

# Qualität in der Forensischen Psychiatrie Definition, Entwicklung und Optimierung von Qualitätsindikatoren

*Thomas Ross, Adelheid Bezzel, Jan Bulla, Dorothea Gaudernack &  
Jan Querengässer*

## **Zusammenfassung**

Die Entwicklung, Messung, Optimierung und die Kommunikation von Qualitätsindikatoren sind in der forensischen Psychiatrie ebenso relevant wie in allen anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Zugleich enthält der Qualitätsbegriff verschiedene Konzepte und Erwartungen, die eng mit den Besonderheiten der forensischen Behandlung, die einen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen hat, zusammenhängen. Verschiedene Organisationsbereiche und Arbeitsebenen innerhalb der Forensik haben Interessen, die den Bedeutungsraum von Qualität in der Praxis erheblich erweitern. Unter dem Oberbegriff „Qualität“ kommen verschiedene Intentionen zum Tragen, die dazu führen, dass Daten erhoben und ausgewertet werden, die auf den ersten Blick wenig miteinander zu tun haben. In diesem Beitrag behandeln wir einige Konzepte, Ebenen, Interessen und Intentionen, die mit dem Qualitätsbegriff in der Forensischen Psychiatrie verknüpft sind.

*Schlüsselwörter:* Forensische Psychiatrie, Maßregelvollzug, Qualität, Qualitätssicherung

## **Quality in Forensic Psychiatry**

### **Definition, development and optimization of quality indicators**

#### **Abstract**

The development, measurement, optimisation and communication of quality indicators are as relevant in forensic psychiatry as in all other areas of the healthcare system. Concurrently, the concept of quality incorporates a diverse set of concepts and expectations that are closely intertwined with the distinctive aspects of forensic care, which is legally bound to meet specific requirements. The concept of quality is understood in different ways by different organisational areas and work levels within forensic psychiatry. This has implications for the scope of its meaning in practice. The term “quality” encompasses a multitude of intentions, which result in the collection and analysis of data that initially appear unrelated. This article examines the

concepts, levels, interests, and intentions associated with the concept of quality in forensic psychiatry.

*Keywords:* Forensic psychiatry, forensic-psychiatric treatment, quality, quality assurance

Die Qualität der Behandlung ist in der forensischen Psychiatrie ebenso wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung. Qualität ist jedoch keine triviale Größe, und auf die Frage nach Qualität bzw. Qualitätsindikatoren in der forensischen Psychiatrie erhält man viele, zum Teil widersprüchliche Antworten. Es wird schnell deutlich, dass sich hinter dem Begriff „Qualität“ eine Reihe unterschiedlicher Vorstellungen und Erwartungen verbergen, die eng mit den Besonderheiten der forensischen Behandlung verbunden sind. Die mit dem Begriff „Qualität“ verbundenen Vorstellungen beziehen sich je nach Perspektive auf unterschiedliche Ebenen und Gestaltungsbereiche innerhalb des forensisch-psychiatrischen Behandlungssystems. Beispiele hierfür sind die Rechts- und Fachaufsicht, die andere Erwartungen und Anforderungen an die Qualität im Maßregelvollzug formuliert als Klinikleitungen oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ständigem Patientenkontakt. Dieses Spannungsfeld führt zwangsläufig zu einer Vielzahl von Intentionen, die den Zugriff auf Daten erfordern, die auf den ersten Blick wenig miteinander zu tun haben.

Das übergeordnete Ziel dieses Beitrags besteht in der Entfaltung der Konzepte, Ebenen, Interessen und Intentionen, die mit dem Qualitätsbegriff in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie verknüpft sind. Insofern soll ein Beitrag zum Verständnis und zur Klärung der Thematik geleistet sowie Impulse zur Prozessoptimierung und Qualitätssicherung im forensischen Kontext gegeben werden.

Um die spezifische Verwendung des Qualitätsbegriffs in der forensischen Psychiatrie zu verstehen, werden in diesem Beitrag drei Kernideen diskutiert:

- 1) Die Bedeutung von Qualität im Gesamtkontext der forensischen Psychiatrie,
- 2) Potenzielle Fallstricke bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren und
- 3) Die Nutzung von Qualitätsdaten sowie deren Nutzen für die Beurteilung forensischer Behandlungsqualität.

Der Text ist in mehrere Abschnitte gegliedert, die jeweils verschiedene Schwerpunkte im Rahmen der Qualitätsdiskussion abbilden und die jeweils resultierenden Perspektiven zum Qualitätsbegriff beleuchten.

## Begriffsbestimmung

Der Begriff Qualität leitet sich vom lateinischen „qualitas“ ab und bedeutet Beschaffenheit, Eigenart, Merkmal oder auch Zustand. Er hat zwei zentrale Bedeutungen. Aus neutraler Perspektive bezeichnet er die Summe aller Eigenschaften eines Objektes, Systems oder Prozesses. Bei einer wertenden Betrachtung steht die Güte aller Eigenschaften eines Objekts, Systems oder Prozesses im Mittelpunkt (Herrmann, 1983, S. 402).

Es existieren zahlreiche Qualitätsansätze, deren Grundverständnis sich zum Teil deutlich voneinander unterscheidet. Die ersten Ansätze zur Abbildung bzw. Messung von Qualität lassen sich in der ökonomischen Theorie des 20. Jahrhunderts verorten. Ein bekannter Ansatz ist beispielsweise der des amerikanischen Wirtschaftswissenschaftlers David Garvin, der fünf Schwerpunkte von Qualität voneinander unterschied, wobei er sich auf relativ einfach quantifizierbare Wirtschaftsgüter bezog (Garvin, 1988). Diese sind das transzendente, produktbezogene, kundenbezogene, herstellungsbasierte und wertorientierte Qualitätsverständnis<sup>1</sup>. Die genannten Ansätze weisen unterschiedliche Schwerpunkte auf und können auf verschiedene Weise gemessen und bewertet werden. Von Grönroos (1984, 1988) stammt ein Ansatz, der die verschiedenen Aspekte des Qualitätsbegriffs auf einzelne Abschnitte einer Dienstleistungssequenz bezieht. Dabei wird zwischen technischer, funktionaler und institutioneller Qualität unterschieden<sup>2</sup>.

Ein weiterer bekannter Qualitätsansatz stammt von Philip Bayard Crosby, einem bedeutenden Vertreter des amerikanischen Unternehmensmanagements. Crosby definierte Qualität als einen Grad der „Erfüllung von Anforderungen“. Basierend auf dieser Definition beschrieb er drei weitere Grundsätze der Qualität, die über lange Zeit

---

1 (1) *Transzendentes Qualitätsverständnis*: Gemeint ist die „immanente Güte“ eines Gegenstands/Produktes. Diese liegt im Auge des Betrachters, eine präzise Definition ist nicht möglich, Qualität in einem absoluten Sinn aber erkennbar.

(2) *Produktbezogenes Qualitätsverständnis*: es werden Ausprägungen von bestimmten Attributen eines Produktes identifiziert und quantifiziert. Diese Form der Qualität ist bewertbar. Höhere Qualität geht mit höheren Kosten einher.

(3) *Kundenbezogenes/anwenderbasiertes Qualitätsverständnis*: Die Kundenzufriedenheit ist ein wichtiger, aber nicht erschöpfender Aspekt. Qualität wird als subjektiv veränderbare Größe wahrgenommen, sie entsteht im Zeitgeist und folgt Moden.

(4) *Herstellungsbasiertes Qualitätsverständnis*: Hier wird die Perspektive des Herstellers (Prozess, Angebot, erfüllte Anforderungen, Abweichung von Spezifikationen, Kostenkontrolle) betrachtet.

(5) *Wertorientiertes Qualitätsverständnis*: Die Herstellungskosten werden mit dem Preis in Beziehung gesetzt. Die Sicht der Kunden (akzeptabler Preis) wird mit der Sicht der Hersteller (akzeptable Kosten) in Beziehung gesetzt.

2 (1) *Technische Qualität*: die materiellen Eigenschaften des Produkts.

(2) *Funktionale Qualität*: der Prozess der Leistungserstellung; hierzu gehören z.B. die Kundenbetreuung, Servicequalität, Geschwindigkeit der Leistungserstellung. Maßgeblich beeinflusst wird die Funktionale Qualität von der Fach- und Interaktionskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

(3) *Institutionelle Qualität*: der Produzent der Dienstleistung, das Image des Unternehmens. Beispiel: im Luftverkehr ist die Flugsicherheit ein wesentliches Merkmal für die institutionelle Qualität einer Fluggesellschaft.

eine Art Goldstandard in der Qualitätsdebatte amerikanischer Unternehmen darstellen (Crosby, 1992, 1996; vgl. Hoyer et al., 2001)<sup>3</sup>.

Moderne Qualitätsansätze im Gesundheitssystem setzen freilich andere Schwerpunkte als die frühen Ansätze der ökonomischen Theorie (vgl. Hensen, 2016, 2022). Sie sind inhaltlich auf die im Gesundheitssystem vorzufindenden Verhältnisse adaptiert, und doch sind einige Parallelen zu den ökonomischen Ansätzen zu erkennen. Das deutsche Gesundheitssystem und damit auch die Forensische Psychiatrie kennen im Zusammenhang mit dem Qualitätsbegriff und der Umsetzung von Qualität im Sinne von Qualitätsmanagement eine Vielzahl von DIN/ISO/IEC-Normen, die sich im Wesentlichen auf den Grad beziehen, in dem die Forderungen von „Kunden“ oder anderen „interessierten Parteien“ erfüllt werden. Allgemeiner formuliert: auf den Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt, zu denen selbstverständlich auch die Vermeidung von Fehlern gehört. Die Definition dessen, was im Einzelnen als Fehler bezeichnet wird, ist freilich Gegenstand weiterer Definitionen.

Es gibt verschiedene Qualitätsmanagementmodelle für Krankenhäuser, die ein ganzheitliches Qualitätsverständnis (Total Quality Management [TQM; Hensen, 2016, 2019]) verfolgen. TQM zielt auf den langfristigen Geschäftserfolg, den Nutzen für die Mitglieder der Organisation und den Nutzen für die Gesellschaft ab. Ein Beispiel ist das EFQM-Modell (EFQM, 2021), ein anderes das ISO 9000-Modell.

Der Qualitätsbegriff ist folglich auch in der forensischen Psychiatrie in unmittelbarer Abhängigkeit von den Anforderungen zu sehen, die Akteure aus ganz unterschiedlichen Organisations- und Entscheidungsebenen an sie stellen. Der Begriff „Qualität“ ist dabei als keine einheitliche, d. h. absolut bestimmbare Größe zu betrachten.

Petzold et al. (2018) haben hierzu eine eindrucksvolle Analyse deutscher Gesetzestexte und Richtlinien vorgelegt, aus der hervorgeht, dass zum Qualitätsbegriff eine Vielzahl von Nuancen existieren. Beispiele für eine Vielzahl gesetzlicher Vorschriften sind die ÄQM-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an datengestützte einrichtungübergreifende Qualitätssicherung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2024) sowie die Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege – Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung. Die Richtlinien für die Entwicklung eines einrichtung-internen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 18. Februar 2020 (Bundesanzeiger 2024) sind ebenfalls zu berücksichtigen.

In Konsequenz ist der Anforderungskatalog, der sich für die Forensische Psychiatrie ergibt (vgl. die aktuellen Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser [Ge-

---

3 (1) Die Definition von Qualität ist „Erfüllung von Anforderungen“. (2) Das Qualitätssicherungssystem beschäftigt sich mit der Verhütung/Vermeidung von Fehlern; Sicherstellen der Produktion richtig beim ersten Versuch. (3) Die Maßgröße für Qualität sind die Kosten der Nichterfüllung (die Aufgabe wird nicht im ersten Versuch richtig erfüllt). (4) Der Grenzwert von Leistung ist Null Fehler.

meinsamer Bundesausschuss 2023]), ebenfalls nicht als statische Größe zu verstehen. Er unterliegt vielmehr (zyklischen) Änderungen und erfordert regelmäßige Anpassung und Überprüfung, die in der Praxis in der Regel im Rahmen von (Re)-Zertifizierungen vorgenommen werden.

## Die Qualitätsdiskussion in der forensischen Psychiatrie aus staatlicher Sicht

Die Qualitätsdiskussion hat die Versorgungslandschaft in der Medizin längst erreicht und es ist auch aus staatlicher Sicht unstrittig, dass es kontinuierlichen Austauschbedarf zu Fragen der Qualität gibt. Allein über die Schwierigkeit der Bemessung von Qualität in der Psychiatrie im Vergleich zu somatischen Fächern ist viel gesprochen und geschrieben worden. Inzwischen haben sich die Prozesse und Instrumente der Qualitätsbemessung im SGB-V-finanzierten Bereich nach § 137a SGB V ff. jedoch etabliert. Die „Qualitätsoffensive“ in der medizinischen Versorgung ist vermutlich auf den Wunsch nach einer möglichst hohen Behandlungsqualität bei größtmöglicher Transparenz, vor allem auch für Patientinnen und Patienten, zurückzuführen.

Da forensische Kliniken in vielen Bundesländern an größere allgemeinspsychiatrische Kliniken angeschlossen sind bzw. in weiten Teilen von denselben Trägern/Unternehmen betrieben werden, ist die Qualitätsdiskussion zumindest begrifflich auch in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen präsent. Die forensischen Kliniken sind in dieser Hinsicht durchaus fortschrittlich und verfügen über „Qualitätsmanagement-Befauftragte“, komplexe Systeme der Dokumentenlenkung sowie Zertifizierungen nach verschiedenen auf dem Markt befindlichen Systemen.

Ein Teil dessen, was Qualität in der forensischen Psychiatrie abbilden soll, ist gesetzlich verankert. Einige Landesgesetzgeber haben das Thema Qualität in ihre in den letzten ca. 10 Jahren neu erlassenen Maßregelvollzugsgesetze aufgenommen. So sieht beispielsweise Art. 47 Abs. 3 Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz (BayMRVG) vor, dass der Träger des Maßregelvollzugs (in Bayern sind dies die bayerischen Bezirke bzw. deren Kommunalunternehmen) eine fortlaufende Qualitätskontrolle und Evaluation der Unterbringung durchzuführen hat. Auf Verlangen der Fachaufsichtsbehörde sind die Träger zudem verpflichtet, an landes- und bundesweiten Datenerhebungen teilzunehmen oder der Fachaufsicht einen Qualitätsbericht zu erstatten. Auch § 48 Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW (StrUG NRW) statuiert, dass das für die Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt zuständige Ministerium Leitlinien zur Qualität und Qualitätssicherung erlässt. Des Weiteren werden die Einrichtungen dazu verpflichtet, eine an anerkannten wissenschaftlichen Standards orientierte Qualität der Behandlungs- und Eingliederungsmaßnahmen sowie der Versorgungsabläufe zu gewährleisten. Zudem sind die unteren staatlichen Maßregelvollzugsbehörden dazu

angehalten, regelmäßig qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen. Eine regelmäßige Qualitätskontrolle und datengestützte Evaluation der Unterbringung erfolgt in Bayern durch ein trägerübergreifendes Institut (Institut für Qualitätsmanagement [IfQM]; Bezzel & Schlögl, 2023).

Der Begriff „Qualität“ bzw. noch viel mehr der Begriff „Qualitätsmanagement“ oder „Qualitätsstandards“ führt bei den in den forensischen Kliniken Beschäftigten aber häufig zu Ratlosigkeit. Der Gesetzgeber gibt keine Handlungsanleitung, wie der Qualitätsbegriff in der Praxis mit Leben zu füllen ist, wie die Standards zu definieren und auf Klinikenebene umzusetzen sind, wie die Qualitätsmerkmale forensischer Behandlung im Einzelnen auszusehen haben. Folglich bleibt das Bemühen um Qualität und Qualitätssicherung derzeit regelhaft auf die Ebene von Einzelinitiativen beschränkt und erschöpft sich in komplexen Dokumentenlenkungsprozessen, die in aller Regel wenig auf spezifisch forensische Besonderheiten eingehen, sowie in langwierigen, ressourcen- und zeitintensiven Zertifizierungsprozessen ohne für die Beschäftigten oder Patientinnen und Patienten erkennbaren Mehrwert.

Wie aber kann dieser Mehrwert durch Qualität in der Praxis generiert werden?

Es ist bereits jetzt ersichtlich, dass verschiedene landes- und bundesweite Datenerhebungen mit dem Ziel der Qualitätsmessung stattfinden. Zu erwähnen ist hier primär der Bundeskerndatensatz<sup>4</sup>, an dem demnächst alle Bundesländer teilnehmen werden. Die dort erhobenen Daten leisten im Hinblick auf die Schaffung von Transparenz auf Bundesebene einen wertvollen Beitrag. Dennoch erfordert ihre länderübergreifende Auswertung profunde Kenntnisse der jeweiligen Länderstrukturen, um am Ende des Tages nicht Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Die Daten des Bundeskerndatensatzes geben nur begrenzt Aufschluss über die Qualität der Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten. Dies liegt zum einen daran, dass es sich um kumulierte Daten handelt, zum anderen, dass Querverbindungen nicht hergestellt werden können. Zudem gibt es derzeit keinen einheitlichen Umgang mit den erhobenen Daten auf Bundesebene. Derzeit kann eine übergeordnete Instanz, welche Vorgaben zu den Fragen macht, wie die Daten ausgewertet werden sollen, wie sich abzeichnende Entwicklungen bewertet werden und welche Konsequenzen sich aus den relevanten Veränderungen ergeben, nicht identifiziert werden.

Daher ist zunächst ein einheitliches Verständnis von Qualität in der forensischen Psychiatrie erforderlich. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Vielzahl an Beteiligten und Akteuren im System sowie des Spannungsfelds zwischen Behandlung und Sicherheit, Freiheitsrechten des Einzelnen und den Sicherheitsinteressen der All-

---

4 Der Kerndatensatz im Maßregelvollzug wird seit 2006 in 14 Bundesländern jährlich erhoben (<https://www.ceus-consulting.de/mrv-kerndatensatz.html>). Vor wenigen Jahren kam Bayern hinzu, voraussichtlich ab 2026 wird es eine Vollerhebung aller Bundesländer geben. Der Datensatz enthält Strukturdaten und personenbezogene Daten aller in den Ländern im MRV untergebrachten Personen. Daten aus den Forensischen Institutsambulanzen werden ebenfalls erfasst. Auf dieser Datenbasis werden jährlich Auswertungen auf Länderebene vorgenommen und vergleichende Ergebnisse an die Länder geliefert. Die Daten sind aber nicht frei zugänglich. Die Auswertungsmöglichkeiten für wissenschaftliche Zwecke sind damit begrenzt.

gemeinheit von Bedeutung. Die größte Herausforderung in der Qualitätsdebatte liegt in der Gesellschaft selbst, da bislang kein einheitliches Verständnis von Qualität in der Forensik existiert. Dies betrifft sowohl die forensisch-psychiatrische Fachwelt als auch die Gesellschaft und den Staat.

Ein Ansatz zur Schaffung eines einheitlichen Verständnisses könnte in der Definition aussagekräftiger Qualitätsindikatoren liegen. Aus der staatlichen Perspektive ist jedoch zu berücksichtigen, dass Qualitätsindikatoren wie die Patientenzufriedenheit in der Forensik eine eher untergeordnete Rolle spielen dürften, im Gegensatz zum sonstigen Gesundheitssystem. Als relevant werden Faktoren wie die Unterbringungsdauer, die Fallkosten, die Zahl von Zwangsmaßnahmen, Therapieabbrüche im Bereich der nach § 64 StGB untergebrachten Personen, Übergriffe gegen das Personal und Mitpatienten etc. betrachtet. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Variablen, die staatliche Steuerungs- und Sicherheitsaspekte des MRV abbilden.

Die Gewichtung und das Verhältnis der Variablen zueinander sind jedoch unklar. Dies hängt wiederum von der Perspektive ab, welche Relevanz einzelne Faktoren für die individuelle Bewertung haben. In einigen Fällen scheinen sich Qualitätsindikatoren aus Sicht der verschiedenen Stakeholder sogar zu widersprechen. So kann eine niedrige Zahl an Lockerungsmissbräuchen einerseits bei der Bevölkerung und bei politischen Instanzen positiv aufgenommen werden, andererseits jedoch auch als Hinweis auf eine unzureichende Wahrung von Freiheitsrechten interpretiert werden. Für den nicht unmittelbar involvierten Betrachter mag eine besonders niedrige Zahl an Lockerungsmissbräuchen jedoch Anlass zu Zweifeln geben, ob in der betreffenden Einrichtung tatsächlich möglichst frühzeitig und unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten angemessen gelockert wird. Eine geringe Zahl an Zwangsbehandlungen erscheint auf den ersten Blick positiv. Allerdings relativiert sich diese Einschätzung, wenn sie gleichzeitig mit einer hohen Zahl an Fixierungen und Isolierungen bzw. einer besonders langen Verweildauer und ggf. vielen Übergriffen einhergeht.

Bereits existierende spezifische Leitlinien für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB, darunter die DGPPN-Standards für den Maßregelvollzug (Müller et al., 2017), oder auch die internationalen Empfehlungen zur forensischen Behandlung (EPA; Völlm et al., 2018) enthalten einige Qualitätsindikatoren, greifen aber für staatliche Institutionen zu kurz. Problematisiert wird in diesem Zusammenhang die (noch) fehlende Formalisierung und relative Unverbindlichkeit dieser Leitlinien. Verbindliche Vorgaben bestehen aus staatlicher Sicht für die psychiatrische Grunderkrankung (hierfür gibt es das ICD-Klassifikationssystem), nicht aber für die Kriminaltherapie, die aber den verfassungsrechtlich allein zu rechtfertigenden Zweck des Freiheitsentzugs darstellt. Für diese gibt es trotz der o.g. DGPPN-Leitlinien keine der ICD vergleichbaren Standards, d.h. es gibt keine die Persönlichkeitsproblematik aller forensisch-psychiatrischen Patienten abbildenden Behandlungsleitlinien im Sinne qualitativ hochwertiger S3-Behandlungsleitlinien.

Ein Kriterium, dessen Relevanz für die Qualitätsmessung unbestritten sein dürfte, ist die Ergebnisqualität im Sinne der Legalbewährung. Die Durchbrechung des Zusam-

menhangs zwischen Erkrankung und Straftat, die zu einer Reduzierung von Gefährlichkeit führt, stellt den primären Zweck der Freiheitsentziehung und Behandlung im Maßregelvollzug dar und ist letztlich die einzige Rechtfertigung für das von den Patientinnen und Patienten erbrachte Sonderopfer. Auch wenn der Behandlungserfolg (hier im Sinne der Legalbewährung) nicht direkt mit der Behandlungsqualität gleichgesetzt werden kann und es im Einzelfall sogar denkbar ist, dass auch eine als qualitativ eher schlecht eingeschätzte Behandlung mit einer Senkung der Rückfallquoten einhergeht, ist es umgekehrt kaum zu rechtfertigen, einem System eine qualitativ gute Arbeit zu attestieren, wenn es sein gesetzlich vorgegebenes Ziel nicht erreicht. An dieser Stelle bilden Katamnese-Studien wie die des IFQM (Institut für Qualitätsmanagement des Maßregelvollzugs in Bayern) eine geeignete Grundlage für die Beurteilung des Outcomes forensischer Behandlung. Auch die baden-württembergische Forensische Basisdatendokumentation (FoDoBa) eignet sich zu diesem Zweck, ebenso die Bemühungen des LVR-Instituts für Forschung und Bildung (LVR-IFuB, früher LVR-Institut für Versorgungsforschung, LVR-IVF), das 2022 mit der Entwicklung, Pilotierung und Implementierung eines Sets an Qualitätsindikatoren (QI) speziell für Forensische Psychiatrien in Nordrhein-Westfalen begonnen hat (s. u.). Diese Initiativen sollten aus staatlicher Sicht in jedem Fall ausgeweitet werden.

Jenseits des intrinsischen Interesses der forensisch tätigen Professionellen gebietet aber auch die Tatsache, dass der Maßregelvollzug inzwischen einen höchst relevanten Faktor in den Haushaltstiteln der Gesundheits- bzw. Sozialressorts der einzelnen Bundesländer darstellt, die Beschäftigung mit der Frage nach der Qualität. Der Maßregelvollzug steht ebenso wie viele andere Versorgungsbereiche unter einem ökonomischen Rechtfertigungsdruck. In Zeiten knapper werdender Haushaltsmittel, deren gerechte Verteilung gesamtgesellschaftlich geboten ist, muss sich auch der Maßregelvollzug der Frage stellen, welche Qualität der Mitteleinsatz auf Kosten des Steuerzahlers produziert und ob ggf. ähnliche Ergebnisse auch mit geringerem Mitteleinsatz erreichbar wären. In diesem Kontext muss die Qualitätsdebatte ausgedehnt und es müssen praktikable Lösungen zur Umsetzung von Qualität in der Praxis des Maßregelvollzugs gefunden werden.

## **Betroffene zu Beteiligten machen – Vorteile partizipativer Methoden**

Die Einbeziehung der Betroffenen (in diesem Fall sind dies die Patientinnen und Patienten) in den Prozess der Qualitätssicherung kann als Vorteil partizipativer Methoden betrachtet werden. Dennoch bleibt auf der Ebene der Umsetzung von Qualitätsvorschriften in die Praxis des Maßregelvollzugs oft der Eindruck bestehen, dass Qualitätsmanagement (QM) lediglich zu einer Zunahme der Bürokratie und einer mangelnden Berücksichtigung der Realität führt (vgl. Dollase, 2010; Muhiyaddin et al., 2022). Eine Möglichkeit, sich diesem Spannungsfeld zu nähern, liegt in einer geeigneten Methodenwahl. In diesem Kontext wird häufig das Schlagwort der *Partizipation* verwendet. Dieser Begriff bezeichnet eine Kooperation bzw. Koproduktion von

beteiligten Menschen in hierarchie- und funktionsunabhängiger Weise. Es wird angestrebt, Qualitätsmerkmale stärker an der Praxis zu orientieren, die Qualitätskultur zu fördern und einen Mehrwert für klinisch Tätige zu schaffen (vgl. Erhard & Erhard, 1999). Beteiligte werden nicht nur eingeladen, Probleme zu benennen, sondern auch an deren Lösungen aktiv teilzunehmen. Das Instrumentarium ist reichhaltig, aktivierende Befragungen oder auch der aus der Aktionsforschung stammende Trialog sind Beispiele (vgl. Püschel, 2012). Die Methoden sind nach Bereich sowie Ziel differenziert und adressatenorientiert. Man unterscheidet interne und externe Partizipation (Mitarbeitende, Unternehmenskultur, Patienten etc.) und Prozesse der Zusammenarbeit mit sogenannten Anspruchsgruppen. Der Grad der Partizipation ist ebenfalls variabel und reicht von wenig (Information u. ä.) bis zu vollständiger Partizipation (Mitbestimmung u. ä.). Das dazu entwickelte Stufenmodell dient als Selbstreflexionsgrundlage und hilft bei der Methodenauswahl und Organisation (vgl. Wright, 2021).

Die Anwendung partizipativer Methoden im Qualitätsmanagement (QM) birgt eine Reihe von Vorteilen:

1. **Überwindung von Bürokratie:** Die Einbeziehung von Menschen unabhängig von Hierarchien und Funktionen kann dazu beitragen, den Vorwurf der Bürokratie im QM zu entkräften. Beispiele wie der Trialog aus der Aktionsforschung (Püschel, 2012) zeigen, wie Probleme praxisnah gelöst werden können.
2. **Fokus auf den Menschen:** Das QM in Einrichtungen wie dem Maßregelvollzug, in denen eine Vielzahl von Berufsgruppen und Untergebrachten täglich miteinander interagieren, muss den Menschen in den Mittelpunkt stellen (vgl. Sommerhoff, 2021).
3. **Erhöhung der Akzeptanz:** Die aktive Einbeziehung von Betroffenen auf allen Ebenen, d. h. die Gestaltung von QM-Prozessen anstatt lediglich die Ausführung von Vorgaben, erhöht die Relevanz und Akzeptanz der Maßnahmen. Dies gilt sowohl für Mitarbeitende als auch für Untergebrachte und externe Partner wie Justiz und Politik. Eine auf Akzeptanz abzielende Grundhaltung findet sich in einigen QM-Leitsätzen, beispielsweise in Bezug auf die Kundenorientierung (besser: Orientierung an Anspruchsgruppen), das Engagement von Personen, Führungsqualitäten und das Beziehungsmanagement mit sogenannten interessierten Parteien außerhalb der Institution (vgl. Petzina & Wehkamp, 2022). Einen sehr hohen Grad erreichen selbstevaluative Maßnahmen, die Mitarbeitende zu „Owners of the Process“ machen.
4. **Zuverlässigkeit und Gültigkeit:** Eine hohe Akzeptanz steigert die Qualität der Daten und Instrumente, da alle Beteiligten motivierter sind und sich ernsthaft einbringen.
5. **Förderung des Lernens:** QM ist ein Lernfeld und kann von partizipativen Methoden profitieren, die im Bildungsbereich seit langem als Handlungsprinzip verankert sind: Selbst- und Fremdevaluation ergänzen sich im besten Fall und können in ihrer Wechselwirkung Lern- und Qualitätsprozesse anregen.

6. Steigerung der Effektivität: Effektivität bedeutet, die gewünschten Ergebnisse zu erreichen, bevor nach Ressourceneinsparungen gesucht wird. Dies erfordert klare Zieldefinitionen, die je nach Perspektive unterschiedlich sein können (z. B. Lebenszufriedenheit für Patientinnen und Patienten; Legalbewährung für die Politik, aus anderer Perspektive auch für Patientinnen und Patienten; vgl. Querengässer et al., 2017).
7. Einfache Methodenanwendung: Partizipative Methoden können flexibel und variabel eingesetzt werden (beispielsweise Befragungen und Feedbackschleifen), um den QM-Prozess zu unterstützen bzw. zu erweitern (vgl. Partizipatives Qualitätsmanagement, Gmür, 1999). Ein ausgewogenes Zusammenspiel von top-down und bottom-up Ansätzen führt zu einer sinnvollen Qualitätskultur. Als Beispiel sei hier das sogenannte agile QM mit Betonung von Menschenzentrierung, Interaktion, Interdisziplinarität u. a. genannt (Sommerhoff & Wolter, 2019).

Ein Beispiel aus der Praxis:

In Bayern werden seit 2001 (im Maßregelvollzug in Regensburg) bzw. 2010 (in allen bayerischen Einrichtungen) Ergebnisqualitätsmessungen eingesetzt (Bezzel & Schlögl, 2023). Das Vorgehen ist sowohl top-down (Idee und Umsetzungsorganisation) als auch bottom-up (Gestaltung, Instrumentariumsaufbau, Datenerhebungsorganisation, Implementierung in den Alltag, Einrichten von Feedbackschleifen) gesteuert. Die Grundauffassung besagt, dass Qualitätsindikatoren beschreibende und bewertende Hilfsgrößen, jedoch keine eigenständigen Qualitätsmaßzahlen sind. Um eine valide Beurteilung zu gewährleisten, müssen determinierende Faktoren wie Persönlichkeit, Krankheitsstand, Strukturen, Umgebungsbedingungen, Justiz usw. berücksichtigt werden. Dies hat entscheidenden Einfluss auf die Methodenwahl, eine individualisierte Verlaufserhebung ist die Grundlage. Darüber hinaus soll das Instrument einen Beitrag zur klinischen Qualitätskultur leisten. Dies impliziert, dass die Erfassung in den Einrichtungen verortet und durch ein trägerübergreifendes Institut (IfQM) gelenkt und unterstützt wird.

Der Entstehungs- und Verlaufsprozess lässt sich zyklisch darstellen (siehe PDCA-Zyklus nach Deming, 2018). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Ergebnisqualitätserfassung im bayerischen Maßregelvollzug.



Abbildung 1: Ergebnisqualitätserfassung im bayerischen Maßregelvollzug (IfQM)

## Welche Qualitätsdaten helfen, eine forensisch-psychiatrische Klinik zu leiten?

Aus der Perspektive von Klinikleitungen kann Qualitätsmanagement (QM) in forensisch-psychiatrischen Kliniken durch geeignete Qualitätsdaten unterstützt werden. Das European Foundation for Quality Management (EFQM) Modell basiert auf drei Hauptfragen und sieben zugeordneten Themen:

1. *Zweck der Organisation*: Warum existiert die Organisation? (Ausrichtung: Zweck, Vision, Strategie, Organisationskultur, Führung)
2. *Realisierung der Strategie*: Wie beabsichtigt sie, ihren Zweck zu erreichen und ihre Strategie umzusetzen? (Realisierung: Interessengruppen einbinden, nachhaltigen Nutzen schaffen, Leistungsfähigkeit und Transformation vorantreiben)
3. *Bisherige und zukünftige Ergebnisse*: Was hat sie bisher erreicht? Was will sie zukünftig erreichen? (Ergebnisse: Die Wahrnehmung der Interessengruppen, Strategie- und leistungsbezogene Ergebnisse (EFQM 2021, S. 11).

Dabei geht es um die Erwartungen und Rückmeldungen von Stakeholdern wie Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten sowie externen Partnern. Die zentrale Herausforderung besteht darin, die Anforderungen und Erwartungen der verschiedenen Interessensgruppen, die oft in einem mehr oder weniger großen Spannungsverhältnis zueinander stehen, in alltäglichen und außergewöhnlichen Situationen angemessen zu berücksichtigen. Diese Herausforderung ist grundsätzlich für alle Organisationen relevant, die mit verschiedenen Akteuren interagieren. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die komplexe und spezifische Anforderungsstruktur an ein umfassendes Qualitätsmanagement in der forensischen Psychiatrie.

Tab. 1. Überblick über die komplexe Anforderungsstruktur an ein übergeordnetes Qualitätsmanagement.

Interessengruppen	Stakeholder	Interessen/Werte
Patientinnen und Patienten	Angehörige Nationale Stelle zur Verhütung von Folter Besuchskommissionen Petitions- und Beschwerdestellen Juristische Vertreterinnen und Vertreter	Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität Vermeidung von zukünftigem Freiheitsentzug („Besserung“) Geringstmöglicher Eingriff in Freiheits- und andere Grundrechte Rehabilitation in die Gesellschaft Wahrung der Menschenrechte, Schutz vor Stigmatisierung
Personal	Personalrat Behörden des gewerblichen Arbeitsschutzes und Unfallversicherung	Angemessene Entlohnung Arbeitszufriedenheit Reduktion von Belastungsfaktoren Schutz vor Übergriffen
Bevölkerung	Gewählte Volksvertretung und Landesregierung Ins. Fach- und Rechtsaufsicht Presse Mitglieder der anderen Interessengruppen	Sicherheit („Sicherung“) Effiziente (Steuergelder) und effektive Behandlung Wahrung der Menschenrechte
Justiz	Vollstreckungsbehörden Strafvollstreckungskammer und erkennende Strafgerichte	Unverzüglicher Vollzug angeordneter Maßregeln Sicherheit
Gesamtinstitution	Geschäftsleitung Verwaltung und Dienstleistungen Klinische Geschäftsbereiche Heime	Der Gesamtklinik angemessene Größe und Inanspruchnahme von Ressourcen. Sicherheit, gleichzeitig möglichst diskrete Sicherungsmaßnahmen Übernahme von „gefährlichen“ Personen

Qualitätsmanagementsysteme können in dieser unausweichlich unübersichtlichen Gesamtsituation hilfreich sein. Idealerweise bieten sie einen Rahmen, in dem Handeln an strategischen und operativen Zielen ausgerichtet wird (*Patientenorientierung*, Mit-

arbeiterorientierung etc.), indem sie Anforderungen identifizieren, Qualitätsziele definieren, und den Beteiligten helfen, sich durch kontinuierliches Lernen weiterzuentwickeln (Hensen, 2019).

Für die Arbeit von Klinikleiterinnen und -leitern sind Qualitätsindikatoren sinnvoll, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. *Vereinfachung komplexer Sachverhalte*: Sorgfältig ausgewählte Indikatoren helfen, komplexe Themen zu vereinfachen und ausgewogene Ziele zu formulieren. Sie sind besonders wichtig, um riskante Situationen oder Ungleichgewichte in der Berücksichtigung von Stakeholder-Interessen zu erkennen.
2. *Integration geteilter Interessen*: Gute Indikatoren berücksichtigen die Interessen mehrerer Stakeholder, beispielsweise die Anzahl der Lockerungsmisbräuche, die sowohl für die Sicherheit als auch für die Patientenrechte relevant sind.
3. *Vertretung von Themen in guter Annäherung*: Indikatoren wie beispielsweise die durchschnittliche Unterbringungsdauer sollten im Zusammenhang mit der Legalbewährung betrachtet werden, um ein vollständiges Bild zu erhalten. Die Gewinnung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sollte, sofern dies möglich ist, bevorzugt werden, um den zusätzlichen Zeitaufwand zu minimieren und den klinischen Alltag nicht zu belasten. Zudem sollten sie Erfolge und Entwicklungsbedarf bei Zielen aufzeigen, die auch den Mitarbeitenden wichtig sind. Die Anwendung partizipativer Methoden und eine sorgfältige Auswahl und Anwendung von Qualitätsindikatoren werden dazu beitragen, die Effizienz und Akzeptanz von Qualitätsmanagement in forensisch-psychiatrischen Kliniken zu erhöhen (vgl. oben).

## Die (Neu)Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die forensischen Abteilungen der LVR-Kliniken Nordrhein-Westfalens und Baden-Württembergs

### *Nordrhein-Westfalen*

Im Jahr 2015 wurde das damalige LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) vom LVR-Dezernat 8 mit der Entwicklung eines einheitlichen und regelmäßigen Qualitätsmonitorings für die psychiatrischen Kliniken beauftragt. Im Rahmen dessen erfolgte die Pilotierung und Implementierung eines Sets an Qualitätsindikatoren (QI) für die allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der trägereigenen psychiatrischen Kliniken (vgl. Großimlinghaus et al., 2013; Lehmann et al., 2023). In Anlehnung an die Einteilung von Donabedian (1966) werden seit 2018 vier Indikatoren der Ergebnis-, acht der Prozess- und vier der Strukturqualität erfasst. Zusätzlich wird als 17. Qualitätsindikator die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erfragt (für eine genaue Beschreibung siehe ebenfalls Lehmann et al., 2023). Das trägereigene Forschungs-

stitut (LVR-IFuB) wertet seither die anonymisierten Qualitätsindikatoren-Daten kontinuierlich aus. Über jährliche Berichte und regelmäßige Newsletter werden die Ergebnisse an die zentrale Trägerabteilung und die teilnehmenden Kliniken zurückgemeldet. Zusätzlich erfolgen regelmäßige Sonderauswertungen von Routinedaten zu aktuellen Fragestellungen. Im Jahr 2020 wurden die QI-Erhebungen auf die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des LVR in Form eines leicht abgewandelten und schmaleren Indikatorensets ausgeweitet, das aus 13 QI besteht. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit QI in den allgemein- und kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wurde im Jahr 2022 beschlossen, in einer ähnlichen Form Qualitätsindikatoren für die Forensik zu entwickeln. Das LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) startete im Jahr 2023 die Konzeptionierung der spezifischen forensischen QI.

Im Rahmen der internen Konzeptionierung wurden potenzielle Kandidaten für spezifisch forensische Qualitätsindikatoren identifiziert und ein vorläufiges Set an Indikatoren erstellt. Dies erfolgte einerseits auf Basis der bestehenden Indikatorensets aus den allgemein- und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des LVR und andererseits unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur sowie bestehender Instrumente und Konzepte zur Qualitätssicherung anderer Träger. Die wesentlichen Herausforderungen, die sich bei der Entwicklung forensischer Qualitätsindikatoren ergaben, beziehen sich auf folgende Inhalte:

1. Übertragbarkeit: Nicht alle allgemeinpsychiatrischen QI sind direkt auf die Forensik anwendbar. Ein Beispiel hierfür ist der Indikator „wöchentliche psychosoziale Intervention“, der bei einer mehrwöchigen allgemeinpsychiatrischen Behandlung eine andere Aussagekraft besitzt als bei einer mehrjährigen forensischen Unterbringung.
2. Juristische Einflüsse: Forensische Behandlungen sind im Gegensatz zu allgemeinpsychiatrischen Behandlungen immer von juristischen Entscheidungen abhängig. Dies kann nicht nur am prominentesten Beispiel der Verweildauern illustriert werden (ob und wann die Unterbringung beendet wird, ist eine Entscheidung der zuständigen Strafvollstreckungskammer, nicht der behandelnden Teams), sondern auch an der Frage einer irregulären Beendigung forensischer Suchttherapie. Die Entscheidung, ob eine Unterbringung gemäß § 64 StGB aufgrund von Aussichtslosigkeit gemäß § 67d Abs. 5 StGB beendet wird, ist ebenfalls eine juristische und keine klinische Entscheidung.
3. Gefährlichkeitsreduktion: Das Hauptziel der forensischen Behandlung aus Sicht des Gesetzgebers, die Besserung und Sicherung im Sinne einer substanziellen Reduktion der Gefährlichkeit, muss zwingend als Outcome-Kriterium berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wäre jede Operationalisierung der Ergebnisqualität ohne Berücksichtigung der Deliktgefahr bzw. Erhebung von Rückfällen unvollständig.

Die aktuelle Weiterentwicklung der forensischen Qualitätsindikatoren fokussiert sich im Wesentlichen auf die Themenkomplexe „Forensische Validität“, „Rechtspraxis“ und „Messung/Abbildung der Gefährlichkeitsreduktion“. Es wird die Sicherstellung eines validen Sets von QI-Indikatoren angestrebt. Die Validität des gesamten QI-Sets ist nicht gegeben, wenn die Einzelindikatoren nicht valide sind. Umgekehrt ist die Validität des Gesamtsets nicht automatisch gegeben, nur weil die Einzelindikatoren valide sind (Schang et al., 2021).

Für die Rechtspraxis ist eine Integration der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Gericht in die Qualitätsmessung von Bedeutung. Schließlich bedarf es der Entwicklung zweifelsfreier Indikatoren für die Messung der Gefährlichkeitsreduktion. Dazu gehört auch eine psychometrisch fundierte und standardisierte Veränderungsmessung empirisch belegter Risikofaktoren, die für die Erstellung von (positiven) Legalprognosen als Grundlage für Lockerungen und Entlassungen eine wichtige Rolle spielen (vgl. hierzu Querengässer & Schiffer, 2020). Neben dem harten Kriterium der Legalbewährung gibt es also Qualitätsindikatoren, die bedient werden müssen, um im nächsten Schritt das übergeordnete Qualitätsziel der Legalbewährung messen zu können. Der LVR strebt eine Weiterentwicklung der forensischen QI mit dem Ziel an, im Jahr 2025 ein konsentiertes QI-Set vorzulegen. Dieses soll zunächst in einer Piloteneinrichtung getestet und anschließend in allen forensischen Abteilungen des LVR implementiert werden.

### *Baden-Württemberg*

Die Forensische Basisdatendokumentation Baden-Württemberg ist eine flächendeckende Dokumentationsplattform für personenbezogene Basisdaten aller in Baden-Württemberg untergebrachten forensischen Patienten. Dieses Dokumentationssystem existiert seit 2009, wird zentral verwaltet, ist aber allen baden-württembergischen MRV-Einrichtungen zugänglich. In der Dokumentation werden 150 Variablen abgebildet, die im weitesten Sinne der juristischen und medizinischen Einordnung von Patienten dienen; Strukturdaten, die entweder juristisch bedeutsam sind oder der Belegungssteuerung des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg dienen. Hierzu gehören z.B. institutionelle Merkmale, allgemeine Patientenmerkmale, die Aufnahme-modalitäten, d.h. der Rechtsstatus der Aufnahme und der Unterbringung, psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen, biografische Aspekte der Vorgeschichte, Vorfälle während der Unterbringung einschließlich Entweichungen, Lockerungen, einige (wenige) Aspekte der prognostischen Beurteilung sowie die Entlassmodalitäten (Entlassgrundlagen, sozialer Empfangsraum).

Entwickelt wurde die FoDoBa nicht nur vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung des Maßregelvollzugs, sondern auch im Hinblick auf die wissenschaftliche Verwertbarkeit der Inhalte. Insofern ist die FoDoBa aufwändiger konzipiert, als es zur Abbildung reiner Strukturdaten im Dienst der Belegungssteuerung nötig gewesen wäre.

Es ist allerdings auch in Baden-Württemberg so, dass die Datenbank nur einen Ausschnitt dessen abbildet, was eine umfassende Qualitätserfassung von Unterbringung und Behandlung in der Forensischen Psychiatrie im Sinne der oben dargestellten Inhalte erfordern würde. Es fehlen einige der weiter oben aufgeführten Aspekte bzw. Desiderate von Qualität, zum Beispiel auf der Ebene konkreter Behandlungen. Zur Behandlungsebene gibt nur ein Bruchteil der FoDoBa-Variablen Auskunft. Es sind so wenige, dass es auf Basis dieser Informationen nicht möglich ist, z.B. einen Behandlungsplan zu entwickeln oder eine qualifizierte Risiko- bzw. Legalprognose zu erstellen.

## Ausblick

Die Beispiele aus Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen zeigen, welche erheblichen Anstrengungen unternommen werden, um Qualität im Maßregelvollzug zu etablieren. Zugleich verdeutlichen sie, dass ein übergeordnetes Qualitätssicherungskonzept für die Forensische Psychiatrie, das sich an (idealerweise wenigen) unstrittigen Merkmalen orientiert, die die Kernforderungen aller potenziellen Stakeholder abbilden, nirgendwo realisiert ist. Vermutlich wird es schon auf der für die Organisation des MRV zuständigen Länderebene nicht gelingen, alle Aspekte der Qualitätssicherung, die auf unterschiedlichen Organisationsebenen und von unterschiedlichen Akteuren mit jeweils eigenen Ansprüchen formuliert werden, unter einem gemeinsamen Dach zu einem harmonischen und nachhaltig funktionierenden Gesamtkonzept zu entwickeln. Umso weniger ist zu erwarten, dass sich alle Bundesländer auf ein einheitliches Qualitätsverständnis und verbindliche Indikatoren einigen werden. Der Anspruch, ein gesellschaftlich und politisch einheitliches und länderübergreifendes Qualitätsverständnis zu erreichen, dürfte vor dem Hintergrund der gesellschaftspolitischen Realitäten zu hoch gegriffen sein. Möglich ist aber eine bessere Abstimmung der Perspektiven der qualitätsbestimmenden Akteure, die im Idealfall in ständiger Kommunikation miteinander stehen sollten, um mehr Wissen und Verständnis für die Position des jeweils anderen zu schaffen. Eine bessere Abstimmung der Akteure kann auch zur Entwicklung von (weiteren) Qualitätsbausteinen beitragen, deren Umfang und Reichweite allerdings begrenzt bleiben müssen, um keine Datenfriedhöfe zu schaffen.

Diese Bausteine sollten die medizinisch-therapeutische und pflegerische Behandlungsqualität, die Organisation der Nachsorge, das Belegungsmanagement, den Sicherheitsaspekt (Sicherheit der Bevölkerung, Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Sicherheit der Patientinnen und Patienten), die Entwicklung beruflicher und finanzieller Perspektiven für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die wissenschaftliche Evaluation (möglichst aller) qualitätssichernden Maßnahmen umfassen.

## Literatur

- Bezzel, A. & Schlögl, C. (2023). QM im Maßregelvollzug – mehr als eine Pflichtaufgabe. Von anfänglicher Skepsis zur Implementierung eines praxistauglichen Erfassungsinstrumentariums im bayerischen MRV. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Volume 33*, 181-196.
- Bundesanzeiger (2024). Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege – Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 18. Februar 2020. Bundesministerium für Gesundheit, 13.12. 2023; BAnz AT 31.01.2024 B2. *Verfügbar unter:* <https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/suchergebnis?6> (Zugriff am 05.02.2024).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (Qualitätsmanagementrichtlinie vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 01. Januar 2024. *Verfügbar unter:* <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (Zugriff am 05.02. 2024).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2023). Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (Zugriff am 05.02.2024).
- Crosby, P. B. (1996). *Qualität ist und bleibt frei: die Ratschläge des Qualitätspapstes für das 21. Jahrhundert*. Ueberreuter.
- Crosby, P. B. (1992). *Completeness: Quality for the 21st century*. Penguin.
- Garvin, D. A. (1988). *Managing quality: The strategic and competitive edge*. Chapter 3: Concepts and Definitions S. 39 – 48. Simon and Schuster.
- Deming, W. E. (2018), *Out of the Crisis, reissue*. MIT press.
- Dollase, R. (2010). Kritik der Qualitätssicherung: Bürokratische, sinnlose und sinnvolle Wege zu mehr Qualität. *Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Pädagogik*, 86(3), 296-311.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- EFQM. (2021). Das EFQM-Modell. 2. Überarbeitete Auflage. Kostenlos erhältlich <https://efqm.org/de/the-efqm-model/>
- Erhard, R. U. & Erhard, R. U. (1999). Eine Qualitätskultur im Unternehmen schaffen. *Best Services: Wie Sie Ihre Servicequalität permanent verbessern*, 63-79.
- Gmür, W. (1999). Partizipatives Qualitätsmanagement nach dem „Münchener Modell“. *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (S. 169-182). [https://www.ipp-muenchen.de/ipp/uploads/qm\\_muenchner\\_modell.pdf](https://www.ipp-muenchen.de/ipp/uploads/qm_muenchner_modell.pdf) [Zugriff: 24.01.2024]
- Grönroos, C. (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service. *Review of business*, 9(3), 10.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Janssen, B., Reich-Erkelenz, D., Wobrock, T., & Zielasek, J. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Der Nervenarzt*, 84(3), 350-365.

- Hensen, P. (2022). Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen. In: Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Springer Gabler, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-38299-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-38299-5_1)
- Hensen, P. (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. 2. Auflage. Springer-Gabler, Wiesbaden.
- Hensen, P. (2016). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Herrmann, U. (1983). *Knaurs etymologisches Wörterbuch*, S. 402.
- Hoyer, R. W., Hoyer, B. B., Crosby, P. B., & Deming, W. E. (2001). What is quality. *Quality progress*, 34(7), 53-62.
- Lehmann, I., Zielasek, J., Blumenröder, T., Engemann, S., Vrinssen, J., ... & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2023). Development and implementation of quality indicators in a group of nine psychiatric hospitals. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 182, 8-16. DOI: 10.1016/j.zefq.2023.09.003.
- Müller, J., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., ... & Weissbeck, W. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Der Nervenarzt*, 88.
- Muhyaddin R., Elfadl A., Mohamed E., Shah Z., Alam T., Abd-Alrazaq A. & Househ M. (2022) Electronic Health Records and Physician Burnout: A Scoping Review. *Informatics and Technology in Clinical Care and Public Health*. doi:10.3233/SHTI210962
- Petzina, R. & Wehkamp, K. (2022). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Haring, R. (eds), *Gesundheitswissenschaften*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0\\_65](https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_65) [Zugriff: 22.01.2024]
- Petzold, T., Walther, F., Osterloh, F., Linder, R., Horenkamp-Sonntag, D., Bestmann, B., ... & Eberlein-Gonska, M. (2018). Wie ist Qualität im deutschen Gesundheitssystem definiert? Eine systematische Analyse deutscher Gesetzestexte und Richtlinien. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 23(04), 194-204.
- Preisendörfer, P. (2016). *Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen*. 4., überarbeitete Auflage. Springer, Wiesbaden.
- Püschel, C. (2012). Wie kann Partizipation in einer Nutzerzufriedenheitsbefragung der Psychiatrie realisiert werden? Praxisbericht auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung. *Discussion Papers*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Querengässer, J., Bezzel, A., Hoffmann, K., Mache, W., & Schiffer, B. (2017). Versorgungsforschung im Maßregelvollzug oder das Stochern im Nebel. *Der Nervenarzt*, 88 (11), 1292-1297.
- Querengässer, J., & Schiffer, B. (2020). Die Prognose des Behandlungserfolgs einer Unterbringung gemäß § 64 Strafgesetzbuch – methodische (Selbst-) Kritik und Neuausrichtung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 103(2), 121-128.
- Schang, L., Blotenberg, I., & Boywitt, D. (2021). What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. *Int J Qual Health Care*, 33(3), mzab107. DOI: 10.1093/intqhc/mzab107.

- Sommerhoff, B. (2021). *QM im Wandel: personenzentriertes Innovations- und Qualitätsmanagement*. Carl Hanser Verlag GmbH Co KG.
- Sommerhoff, B., & Wolter, O. (2019), *Agiles Qualitätsmanagement: Schnell und flexibel zum Erfolg*. Carl Hanser Verlag GmbH Co KG.
- Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, *51*, 58-73.
- Wright, M.T. (2021). Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. *Bundesgesundheitsblatt* *64*, 140–145. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03264-y> [Zugriff: 22.01.2024]