrischen Entwicklungsprozess verstanden, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind. Dies sind die Psychiatrie-Erfahrenen (die ansonsten von Professionellen Patienten, Klienten, Bewohner, Betroffene, Nutzer, paradoxerweise „Gäste“ oder aktuell „Kunden“ genannt werden), die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen psychiatrischen Handlungsfeldern.

Einseitige Definitionsmacht der Professionellen aufbrechen

Der Dialog soll dazu beitragen, die „einseitige Definitionsmacht“

der Professionellen demokratisch aufzubrechen. Ziel ist ein „herrschaftsfreier Diskurs“ (Habermas 1995). Dabei werden professionell Handelnde zu Lernenden – mit der Konsequenz, Angehörige und Psychiatrie-Betroffene ebenso bei sich partizipieren zu lassen wie auch gleichzeitig Partizipierende bei Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zu werden (daher „gegenseitig-partizipativ“ (Bombosch 2000). Dahinter steht die deutliche Forderung nach einer verstärkten „Subjektorientierung“ der Psychiatrie, die sich konzeptionell eindeutiger den subjektiven Erfahrungen, Erkenntnissen und Bewertungen der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in Theorie und Praxis öffnen soll. Die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen werden damit zu „Experten in eigener Sache“ (Geislinger 1998).

Universelles Prinzip psychosozialer Arbeit

Aufgrund einer eigenen Untersuchung zum Thema: „Zu den Perspektiven der Freien Wohlfahrtspflege in Zeiten der Privatisierung sozialer Dienste“ (vgl. Bombosch 2000), in der es im Besonderen um die Thematik des „Outsourcing“ im Dreieck von Dienstleistungsqualität, Wirtschaftlichkeit und diakonischem Profil am Beispiel stationärer Altenarbeit ging, wurde auch die Kommunikationskultur im „Dialog“ als Basis des Denkens und Handelns in der stationären Altenarbeit genauer betrachtet. Dabei entwickelte sich die These, dass der Dialog eine generelle Bedeutung für alle Kommunikationssysteme psychosozialer- und gesundheitspflegerisch-medizinischer Arbeit (im Weiteren als „Soziale Arbeit“ bezeichnet) hat und dementsprechend auch zentrale Bedeutung für die Basis von Qualitätsentwicklungssystemen haben müsste, unabhängig von der spezifischen Fachlichkeit des jeweiligen Hilfesystems.

Die logische Ableitung, dass alle Systeme Sozialer Arbeit auf die besondere Qualität dialogischer Kommunikation angewiesen sind, entwickelte sich unter anderem aus der Erkenntnis, dass alle diese Systeme sozialer Dienstleistung

Der Dialog soll dazu beitragen, die „einseitige Definitionsmacht“ der Professionellen demokratisch aufzubrechen

Qualität wird eindeutig von den Kundinnen und Kunden her definiert. Und diese sind in der Sozialpsychiatrie die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

auf dem „uno-actu-Prinzip“ basieren, bei dem Produktion und Konsumtion der Dienstleistung stets zusammenfallen und die Qualität solcher Dienstleistungen in ganz besonderem Maße von der Qualität der Interaktion zwischen Leistungsanbietern (oder deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) und den entsprechenden Klienten beziehungsweise Kunden abhängt. Dabei entsteht eine effektive (zielgerichtete) und effiziente (wirtschaftliche) Dienstleistung nur dann, wenn der Kunde als „produktiver“ Co-Produzent tätig wird.

Trialogisches Prinzip in Verbindung mit Freiburger Management-Modell

Auf der Grundlage der Qualitätspyramide des FMM sollten zur Realisierung des „Trialog-Prinzips“ auf der normativ-strategischen Ebene folgende Aktionen erfolgen: Eine sozialpsychiatrische NPO muss zunächst in ihrem Leitbild und in ihrer NPO-Politik festlegen, dass zukünftig die Erreichung einer „Trialogischen Psychiatrie“ als Ziel angestrebt wird.

Des Weiteren wird eine kontinuierliche Partizipation von Vertreterinnen und Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen (als Experten in eigener Sache) besonders im Rahmen des „qualitätsorientierten Dienstleistungsmanagements“ auf der Basis eines „beziehungsorientierten Dienstleistungsmarketing“ als eindeutige Klientenorientierung, sowie der transparente Einbezug aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der NPO (Mitarbeiterorientierung im Sinne interner Kundenorientierung), als Grundlage einer trialogischen Qualitätsphilosophie und -Qualitätskultur, für die gesamte NPO verbindlich beschlossen.

Eine Strategie der Partizipation

Eine solche Partizipations-Strategie („partizipativ-akzeptanzorientierte Strategie“) sollte nach dem FMM im Rahmen des Change Managements die Einbeziehung der „Betroffenen von allem Anfang an“ gewährleisten „und so die Interessen – aber auch das know how-“ (also das know how der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als „Experten in ei-

gener Sache“) sowie aller Mitarbeitenden „in einer wirklichen Partizipation zur Geltung zu bringen“ (vgl. FMM 1999). Die Begründung im FMM für den Vorzug einer „Partizipativ-akzeptanzorientierten Strategie“ lautet: „Per Saldo ist damit zu rechnen, dass die gesamte Problemlösungsstrecke im partizipativen Vorgehen kürzer wird als bei der autoritären Initialzündung, also ein oft beträchtlicher Partizipationsgewinn resultiert. Die „autoritäre Initialzündung“ wird im FMM als „Strategie des Bombenwurfs“ und dementsprechend als Gegenteil einer Partizipations-Strategie verstanden.

Entscheidung für Innovation

In diesem Falle würde die Entscheidung für eine Innovation (wie die Einführung des Trialog-Prinzips mit dem Ziel einer „Trialogischen Psychiatrie“) vom „Stiftungsrat oder der Hauptgeschäftsführung“ getroffen, „um dann als unvermeidbarer Entscheid den Betroffenen“ (hier den Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen als Kunden der NPO sowie den NPO-Mitarbeitenden) „aufgezwungen zu werden“. Allerdings ist auch den Ausführungen im FMM zuzustimmen, dass „in Extremsituationen der „Bombenwurf“ die einzig mögliche Strategie ist, welche eine voraussehbare Totalblockade „sprengen“ kann“. Dies könnte für das innovative Thema Einführung des „Trialog-Prinzips“ bei außergewöhnlich hartnäckigem Festhalten an der traditionellen (kustodialen) Psychiatrie in Frage kommen.

Auf der „operativ-dispositiven Ebene“ werden die strategischen Prozesse in operative Pläne und Prozesse umgearbeitet. Bezogen auf die Einführung des Trialog-Prinzips sind hier also bereits an der Konstituierung interdisziplinärer Qualitätszirkel beziehungsweise Qualitätsteams und Projektgruppen Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zu beteiligen – unter der Maxime des „abnehmerorientierten Ansatzes“ (analog: Klienten- oder Kundenorientierung), den Schauer folgendermaßen beschreibt: „Für die Bestimmung der Qualität einer Leistung stehen die individuellen Nachfragebedürfnisse im Mittel-

punkt der Betrachtung. Die beste Leistung ist jene, die die Bedürfnisse am besten befriedigt“ (vgl. Schauer 2000).

Dies drückt Bumbacher folgendermaßen aus: „Die Qualität einer Dienstleistung kann als dasjenige Niveau einer Dienstleistung“ definiert werden, „welches die vom Abnehmer gebildeten Erwartungen erfüllt oder sogar übertrifft“ (Bumbacher 2001). Qualität wird somit eindeutig von den Kundinnen und Kunden her definiert. Und diese sind in der Sozialpsychiatrie die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.

Die Arbeit kann in gebundener Form angefordert werden über:
Margitta Knopf, Geschäftsbereich Sozialwesen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, Lenaustrasse 41, 40470 Düsseldorf, Telefon: 0211/6398-265; Fax: 0211/6398-366; E-mail: mknopf@dw-rheinland.de

Literatur:

- Bombosch, Jürgen (2000a): Die Angst der Professionellen, aus der Rolle zu fallen. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. 18. Jahrgang; Heft 4/2000, S. 22–23. Stuttgart
- Bumbacher, Urs (2001): Dienstleistungsmarketing. Diplom-Lehrgang Verbandsmanagement XIV 2000/2001. Verbandsmanagement Institut (VMI); Position 2.3.6. Darin Artikel: Dienstleistungsmarketing: Fünf Herausforderungen für Verbände. Freiburg/Schweiz
- Bock, Thomas, u.a. [HG.] (1995): Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg. Bonn
- Bock, Thomas/Buck, Dorothea/Esterer, Ingeborg (2000): "Es ist normal, verschieden zu sein". Psychose-Seminare – Hilfen zum Dialog. Psychosoziale Arbeitshilfen 10. 2., aktualisierte Auflage. Bonn
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula (1996): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn
- Fricke, Ruth (2001): Qualitätsverbesserung in der Psychiatrie durch Trialog, Nutzerkontrolle und Mitbestimmung. Referat für das Psychiatrie-Symposium in Hamm (NRW) am 3. November 2001. Herford
- Geislinger, Rosa (1998): Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modell der Teilhabe. München
- Habermas, Jürgen (1995): Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt am Main
- Schauer, Reinbert (2000): Rechnungswesen für Nonprofit-Organisationen. Ergebnisorientiertes Organisations- und Steuerungsinstrument für das Management in Verbänden und anderen Nonprofit-Organisationen. Bern/Stuttgart/Wien
- Schwarz, Peter/Purtschert, Norbert/Giroud, Charles (1999): Das Freiburger Management-Modell für Nonprofit-Organisationen (NPO). 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern/Stuttgart/Wien

Auf der „operativ-dispositiven Ebene“ werden die strategischen Prozesse in operative Pläne und Prozesse umgearbeitet

Wandel zeichnet sich ab

Emotionale Intelligenz – ein Beitrag zur ganzheitlichen Sicht von Unternehmensentwicklungen

Von Helmuth Beutel

Die Dominanz der betriebswirtschaftlichen Interessen haben Ende der 80-er Jahre die rationalen, linearen Managementverfahren zunehmend in das Gesundheitswesen und in den sozialen Dienstleistungsbereich eingeführt. Einrichtungen der Altenhilfe werden nach ISO zertifiziert, Produkte werden Dienstleistungen gleichgesetzt. Die Faszination und Begeisterung der für das Qualitätsmanagement freigestellten Mitarbeiter orientiert sich weitgehend an amerikanischen Begriffen und Methodenzyklen des „Total Quality Management“, „Corporate Identity“, „Facility-management“ oder „Lean-Management“. Aus Klienten, aus Wohnungslosen oder psychisch kranken Menschen werden Kunden gemacht. Ziele werden auf Prognosen reduziert. Dazu Malik, „Malik on Management“, (8/01): „Vor allem muss die strategische Navigation unabhängig von Prognosen sein. Das ist eines der wichtigsten Prinzipien der Architektur einer Strategie – einfach deshalb, weil die Zukunft nicht prognostizierbar ist – sie war es nie und wird es nie sein. Jedes Konzept einer Strategischen Planung und Führung, das auf der Möglichkeit aufbaut oder dieser unterstellt, dass man Prognosen machen kann, ist von vornherein untauglich.“

Inzwischen liegen Untersuchungen vor über die geringe Wirksamkeit dieser aufwendigen und kostenintensiven Verfahren. Gottlieb Guntern, Kreativitätsforscher in der Schweiz, spricht von lediglich einem Drittel der erreichten Ziele, die mit dem rationalen Management erreicht wurden. Die Hochschule St. Gallen hält als Untersuchungsergebnis fest, dass 40 Prozent der befragten Unternehmen nicht einmal 60 Prozent ihrer Ziele umsetzen. Diese erfolglosen Managementverfahren scheinen auch an den Führungskräften nicht spurlos vorüberzugehen. Das Institut für Arbeit und Sozialhygiene in Karlsruhe kommt mit einer groß angelegten Studie zu dem Ergebnis, dass 85 Prozent der Führungskräfte über Nervosität, Herzbeschwerden und Schlafstörungen klagen. Hinzu kommt die innere Kündigung von Mitarbeitern. In Deutschland liegt – je nach Branche und Studie – die innere Emigration bei 20 bis 40 Prozent, Tendenz steigend.

Strategieplanungen sind dringend reformbedürftig

Diese hastigen Strategieplanungen, die Prozesse und methodisch erzwungenen Veränderungen, oftmals gepuscht von Unternehmensberatern, von Instituten und von

Wirtschaftsprofessoren, sind dringend reformbedürftig. Zunehmend melden sich Mitarbeiter von der Basis zu Wort und verweigern loyales Handeln. Fritz Bremer beschreibt seine Alltagssituation, „Wie geht's uns denn heute!“ (Neumünster 2001): „All die neuen Anforderungen bewirken schlicht und ergreifend, dass immer mehr Zeit über Formularen, vor PCs, in Sitzungen verschwindet und für die direkte Begegnung, für Beziehung und Aufmerksamkeit für die Menschen, für die diese Sätze gezahlt werden, verloren geht. Werden auf diese Weise nicht die Mittel für die Betroffenen zweckentfremdet? Das Geschäft der vielen Institute und Unternehmen, die Qualitätsmanagementmethoden und Dokumentationssysteme anbieten, Fortbildungen, Software und entsprechende Beratungen, blüht. Die Mittel, die aus den Einrichtungen in diese Firmen fließen, stammen aus den Pflegesätzen der Eingliederungshilfe. Ist das gewollt?“

Viele Einrichtungen scheitern oder sind in ihren Erfolgen deutlich reduziert, weil sie wesentliche Grundvoraussetzungen aller Entwicklungen ignorieren. Die Emotionale Intelligenz der Mitarbeiter auf der normativen, strategischen und operativen Ebene ist entscheidend und darf nicht übergangen

oder abgewertet werden. Hinzu kommt der eingangs beschriebene Mythos der Machbarkeit von funktionierenden Strukturen, Erfolgen und Ergebnissen.

Wandel ist in Sicht

Ein Wandel zeichnet sich ab. Die „Emotional Quality“ findet Beachtung und scheint richtungsweisend zu werden. Die von Carl Rogers empirisch erforschten Grundvariablen für leistungsfähige Teamentwicklungen

- gegenseitige Achtung und Wertschätzung der Mitarbeiter auf horizontaler und vertikaler Organisationsebene,
- ehrliches, gegenseitiges Interesse und respektvolle Achtung und Zuwendung
- Akzeptanz der Äußerungen und eingebrachten Erfahrungen der Mitarbeiter als deren jeweilige Realität,
- aktives Bemühen, die Wirklichkeit des andern mindestens versuchsweise zu verstehen, sowie engagiert und gefühlmäßig beteiligt zu sein,
- sich und anderen die Möglichkeit eröffnen, aufrichtig und kongruent zu sein,
- ohne Fassade in Übereinstimmung von Denken, Handeln, Fühlen und Sprache zu arbeiten,

wurden von John Mayer (Universität New Hampshire) und Peter Salovey (Yale Universität) wieder aufgegriffen und mit der Bezeichnung Emotionale Intelligenz begrifflich gefasst. In Deutschland hat Reinhard Tausch diesen personenzentrierten Ansatz weiterentwickelt und die Wirksamkeit in zahlreichen Forschungsergebnissen bestätigt.

Eigene Gefühle und die anderer wahrnehmen

Was ist Emotionale Intelligenz? Es ist die Fähigkeit des Menschen, die eigenen Gefühle und die anderer wahrzunehmen, zu verstehen und diese bei ihren Handlungen zu berücksichtigen. Gefühle sind ein wichtiger Antrieb für unser Verhalten, und lassen sich nicht weg-rationalisieren. Das Denken, also

Ein Wandel zeichnet sich ab. Die „Emotional Quality“ findet Beachtung und scheint richtungsweisend zu werden

Neuerdings belegen neurophysiologische Forschungen überzeugend, dass menschliches Verhalten stets von vorbewussten und unbewussten Gefühlen gesteuert wird

die Emotionen und Kognitionen, steuern Entscheidungen, gestalten Arbeitsabläufe und prägen das soziale Gefüge einer Einrichtung. Sie sind für das Betriebsklima entscheidend. Unsere Emotionale Intelligenz motiviert uns, Kräfte und Ausdauer zur Erreichung sinnvoller und akzeptierter Ziele zu verwirklichen.

Neuerdings belegen neurophysiologische Forschungen überzeugend, dass menschliches Verhalten stets von vorbewussten und unbewussten Gefühlen gesteuert wird. Gefühle geben für unsere Handlungen den ersten und letzten Impuls. Einsicht und Verstand allein bewegen nichts. Kein Sozialpsychiatrischer Dienst unterstützt oder therapiert, kein Heim pflegt oder betreut, keine Klinik behandelt oder versorgt. Es sind immer die Menschen, die handeln und Entscheidungen treffen für die Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste, für die Bewohner im Heim oder für die Patienten in der Klinik.

Internes Klima bestimmt Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern

Einsatzfreude und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter hängt von einer Vielzahl von Einzelfaktoren ab, wird aber im wesentlichen beeinflusst, gehemmt oder gefördert vom internen Klima der Einrichtung. Was aber bestimmt das Betriebsklima? Auf der rationalen, sichtbaren Ebene sind es die Strukturen, die Systeme, die Strategien. Auf der emotionalen, unsichtbaren Ebene sind es die Gefühle aller Mitarbeiter, die Werte und Einstellungen, ebenso die Erwartungen und Bedürfnisse und vor allem die persönlichen Beziehungen untereinander.

Auf dem Weg zu einer ausgewogenen Unternehmenskultur

Führen wir die rationalen Bereiche mit dem Emotionalen zusammen, dann ergibt sich eine ausgewogene, ganzheitliche Unternehmenskultur, die sich sowohl durch eine ausgeprägte Mitarbeiterorientierung, als auch durch eine starke Leistungsorientierung zur Erreichung der vereinbarten Ziele aus-

zeichnet. Die Anforderungen an die Wirksamkeit des Handelns können in einer personenbezogenen Unternehmenskultur erfüllt werden.

Die personenbezogene Unternehmenskultur ist gekennzeichnet durch:

- Ethische Grundlagen der Einrichtung: Welche Visionen bestimmen die Handlungsabläufe? Worauf beziehen sich Motive und Ziele? Wie werden sie verwirklicht?
- Verpflichtungen: Klientenzentriert; Beachtung der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen; Wertschätzung des leidenden Menschen.
- Mitarbeiterzentriert: Wertschätzung der Mitarbeiter; Freiheit, Mitverantwortung und Anerkennung; Leitungsverantwortliche, die als Befähigende für die Mitarbeiter erkennbar sind.
- Einrichtungszentriert: Wertschätzung der Einrichtung durch die Mitarbeiter; Fraktale; Selbstregulierende Systeme benötigen geringen Aufwand für die eigene Steuerung und fördern Teamarbeit mit hoher Eigenverantwortung; Qualitätsentwicklung durch Zielvereinbarung; innovative Organisation mit verlässlichen Abläufen und akzeptablen Ergebnissen.

Achtsamer Umgang mit Gefühlen lässt sich erlernen

Die zutiefst menschliche Fähigkeit, mit den eigenen Gefühlen und denen der Mitmenschen achtsam und als bedeutend umzugehen, lässt sich durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen erlernen und fördern. In unserem zweimal jährlich stattfindenden Seminar „Seelische Gesundheit - Stressbewältigung - persönliche Weiterentwicklung“ (www.seelische-Gesundheit.de) lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wie sie ihre Gefühle im Umgang mit sich selbst und ihren Mitmenschen entfalten und in ihre Lebenswirklichkeit integrieren können. Sie werden damit ein oft langjähriges Stressverhalten, Gefühle zu unterdrücken oder zu verbergen und gewinnen neue Kraft für eine befriedigendere Lebensgestaltung.

Literatur:

- Armbruster, J., Beutel, H., Systeme im Wandel, Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie, 1/2000, S 26-29
- Beutel, H., Emotionale Intelligenz als die Voraussetzung der Qualitätsentwicklung in sozialen Einrichtungen, Handbuch Sozialmanagement 7, Berlin 2001
- Bremer, F., Hansen, H., Blume, J. (Hg), Wie geht's uns denn heute, Neumünster 2001
- Goleman, D., Emotionale Intelligenz, München 1995
- Goleman, D., EQ 2 Der Erfolgsquotient, München 2000
- Rogers, C., Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart 1973
- Siliceo Aquilar, A., Lideres para el siglo XXI Mc Grow-Hill 1999
- Tausch, R., Hilfen bei Stress und Belastungen, Hamburg 1996
- Watzlawick, P. (Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. München 1981.

Anzeige Transfer

Stress und Trauma prägen das Leben der Kinder in Bethlehem

Kriegszustand führt zu niedergedrückten Stimmungen, körperlichen Beschwerden und Apathie, was politische Veränderungen angeht / Aus der Arbeit einer Entwicklungshelferin

Wie ist es für Sie, wenn Ihre Kinder nicht mehr in die Schule gehen wollen, weil es dort keinen Schutzraum gegen Bombenangriffe gibt? Wie reagieren Sie, wenn Ihr achtjähriger Sohn sagt: „wenn ich groß bin, werde ich Märtyrer.“ Wie geht es Ihnen, wenn Sie nur mit Erlaubnis der israelischen Regierung Ihren Wohnort verlassen dürfen, und das nur mit triftigem Grund? Wie bereits in der letzten Ausgabe der Kerbe kurz berichtet, arbeite ich seit einem Jahr als Entwicklungshelferin des EED im „Guidance and Training Center for the Child and Family“ in Bethlehem. Dieser Beitrag soll einen ausführlichen Einblick in meinen Lebens- und Arbeitskontext geben. In meiner Beschreibung fließen Politik, Kultur, psychosoziale Beobachtungen und persönliche Befindlichkeit zusammen, da sie schwer zu trennen sind.

Im Dienst ist für 9 Uhr ist eine Teambesprechung angesetzt. Außer mir und der Sekretärin ist noch niemand da. „Unsere Sozialarbeiterin kommt sicher heute nicht, denn es gab eine unruhige Nacht in Beit Jala“, sagt sie. Und so warten wir. Um halb zehn trifft die Leiterin ein. Am Checkpoint von Jerusalem nach Bethlehem war heute eine riesige Autoschlange. Blass und übernächtigt kommt die junge Sozialarbeiterin eine Stunde später doch noch. Die Sonderpädagogin bringt ihre beiden Kindern mit. Kindergärten und Schulen sind heute geschlossen. Streik. Gegen halb zwölf erscheint der Psychologe aus Ramallah. Es gab Straßenblockaden, der Bus musste einen Umweg nehmen. „Du musst verstehen, dass unsere tagtägliche Zeitplanung von der Besatzung bestimmt wird.“ Der Warteraum ist bereits voll von Müttern mit ihren Kindern. Wir lassen unsere Besprechung ausfallen. So ist es häufig.

Die Menschen leben seit Jahren in extremem Stress

„Ein schmerzhafter Friede ist besser als die Qualen des Krieges“, stand vor kurzem auf einigen großen Plakaten an den Ausfahrtsstrassen von Tel Aviv und auch in Bethlehem selbst. Israel und der palästinensische „Noch-nicht-Staat“ sind in einem Kriegszustand. Auf beiden Seiten spricht man schönend von der „Situation“, die den Lebensalltag bestimmt. Für beide Seiten eine bereits seit über einem Jahr bestehende Zeit von kontinuierlichem, extremen Stress, begleitet von kaum verdrängbarer Angst und traumatisierenden Ereignissen.

„Was können wir schon tun“, höre ich jeden Tag in Bethlehem. „Man muss damit leben.“ So leben sie mit der Trauer um ihre Angehörigen und Freunde und mit großen persönlichen, sozialen und ökonomischen Einschränkungen. Ihre Entscheidung, Leid zu ertragen und ihr Durchhaltevermögen beeindrucken.

Die Verwurzelung der Menschen in den Religionen, Schicksalsergebenheit und der Glaube an einen palästinensischen Staat, der seine Opfer fordert, helfen - in Verbindung mit einem ausgeprägten Überlebenstrieb - Vieles zumindest an der Oberfläche zu ertragen.

Politisch und religiös wird eine Kultur der Stärke gefördert

In vielen Gebieten sind die Menschen seit 50 Jahren Flüchtlinge, und die erste Intifada haben zu einer gewissen inneren Widerstandskraft und scheinbaren Gewöhnung beigetragen. Klagen und Jammern verbietet die Kultur, man bewahrt Haltung (Heine, 2001).

Politisch und religiös wird eine „Kultur der Stärke“ gefördert. Gefühle werden selten geäußert. Es wird auch wenig über die „Situation“ gesprochen. Häufig höre ich: „Du bist die erste, die danach fragt, wie es uns wirklich geht.“ In der islamischen Kultur, in der Höflichkeit ein hoher Wert ist, antwortet man auf die Frage nach dem eigenen Wohlergehen fast immer mit „mniha, al-hamdullillah“ (gut, Gott sei Dank). So wird ausgehalten, gelitten oder auch abgespalten. Das Sprechen untereinander scheint die Menschen eher noch mehr zu deprimieren, als zu entlasten, haben doch die meisten Ähnliches miterlebt. Aktive Hilfe und Unterstützung wird sich zwar in den großen Familienverbänden gegeben, für Trost hat man oft keine Kraft mehr. Einer Fremden wie mir wird gerne berichtet, zumal diese die Dinge, die trotz der schweren Zeit noch funktionieren, in den Vordergrund stellen und somit etwas Positives hervorheben kann.

Eine chronische Belastungssituation für Kinder und Erwachsene

Nicht alle Menschen in Bethlehem sind traumatisiert, wenn man Trauma als Konfrontation mit einem lebensbedrohlichen Ereignis versteht (Herman, 1994). Nicht alle Menschen zeigen Symptome von akutem Stress (Fischer, Riedesser, 1999). Aber alle haben mit den Folgen dieser langandauernden, chronischen Belastungssituation zu tun. Die Fachliteratur berichtet von körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von akutem und chronischem Stress (Wilson et al., 1988): Depressive Verstimmungen, Angstzustände, psychosomatische Beschwerden, Schlafstörungen, Alpträume, Rückzugsverhalten, Demoralisierung, Zerstörung

Manuela Ziskoven, zur Zeit Guidance and Training Center for the Child and Family, Bethlehem

Natürlich zeigen nicht alle Menschen diese Symptome. Individuelle Verarbeitung und Anpassungsfähigkeit sind sehr unterschiedlich und hängen von einer Vielzahl von Faktoren, wie Vorerfahrungen, Persönlichkeitsfaktoren, Alter, einem haltenden sozialem Umfeld ab

von Überzeugungen und Werten, Verlust von Vertrauen, Konzentrationsstörungen, erhöhte Aggressivität, Übererregbarkeit, Hyperaktivität, um nur einige zu nennen (DSM-IV-TR,2000).

Natürlich zeigen nicht alle Menschen diese Symptome. Individuelle Verarbeitung und Anpassungsfähigkeit sind sehr unterschiedlich und hängen von einer Vielzahl von Faktoren, wie Vorerfahrungen, Persönlichkeitsfaktoren, Alter, einem haltenden sozialem Umfeld ab (Brom,1992). Bekanntlich sind die Hauptrisikogruppen für spätere psychische Störungen, wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB), Kinder, Jugendliche und Mitarbeitende von psychosozialen Diensten (Terr, 1991;

Pynoos, 1988; Raphael,1986). Kennzeichen der PTB sind „Intrusionen“, das heißt eindringliche Erinnerungen an das Ereignis in Form von Bildern, Träumen, dissoziativen „Flashback-Episoden“. Des weiteren die Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, beispielsweise bewusstes Vermeiden von Gedanken, Menschen, Orten, Ge-

sprächen, die an das Trauma erinnern. Zum dritten Übererregungssymptome wie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, Reizbarkeit, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion (Butollo, 1999). Bei der zweiten Intifada sind bis Februar 2002 179 palästinensische Kinder getötet worden. Verletzt wurden rund 6000 (Jahresbericht B'tselem,2001). Diese sind mit Sicherheit traumatisiert. Ob sie später Symptome entwickeln, ist eine offene Frage.

Wer traumatisiert ist, braucht Verständnis und Beachtung

Nicht jeder, der traumatisiert ist, braucht fachliche Hilfe, wohl aber

Verständnis und Beachtung seitens der unmittelbaren Bezugspersonen und des umgebenden sozialen Systems. Aber die Familien sind selbst innerlich unruhig und gespannt. Zum einen gibt es nicht viele psychosoziale Dienste, die sich mit dieser Thematik befassen. Zum anderen geht man selten von sich aus zu einer Beratungsstelle. Es gibt politisch keine Ruhe und noch keine Perspektive. Die Keime von Hoffnung werden immer wieder erstickt durch neue Anschläge. Das Leben ist unberechenbar. Nur kurz kommt man mal zum Durchatmen. Ich merke an mir selbst, dass ich immer dünnhäutiger, angespannter, gereizter werde. Bei jedem lauten Geräusch auf der Strasse zucke ich zusammen und denke: war das ein Schuss, geht es

und ein Psychologe. Auf Honorarbasis arbeitet ein Psychiater zur Konsultation sowie im einmal wöchentlich stattfindenden Mental Health Kurs für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im psychiatrischen und psychosozialen Bereich aus dem Umkreis, mit; ein weiterer Psychologe ist nur im Ausbildungsprogramm tätig. Einmal in der Woche kommt eine Sozialarbeiterin zusätzlich für die Gruppenarbeit. Im Sekretariat und administrativem Management sind, zum Teil auf Stundenbasis, vier Personen beschäftigt. Meist sind Studentinnen der Sozialarbeit und Psychologie von den Universitäten im Umkreis anwesend, die hier ihre Praktika absolvieren.

Erstgespräch und Diagnosen werden zunächst von der Leiterin durchgeführt, Testverfahren durch den Psychologen. Im Team wird dann ein Therapieplan entschieden. Schwerpunkte liegen in der Einzelberatung und -therapie der Kinder, mit Anleitung der Mütter und Bezugspersonen für den Umgang sowie in den verschiedenen Gruppenangeboten wie Spieltherapie, Sonderschul-

und Spracherziehung, aber auch verhaltenstherapeutisch orientierten und stützenden Gruppenangeboten.

Schwerpunkt ist Einzelberatung und Therapie von Kindern

In einer Gruppe werden beispielsweise die Zeichnungen der Kinder zum Ausgangspunkt für Gespräche genommen. Die Gruppenangebote werden sehr nachgefragt, geben sie doch vielen Kindern und Jugendlichen einen „haltenden Raum“(Winnicott,1986) und die Möglichkeit von Gemeinschaft und Kontakt. Wo möglich, werden auch Paar- und Familiengespräche geführt. Viele müssen dabei das



Abbildung: Sozialarbeiterin Rania Mukarker-Ghniem bei einer Spieltherapie

wieder los? Sieht man jemanden auf der Strasse rennen, schaut man ängstlich um sich: wo lauert Gefahr?

Im Guidance and Training Center herrscht Hochbetrieb. Die Leiterin, Dr. Viveca Hazboun, die das Zentrum 1994 infolge ihrer Arbeit in den Bethlehemer Flüchtlingslagern gegründet hat, ist die einzige Psychiaterin in der Westbank, die auch als Kinder- und Jugendpsychiaterin ausgebildet ist. So sind die Hauptklientel des Dienstes Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen. Zum Kernteam gehören eine Sozialarbeiterin mit Ausbildung zur Sonderschulpädagogin, eine Sozialarbeiterin mit dem Schwerpunkt Spieltherapie

Nicht jeder, der traumatisiert ist, braucht fachliche Hilfe, wohl aber Verständnis und Beachtung seitens der unmittelbaren Bezugspersonen und des umgebenden sozialen Systems

kulturelle Hemmnis der Diskretion überwinden. Familiäre Konflikte werden nicht der Öffentlichkeit preisgegeben. Psychische Störungen gelten im hohem Masse noch als Makel oder werden als Einflüsse böser Geister aufgefasst (Gorkin, Othman, 1994).

Die Arbeit in Zentrum ist abhängig von Spenden

Psychologische und psychiatrische Hilfsansätze westlicher Herkunft stoßen in dieser Region massiv an Grenzen kultureller Vorgaben und politischer Fakten. Zum Arbeitspensum gehören neben dem Ausbildungsprogramm, an dem alle Mitarbeiter/innen des GTC beteiligt sind, gemeindebezogene Konsultationen und Fortbildungen sowie Forschung. Die Patienten zahlen zwar nach ihren Möglichkeiten Geldbeiträge für die Leistungen, die sie erhalten, aber der Dienst ist insgesamt abhängig von Spendenmitteln, beispielsweise von Brot für die Welt, der EU sowie Misereor. Die Leiterin des Zentrums hofft, dass in ferner Zukunft die Krankenversicherung für kinder- und jugendpsychiatrische

Leistungen zahlen wird. Im Gesundheitsministerium der „Palestinian Authority“ ist das GTC seit langem registriert und damit als qualifiziert arbeitend eingestuft.

Häufige Diagnosen waren in den letzten Jahren Entwicklungsverzögerungen und -störungen, Lernschwierigkeiten und Lernbehinderungen. Viele Mütter bringen ihre Kinder jetzt mit neu hinzugekommenen Problemen wie Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen (Alpträume; nicht allein einschlafen wollen), plötzlich auftretenden regressiven Symptomen wie Bettnässen (auch bei 12-, 14- und 18-Jährigen), Nahrungsverweigerung, oder nicht

mehr Sprechen wollen oder können. Niemand kommt mit der Anfrage nach Hilfe nach einem Trauma oder wegen Stressbelastung. Aber es ist seit einigen Monaten eine Zunahme von Neukontakten, zu verzeichnen, die nach unserem Verständnis im Zusammenhang mit akutem und chronischem Stress stehen. Es kommen Kinder, die in den Kindergärten und Schulen auffällig wurden. Schulverweigerung, massive Disziplinschwierigkeiten bei Eltern und Lehrern (Werteverfall aufgrund des anomischen Zustands der Umgebung, Konzentrationsmangel, Schlafstörungen, Wutausbrüche, Hyperaktivität, aber auch Depressivität und verschleierte Trauerreaktionen führen zu Problemen im Sozialverhalten



Abbildung: Bethlehem Checkpoint. Aus Sicherheitsgründen darf nur von hinten fotografiert werden

und in den Leistungen. Probleme von Kindern werden häufig nicht rechtzeitig beachtet und zu Unrecht relativiert.

Probleme von Kindern oft relativiert

Selten werden die Symptome von den Müttern oder Lehrern als Reaktionen auf die bedrängende, beängstigende und zum Teil traumatisierende Lebenslage bezogen. Ich bin an die „Verschwörung des Schweigens“ erinnert, wie ich es in Bezug auf Überlebende des Holocaust, aus Israel kenne (Danieli, 1988). Über das Unsägliche wird nicht gesprochen. Aber auch die in Palästina herrschende Ideologie der Stärke und des Nationalstolzes

tragen zur Nichtbeachtung von Beschwerden bei Kindern (und Erwachsenen) bei. Es ist therapeutisch sehr wichtig, die Bezugspersonen von dem wahrscheinlich vorübergehenden Charakter dieser Symptome bei rechtzeitiger entlastender Intervention zu überzeugen und ihnen zu helfen, sie als Folge der Belastungen durch die Intifada zu verstehen, denn als Zeichen einer beginnenden psychischen Störung. Stress- und Traumareaktionen sind zunächst normale Reaktionen eines Menschen auf eine unnormale Situation (van der Kolk, 1996). Das kann nicht oft genug betont werden. Aufklärung ist hier in hohem Masse vonnöten.

Dies wird vom Dienst im Rahmen der „Outreach-Arbeit“, an der ich intensiv beteiligt bin, auch in Kindergärten, Schulen, Krankenhäusern und anderen Diensten in Form von Fortbildung und Beratung durchgeführt. Darüber hinaus gehören zu meinen Aufgaben Team- und Fallsupervisionen in verschiedenen Einrichtungen, Praxisanlei-

tung, Trauerberatung. Es gibt nur ganz wenige ausgebildete Supervisoren. In Fallbesprechungen werden in der Regel die fachlichen Probleme unter Ausblendung der eigenen Betroffenheit besprochen. Das Persönliche bleibt lieber im eigenen Inneren oder in der Familie. Es gibt sogar regelrechte Verbote, Belastendes aus dem Familienclan herauszutragen. Die Jugendlichen in einem Schulinternat, in dem ich die Mitarbeiterinnen berate, wagen es oft nicht, über ihre sichtbaren Probleme zu sprechen, aus Angst vor Bestrafung durch ihre Väter.

Viele Mitarbeiter sind ausgebrannt und arbeiten mit äußerster Kraftanstrengung. Gerade jetzt ist Ent-

Es ist therapeutisch sehr wichtig, die Bezugspersonen von dem wahrscheinlich vorübergehenden Charakter dieser Symptome bei rechtzeitiger entlastender Intervention zu überzeugen und ihnen zu helfen, sie als Folge der Belastungen durch die Intifada zu verstehen

Es gibt regelrechte Verbote, Belastendes aus dem Familienclan herauszutragen. Die Jugendlichen in einem Schulinternat, in dem ich die Mitarbeiterinnen berate, wagen es oft nicht, über ihre sichtbaren Probleme zu sprechen, aus Angst vor Bestrafung durch ihre Väter

Aber wie kann man sich an Morden, nächtliche Bombardierungen, ständige Vorsicht den Mitmenschen gewöhnen? Die politischen Rechtfertigungen von Gewalt und Gegengewalt überzeugen die Bevölkerung nicht mehr. Nur: sie haben keine Stimme

lastung in Form von Besprechungen und Aussprachen besonders wichtig. Aber oft fehlt die Zeit. „Man gewöhnt sich dran“, höre ich stereotyp. Ein Erfahrungswert? „Du bist noch nicht lange genug da“, sagen meine deutschen Freunde, wenn ich das in Frage stelle.

Viele Mitarbeiter sind ausgebrannt

Aber wie kann man sich an Morden, nächtliche Bombardierungen, ständige Vorsicht den Mitmenschen gewöhnen? Die politischen Rechtfertigungen von Gewalt und Gegengewalt überzeugen die Bevölkerung nicht mehr. Nur: sie haben keine Stimme. Mit der Zeit wird man ausgehöhlt, desensibilisiert, stumpf menschlichem Leid gegenüber. Mitgefühl für die Opfer auf der Gegenseite höre ich nur mit leiser Stimme: „Die Israelis leiden auch“, sagte vor einem Monat zum ersten Mal eine Supervisorin in einer Gruppe. Ich freute mich, als mein treuer Taxifahrer kürzlich meinte: „Wir wollen und wir müssen mit den Israelis leben. Der Krieg muss ein Ende haben.“

Die Folgen dieses langandauernden Zustands sind nach meinen Beobachtungen niedergedrückte Stimmungen, zahlreiche körperliche Beschwerden und eine große Apathie, was politische Veränderungen angeht. Die Gewöhnung lähmt Initiative und Lebensfreude. Das Schlimme ist, dass es kaum Ablenkung von dieser Kriegssituation gibt, die ein Gegengewicht zu den Belastungen darstellen könnte. Man kann sich nicht mit schönen, aufbauenden Erlebnissen anfüllen. Die Hauptleidtragenden in Kriegssituationen sind Kinder. Sie müssen unbekümmert spielen können, um ein Gefühl von Kindheit zu haben und eine Pause vom Leben im Krieg. Erwachsene brauchen Ablenkung und Entspannung. Diese sind in Bethlehem außerhalb der Familie nur schwer zu bekommen.

Es gibt nur wenige Antworten

Auf die eingangs gestellten Fragen habe ich nur wenige Antworten. Es gibt eben keine Luftschutzräume in den Schulen, das war beim Bau nicht vorgesehen. Das

Märtyrersein wird so intensiv in den Medien propagiert, dass man es einem kleinen Jungen kaum ausreden kann. Obwohl Selbstmordanschläge nach allgemein islamischer Auffassung nicht zulässig sind, werden sie weiterhin politisch eingesetzt. So weist Arafat seinen Friedenswillen ausdrücklich aus. Eltern, deren Kind sein Leben als Selbstmordattentäter eingesetzt hat, erhalten eine finanzielle Entschädigung. Der 12-jährige Schüler aus Hebron wurde ermutigt, im Rahmen der Beratung immer wieder von dem ihn beängstigenden Erlebnis zu sprechen und es in Zeichnungen darzustellen. Es war wichtig, ihm die Erlaubnis zu geben, Angst haben zu dürfen und nicht nur stark sein zu müssen. Er kam selbst auf die Idee, bei erneuter nächtlicher Angst bei seinem Bruder im Bett zu schlafen. Seit drei Wochen haben seine Alpträume abgenommen. Aber die so notwendige Stabilisierung und Ruhe in seinem Lebensumfeld kann nicht gewährleistet werden. Die Hilflosigkeit der Menschen angesichts des Krieges spiegelt sich auch in Beratung und Therapie wider.

Sehr belastend war für mich der Umgang mit dem Leid eines fünfjährigen Jungen, der, nachdem er seinen rechten Arm durch einen Granatsplitter verloren hatte, vertrauensvoll fragte: „Wächst der wieder nach?“ Nein, er wächst nicht nach und wahrscheinlich können sich seine Eltern auch keine teure Prothese für ihn leisten, es sei denn es gibt Spenden aus dem Ausland. Behandelt wurde er übrigens im Hadassa-Hospital in Jerusalem, in dem eine langjährige, gute Kooperation mit palästinensischen Ärzten und auch

der palästinensischen Bevölkerung besteht. „Die Besatzung bringt uns alle um“, war der Slogan einer Demonstration von Friedensorganisationen beider Seiten in Tel Aviv. Jeder wünscht sich ein Ende, aber die Politik scheint bis jetzt einen anderen Weg einzuschlagen.

**Manuela Ziskoven (DUE/EED),
Guidance and Training Center for
the Child and Family, Bethlehem;
Dir. Dr. Viveca Hazboun**

Literatur

- Herman, J.L.: Die Narben der Gewalt, München 1994
Butollo, W., Hagl, M., Kruesmann, M.: Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung, Stuttgart 1999
Terr, L.C.: Childhood Traumas: An Outline and Overview, Am. J. of Psychiatry, 148(1), 1991
Van der Kolk, B.A. (Hg): Traumatic Stress, New York 1996 (dt. Ausgabe, Paderborn, 2000)
Brom, D., Kleber, R.J.: Coping with Trauma, Amsterdam 1992
Pynoos, R.S. et al.: Traumatische Belastung in Kindheit und Jugendalter, in: Van der Kolk, a.a.O.
Fischer, G., Riedesser, P.: Lehrbuch der Psycho-traumatologie, München 1998
Heine, P.: Kulturknigge für Nichtmuslime, Freiburg 2001
Wilson, J.P., Harel, Z., Kahana, B.: Human Adaptation to extreme Stress, New York, 1988
Danieli, Y.: The "Conspiracy of Silence" between Psychotherapists and Patients, in: Wilson, a.a.O.
Schirra, B.: Die Schüler des Terrors, Die Zeit, Nr. 51, 13.12.2001
DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed., Text Revision, 2000, PA, Washington D.C.
Arafat, Y.: The Palestinian Vision of Peace, New York Times, 2.3.2002
Raphael, B.: Victims and Helpers, in: Raphael, B. (ed): When Disaster Strikes: How Individuals and Communities cope with Catastrophe, New York, 1986
Gorkin, M., Othman, R.: Traditional Psychotherapeutic Healing and Healers in the Palestinian Community, Isr. J. Psychiatry Rel. Sci, Vol 31, No3
Winnicott, D.: Home is where we start from, London 1986
B'tselem, The Israeli Information Center for Human Rights in the Occupied Territories, Annual Report 2001
LAW-The Palestinian Society for the Protection of Human Rights and the Environment, Annual Report, 2001

Anzeige ISTOB

Auf die eingangs gestellten Fragen habe ich nur wenige Antworten. Es gibt eben keine Luftschutzräume in den Schulen, das war beim Bau nicht vorgesehen

Gesamtplanverfahren in der Probephase

Bayern ist das erste Bundesland, in dem der Sozialhilfeträger die gesetzlichen Vorgaben gemäß § 46 BSHG, einen Gesamtplan aufzustellen, erfüllen wird. Nach langen Vorarbeiten und intensiven Gesprächen mit Betroffenen, Angehörigen, den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und dem Datenschutzbeauftragten des Landes wird seit Mai 2002 die Umsetzung des Gesamtplanverfahrens modellhaft für ein Jahr unter externer Begleitung in den Bezirken erprobt. Betroffene und Experten versprechen sich hiervon gezielte und reibungslose Hilfen für Menschen mit psychischen- oder Suchterkrankungen. Mit der Einführung eines einheitlichen Gesamtplanes wird der fachlichen Forderung nach einer personenzentrierten Hilfgewährung in der Eingliederungshilfe Rechnung getragen. Insbesondere sollen die Mitwirkungsrechte der Betroffenen nachhaltig gestärkt werden.

Als Grundlage dienen hierfür standardisierte Planungsinstrumente, die auf Ergebnissen des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes der Aktion Psychisch Kranke e.V. entwickelt wurden. Bei der Erstellung des Gesamtplanes sind alle am Hilfeprozess Beteiligten einzubeziehen: Betroffene und gesetzliche Betreuer, behandelnder Arzt, sonstige am Hilfeprozess beteiligte Fachstellen, Fachdienste und -kräfte sowie Leistungserbringer. Anwendung findet er in vollstationären Wohn-, Übergangs- und Langzeiteinrichtungen einschließlich Außenwohngruppen, entgeltfinanzierten Tagesstätten, Wohngemeinschaften und im Betreuten Wohnen. Das Ergebnis der Begleitung wird zeigen, ob sie auch der Sozialplanung dienen.

Gudrun Mahler

Modellprojekt Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Jedes Kind psychisch kranker Eltern ist selbst stark gefährdet, krank zu werden. Wenn diese Kinder frühzeitig und gezielt Hilfe erhalten, kann die Rate seelischer Auffälligkeiten um die Hälfte gesenkt werden. Das ist das Ergebnis eines vom Diakonischen Werk Baden initiierten Modellprojekts in Mannheim. Ziel war es, die Kinder im Rahmen eines familienorientierten Konzeptes vielfältig zu unterstützen. Im Vordergrund stand dabei die Behandlung des kranken Elternteils sowie die Sicherstellung der emotionalen Zuwendung und die Versorgung der Kinder im Alltag. Aber auch die Aufklärung über die Krankheiten der Eltern sowie die Anregung und Vermittlung altersgerechter Kontakt- und Freizeitangebote für die Kinder kamen nicht zu kurz. Trotz des Erfolges des Projektes (deutliche Stabilisierung der Eltern im Umgang mit den Kindern und Verringerung der psychischen Auffälligkeiten der Kinder um 50 Prozent) ist die Finanzierung un-

geklärt. Das Diakonische Werk will daher das Kinderprojekt mit Spendengeldern weiter unterstützen. Manfred Schöniger, Psychiatriereferent der Diakonie Baden, möchte auch das Land, die Kommunen und die Krankenkassen zur Mitarbeit gewinnen. Nur so könne auf Dauer in Mannheim und auch bundesweit eine Regelversorgung für Kinder psychisch kranker Eltern etabliert werden.

Berufsbegleitende Weiterbildung

Weiterbildung zum Thema „Leitung und Koordination von sozialpsychiatrischen Wohnformen“ der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Für Fachkräfte aus den Bereichen Sozialwesen und Pflege, die über eine zweijährige Tätigkeit im psychiatrischen Wohnbereich verfügen. Die Weiterbildung umfasst insgesamt 612 Stunden in einem Zeitraum von zwei Jahren. Der Beginn der Weiterbildung ist für März 2003 vorgesehen.

Nähere Information: DGSP e.V., Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Telefon 0221/5110 02, Fax: 0221/529903, E-mail: dgsp@netcologne.de

Anzeige FH

Großer Nachholbedarf in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Mehr als 350 Experten aus verschiedenen Ländern waren zum dritten europäischen Kongress „Mental Health in Mental Retardation – Theory and Practice“ nach Berlin gekommen. Wie bereits in den Vorjahren drehte sich die Tagung um das Thema Psychische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung – ein Bereich, bei dem in Deutschland noch ein eklatanter theoretischer und praktischer Nachholbedarf bei angemessenen Angeboten und fachlichen Konzepten besteht. Dies hatte die Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) zum Anlass genommen, sich um die Ausrichtung des dritten europäischen Kongresses zu bewerben.

Im Anschluss war es der DGSGB gelungen, den BEB, die Bundesvereinigung Lebenshilfe, die von Bodelschwinghschen Anstalten und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde als Unterstützer zu gewinnen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übernahm die Schirmherrschaft. In ihrem Grußwort hob sie den hohen behinderten- und gesundheitspolitischen Stellenwert des Themas hervor. Die Kongressteilnehmer aus aller Welt erlebten ein umfangreiches wissenschaftliches Programm in einer produktiven und kollegialen Atmosphäre. Rund ein Viertel kam aus Deutschland. Gelegenheiten zum wechselseitigen Lernen und zum Meinungsaustausch boten neben den Vorträgen renommierter Wissenschaftler Symposien und Vortrags-sitzungen. Die Veranstaltungen deckten ein breites Spektrum von Einzelthemen - von Autismus bis zu selbstverletzendem Verhalten sowie speziellen psychischen Störungen - ab.

Der Vorsitzende der DGSGB, Privatdozent Dr. Michael Seidel, trug eine kritische Analyse der Situation in Deutschland vor. Er brachte zugleich seine Hoffnung zum Ausdruck, der Kongress möge nachhaltige Impulse zur Überwindung der fachlichen und organisatorischen Defizite liefern. Seidel analysierte die historischen Hintergründe der seiner Einschätzung nach fehlerhaften Entwicklung in Deutschland. Im Ergebnis der Enthospitalisierung der in der Psychiatrie fehlplazierten geistig behinderten Menschen sieht Seidel ein weitgehendes Desinteresse und zunehmende Inkompetenz der Psychiater im Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Der Referent beleuchtete auch bestimmte Entwicklungen in der Behindertenhilfe kritisch, in deren Folge sich immer weniger fachliche Kompetenz zum angemessenen Umgang mit psychischen Störungen in den

Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe finde. Erst in letzter Zeit werde der hauptsächlich ideologisch fundierte Affront gegen die Psychiatrie überwunden und angesichts wahrgenommener Bedarfslagen heraus die Kooperation gesucht. Seidel zitierte die Ergebnisse einer Untersuchung von Schanze zu stationären und ambulanten psychiatrischen Angeboten für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen in Deutschland. Diese Untersuchung belegt schwerwiegende Versorgungsdefizite.

Am letzten Tag fand ein Angehörigenforum statt, gemeinsam veranstaltet von DGSGB und Lebenshilfe. Die Problemanzeigen der Angehörigen unterstrichen, dass längst überfällige fachliche Entwicklungen angestoßen werden müssen. Das werde nur gelingen, wenn diese Aufgaben in interdisziplinärer Zusammenarbeit in Angriff genommen würden.

Weitere Informationen im Internet unter der Adresse www.dgsgeb.de.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart; Helmuth Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Gudrun Mahler, Nürnberg; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Andreas Wagner (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart; Wolfram Keppeler (Redakteur), Stuttgart

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 21,50 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-66, Fax -76. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 18 vom 1. Januar 2001

Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für Abonnementwerbung für die Zeitschrift „Handbuch für Vorgesetzte“, Bonn (Postvertriebskennzeichen G 13944) bei.

Logo
Diakonie

Logo BEB

Organisationsdynamik und Persönlichkeit

2.-9. November 2002
Stein

Gruppenanalytisch fundiertes Qualifizierungsprogramm für Leiterinnen und Leiter von Gruppen, Teams, Gremien und Institutionen. Insgesamt vier Kurse, die in zwei bis drei Jahren absolviert werden können. Der nächste Kurs zum Einstieg steht unter dem Thema „Arbeitsaufgabe und Organisationsprozess“.

Information und Anmeldung: Steiner Fortbildungsprogramme, Deutenbacher Straße 1, 90547 Stein, Telefon 0911/6808, Fax -177, E-Mail: bracht@muetterdienst.de

13.-14. September
2002, München

Umgang mit Suchterkrankungen

Kurzfortbildung zum Thema Umgang mit Suchterkrankungen in psychiatrischen Einrichtungen. Referent: Theo Wessel

Information und Anmeldung: DGSP

Die Büchse der Pandora ist voller Tränen

Vermittlung von Grundlagen für den Umgang mit Menschen in traumatischen Krisen.

Information und Anmeldung: GFO Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Telefon 0251/ 2709 396, Fax 0251/ 2709 398, E-mail: diekmann@gfo-diakonie.de

1.-3. Juli 2002
Dortmund

Kompaktseminar Sozialpsychiatrie

9.-13. September
2002, Steinfurt

Berufsbegleitende Weiterbildung für sozialpsychiatrische Arbeitsfelder. Vier Blöcke zwischen September 2002 und der ersten Jahreshälfte 2003 mit insgesamt 240 Unterrichtsstunden. Themenschwerpunkte: Entwicklung eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit, Behinderung und Krankheit, Verbesserung von Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit, Befähigung zur Gestaltung eines therapeutischen Milieus, persönliche Kompetenzentwicklung.

Information und Anmeldung: GFO Fortbildungsdozentur Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Telefon 0251/ 2709 396 Fax 0251/ 2709 398, E-mail: diekmann@gfo-diakonie.de

11. bis 13. Juli 2002

Systemisch orientierte Arbeit

Zweijährige Fortbildungsreihe zum Thema „Systemisch orientierte Arbeit mit Eltern und Angehörigen in der Behinderten- und Jugendhilfe“ von 2002 bis zum Jahr 2004. Termin Seminar 2: 12. bis 14. Dezember 2002

Information und Anmeldung: GFO Süd, Sonnenhof, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall, Telefon 0791/ 500 282, Fax: 0791/ 500 300, E-mail: leib@gfo-diakonie.de

Mit psychisch Kranken leben

Selbsthilfetage für Familien psychisch Kranker

Information und Anmeldung: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn, Telefon 0228/632646, Fax 0228 / 658063, E-Mail: bakp@psychiatrie.de

21. bis 23. Juni 2002
Düsseldorf

Jahrestagung der DGSP

14.-16. November
2002, Bad Cannstatt

„Meine Wohnung – (d)ein Heim ? Wohnwelten, Lebenswelten, Grenzwelten, Grundrechte Wohnen und gemeindepsychiatrischer Verbund“ heißt das Thema der Jahrestagung 2002 der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Moderationstraining

23.-24. August 2002
Bielefeld

Kurzfortbildung zum Thema Training der Moderation in der psychosozialen Arbeit.

Information und Anmeldung: DGSP e.V., Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Telefon 0221/511002, Fax 529903, dgsp@netcologne.de

23.-25. September
2002, Freckendorf

Fortbildung Erziehungshilfe

Arbeiten mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. Fortbildung für Mitarbeiter in der Erziehungshilfe
Information: Institut für soziale Arbeit (ISA), Studtstr. 20, 48149 Münster, Telefon 0251/ 925360, E-Mail: isa@muenster.de

