



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Deutscher Verein
für öffentliche und
private Fürsorge



Gemeinnütziger e.V.

Arbeitspapiere/Working Papers

Arbeitspapier Nr. 2

Prof. Dr. Rudolph Bauer

Qualitätsdiskussion



**Observatorium für die
Entwicklung der sozialen Dienste
in Europa**

**Observatory for the
Development of Social Services
in Europe**

Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa

Arbeitspapier Nr. 2

Qualitätsdiskussion

Rudolph Bauer

Universität Bremen

Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Lokale Sozialpolitik und Nonprofit-Organisationen - i.l.s.

Frankfurt am Main

Dezember 2001

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung | 2 |
| 2. Zum Stand der Qualitätsdiskussion: instrumentell, objektiv, normativ | 4 |
| 2.1 Das instrumentelle Qualitätsverständnis - oder: Qualität als Managementphilosophie in den Sozialer Diensten | 4 |
| 2.2 Der objektive Qualitätsbegriff - oder: Qualität als Gütekriterium Sozialer Dienstleistungen..... | 7 |
| 2.3 Das normative Qualitätsparadigma - oder: Das Qualitätsziel des Sozialleistungssystems..... | 9 |
| 3. Die Qualitätskultur des Personenbezugs: Deutschland und Großbritannien im Vergleich | 11 |
| 3.1 Rechtliche und politisch-ideologische Rahmenbedingungen | 11 |
| 3.2 Consumerism und die Praxis Sozialer Dienstleistungen | 14 |
| 3.3 Rahmenbedingungen des deutschen Qualitätsdiskurses | 15 |
| 4. Zusammenfassung: Unterschiedliche Reformansätze personenbezogener Sozialer Dienstleistungen..... | 18 |
| 5. Literatur..... | 20 |

1. Einleitung

Inhalt

Das Arbeitspapier enthält eine zusammenfassende Darstellung des deutschen und des europäischen (vorzugsweise des englischsprachigen) Diskussionsstandes zur Frage der Qualität personenbezogener Sozialer Dienstleistungen und Dienste.

Für das Vorgehen bieten sich zwei Möglichkeiten an:

- *entweder* die Untersuchung der Diskussion über die Qualität **Sozialer Dienste**, d.h. über die Qualität des institutionell-organisatorischen Leistungszusammenhangs der Einrichtungen des Sozialwesens,
- *oder* die Analyse des Diskurses über die Qualität **personenbezogener Sozialer Dienstleistungen**, d.h. über die Qualität der im zeitlichen und ortsgebunden Rahmen des unmittelbaren Leistungsgeschehens durch ein qualifiziertes Fachpersonal kompetent *zu erbringende* (bzw. *erbrachte*) Leistung.

Der Bearbeitungsalternative – entweder die „Sozialen Dienste“ oder die „personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen“ zu thematisieren – entsprechen zwei Diskussionsstränge, die Schaarschuch (1999) in einem Überblick über die seit Mitte der 90er Jahre geführten Debatten identifiziert hat und wie folgt beschreibt:

„Zum einen ein Diskussionsstrang, der eine ökonomische **Modernisierung der Sozialadministration** thematisiert und mit den Stichworten 'Neue Steuerungsmodelle' (vgl. KGSt, 1993; 1994; kritisch die Beiträge von Flösser/Otto [Hrsg.], 1996; Widersprüche 1994a, b, 1996) und 'New Public Management' (vgl. Reichard 1996; Wollmann 1996) verbunden ist. Zum anderen der Beginn einer disziplinären Debatte, die ... die Dienstleistungskategorie für eine paradigmatische **Neuorientierung der Sozialarbeit / Sozialpädagogik** fruchtbar zu machen versucht (vgl. Olk 1994; 9. Jugendbericht, 1994; Karsten, 1995). ... Beide Stränge haben - bis auf *einen* systematischen Bezugspunkt ... -kaum eine Gemeinsamkeit außer der, daß sie die Bezeichnung »Dienstleistung« zur Beschreibung ihrer konzeptionellen Absichten verwenden.“ (A.a.O., S. 543; Hervorhebungen in Fettschrift durch mich; R.B.)

„Während der *erste* Diskussionsstrang die Bedeutung *externer*, marktförmiger und betriebswirtschaftlicher Prinzipien für die Effektivitätssteigerung und Qualitätserhöhung der Dienstleistungsproduktion betont, geht die *zweite* Diskussionslinie von der Notwendigkeit einer *fachlich eigenständigen*, aus der Sache selbst - d.h. aus den gewandelten Problemlagen und Bedürfniskonstellationen - sich begründenden Neuorientierung sozialer Arbeit aus.“ (A.a.O., S. 550)

Nach Auffassung von Schaarschuch (1999, S. 550) sind „beide Diskussionsstränge ... nicht systematisch aufeinander bezogen, sondern existieren weitgehend unvermittelt nebeneinander“. Dieser Eindruck ist zutreffend, aber unbefriedigend. Er lässt die Notwendigkeit erkennen, sich bei der Beantwortung der Qualitätsfrage nicht nur auf das eine – die „Sozialen Dienste“ – oder nur das andere – die „personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen“ – zu beschränken.

Das vorliegende Arbeitspapier knüpft im weiteren Verlauf bei den Befunden von Arbeitspapier Nr. 1 („Gegenstandsdefinition“)¹ an. Dort wird von vier begrifflichen Dimensionen ausgegangen:

- der Dienstleistungssteuerung auf der politischen Handlungsebene des Sozialleistungssystems,
- dem Dienstleistungszusammenhang auf der Organisationsebene der Institutionen Sozialer Dienste,
- der Dienstleistungserbringung auf der professionellen Ebene fachlich kompetenter Sozialer Dienstleistungen und
- dem Dienstleistungsgeschehen auf der *Uno-actu*-Ebene des Personenbezugs.

Die damit angesprochene Dimensionierung des Untersuchungsgegenstandes beinhaltet die Forderung nach einem komplexen Qualitätsverständnis. Dieses kann im Folgenden freilich nicht in der gebotenen Weise entwickelt und ausgeführt werden kann, da eine anwendungsorientierte, kritische Basisforschung hierzu weitgehend noch aussteht. Die folgende Darstellung beschränkt sich daher auf zwei Teile. Zunächst werden Überlegungen zum Thema Qualität vorgestellt und diskutiert (= Teil 2). Anschließend werden am Beispiel Großbritanniens und Deutschlands länderspezifische Qualitätsparadigmen thematisiert (= Teil 3), die im Kontext der nationalen Wohlfahrtskulturen² die Bedürfnisse und Interessen der Nutzer/innen³ unterschiedlich gewichten.⁴

2. Zum Stand der Qualitätsdiskussion: instrumentell, objektiv, normativ

Bezüglich der Qualitätsdiskussion im Bereich personenbezogener Sozialer Dienstleistungen unterscheidet man in Großbritannien drei „*dominant approaches to 'quality'*“ (Beresford et al. 1997, S. 64): erstens Managementansätze („*industrial or business approaches*“), zweitens fachlich-professionelle Ansätze („*professional approaches*“) und drittens das Konsumenten-Paradigma.

Den Managementansätzen entspricht in der Bundesrepublik weitgehend das instrumentelle Qualitätsverständnis (= 2.1). Eine gewisse Nähe zu den professionellen Diskursen weisen die objektiven Qualitätsansätze (= 2.2) sowie die normativen Qualitätsbegriffe (= 2.3) auf. Das Konsumenten-Paradigma hat hierzulande kaum eine Bedeutung.

2.1 Das instrumentelle Qualitätsverständnis - oder: Qualität als Managementphilosophie in den Sozialer Diensten

Eine der gebräuchlichsten Definitionen besagt, es handle sich bei Qualität um „die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (DIN ISO 9000/8402, Punkt 2.1; zit. nach Gump / Wallisch 1995, S. 22). Unter „Einheit“ wird im vorstehenden Zitat ein Produkt verstanden. Die erwähnten „Erfordernisse können beispielsweise Gesichtspunkte der Leistung, Brauchbarkeit, Zuverlässigkeit (Verfügbarkeit, Funktionsfähigkeit, Instandhaltbarkeit), Sicherheit, Umwelt (Forderungen der Gesellschaft), der Wirtschaftlichkeit und der Ästhetik mit einbeziehen“. (Kamiske / Brauer 1995, S. 126.) Diese Erfordernisse lassen sich als Qualitätsforderungen mit festgelegten Prüfkriterien beschreiben (vgl. ebd.).

Die zitierte Qualitätsdefinition wurde von der *International Organization for Standardization* (ISO) entwickelt. In den Erläuterungen der ISO-Definition heißt es einschränkend, sie sei weder dazu geschaffen, „einen Grad der Vortrefflichkeit in einem vergleichenden Sinne auszudrücken“, noch eigne sie sich dazu, „in einem quantitativen Sinne für technische Bewertungen verwendet“ zu werden (vgl. ebd.). Deshalb - und auch wegen „der schwer zu handhabenden Formulierung“ - sei sie „für die praktische Anwendung nicht immer uneingeschränkt geeignet“ (Kamiske / Brauer 1995, S. 127).

Die ISO-Definition spiegelt eine strategische Position wider. Sie beinhaltet eine Art „Geisteshaltung“ oder „Qualitätsphilosophie“, auf derer Grundlage das Management in Produktionsbetrieben Qualität unter Nutzung der gebotenen technischen Möglichkeiten „herstellt“ (vgl. Kamiske 1990). Diese qualitätsorientierte „Managementphilosophie“ kommt auch in anderen Formulierungen der Grundsätze des Quality Management zum Ausdruck, so beispielsweise in dem japanischen Axiom: „Qualität ist, die Bedürfnisse eines Kunden zu erfüllen“, oder in dem aus den USA eingeführten Prinzip: „Qualität ist Eignung für den Gebrauch bzw. Verwendungszweck (fitness for use)“ (zit. nach Gump / Wallisch 1995, S. 41).

Die für die Zwecke des Managements konzipierten Definitionen von Qualität sind beschreibend (»*deskriptive Qualitätsdefinition*«). Der entsprechende Qualitätsbegriff erweist sich als

instrumentell (*»instrumenteller Qualitätsbegriff«*). Er bezweckt vorrangig institutionelle Normierungs- und Standardisierungsbestrebungen und eignet sich als strategische Orientierung für das Management. Dies trifft sowohl für die Verhältnisse in industriellen Betrieben zu (vgl. Kamiske / Brauer 1995, S. 126) als auch - mit gewissen Einschränkungen, auf die später einzugehen ist - für die institutionell-organisatorischen Bedingungen in den Betrieben und Einrichtungen der Sozialen Dienste.

Qualität wird in der Fachliteratur der Sozialen Arbeit als „ein komplexes Maß“ definiert, „das sich aus verschiedenen vorher definierten Eigenschaften der Gesamtleistung einer Organisation ergibt“ (Reiss 1995, S. 62 f.). Verwiesen wird hierbei auf die Notwendigkeit „effiziente(r) Betriebsstrukturen“, worunter transparente Kosten- und Leistungsstrukturen, entsprechende Organisationsformen und -strategien sowie Personalentwicklung, Corporate Identity und Marktanalyse verstanden werden (vgl. Allemeyer 1995b, S. 3). Auffallend (und wichtig!) ist bei dieser Argumentation, dass im Mittelpunkt der Qualitätsüberlegungen nicht die personenbezogene Soziale Dienstleistung steht, sondern der betrieblich-organisatorische Erbringungsrahmen der Sozialen Dienste.

In Beantwortung der Frage, welcher Instanz die entscheidende Qualitätsverantwortung zukommt, nennt der instrumentelle Qualitätsansatz die „Anbieter“ Sozialer Dienstleistungen. Insbesondere wird die herausragende Rolle der „Führung“ oder „Leitung“ unterstrichen (vgl. Allemeyer 1995a; Reiss 1995). Deren Aufgabe sei es vorrangig, den Einsatz der Potentiale der Mitarbeiter/innen zu steuern (vgl. Reiss 1995, S. 70). Eine effiziente Betriebsstruktur wird deshalb als besonders notwendig erachtet (vgl. Allemeyer 1995a). Es gelte „eine *Infrastruktur zu schaffen*, die das Hervorbringen und die erfolgreiche Umsetzung neuer Ideen nachhaltig beeinflusst“ (Reiss 1995, 70; Hervorhebung im Original).

Die Anwendung des instrumentellen Qualitätsmanagements auf die Sozialen Dienste resultiert in der lapidaren Erkenntnis, dass "das Arbeiten nach der ISO 9000 ff. nichts anderes (ist) als die sachgerechte Führung einer Einrichtung" (Schultz 1996, S. 21). Andere Argumente, denen das instrumentelle Qualitätsverständnis zu Grunde liegt, lauten: "Gerade der 'fremde' Blick auf die eigene Einrichtung vermag so manchen blinden Fleck hinsichtlich der Ziele (Konzeption) wie auch der Organisationsstrukturen und Abläufe zu enthüllen. Weiterhin ist der Zwang zur Dokumentation (Nachweisbarkeit, Transparenz) hoch wirksam gegen frustrierenden Arbeitsalltag, vor allem in Arbeitsfeldern, in denen Erfolge nur mittelbar ersichtlich sind." (A.a.O., 20)

Die deskriptiven Qualitätskriterien betreffen die organisatorische Struktur Sozialen Dienste, nicht jedoch die personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen.⁵ Da in vielen Sozialen Diensten den Fragen der Organisation bisher wenig Beachtung geschenkt wurde, erweisen sich die darauf bezogenen instrumentellen Evaluationsverfahren durchaus als ein Fortschritt: Bessere organisatorische Rahmenbedingungen, mehr Transparenz der Handlungsabläufe sowie kritische Gedanken darüber, wie die vorhandenen Ressourcen effektiver einzusetzen sind, können sich vorteilhaft auf die organisatorisch-institutionellen Voraussetzungen zur Erbringung Sozialer Dienstleistungen auswirken.

Andererseits zeigt sich aber auch die Gefahr, dass die Zertifizierungsverfahren zum Selbstzweck werden bzw. dass man die Prüfmethode in unangemessener Weise auch auf die personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen überträgt. Der "Zwang zu schriftlicher Dokumentation" ist im Rahmen des Dienstleistungsgeschehens keinesfalls ein "hoch wirksam(es)" Mittel "gegen (den) frustrierenden Arbeitsalltag" (vgl. ebd.). Im Gegenteil: Der Arbeitsalltag kann dadurch noch weitaus frustrierender erlebt werden, wenn in der für Arbeitsleistungen zur Verfügung stehenden Zeit die doppelte Menge an Berichtsformularen bearbeitet werden muss, ohne dass dadurch die sonstigen Arbeitsanforderungen geringer werden, und wenn obendrein auch nicht nachvollziehbar ist, 'was dieser Datenmüll soll'.

In machen Verlautbarungen zeigt sich, dass die „Managementphilosophie“ des instrumentellen Qualitätsverständnisses unreflektiert auf die personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen durchschlägt. Beispielsweise haben die acht Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die neun Vereinigungen der Einrichtungsträger „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ unterzeichnet. In diesem Dokument heißt es zur Frage der Qualitätssicherungsmethoden: „Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden der Qualitätssicherung sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihre Kontrolle durch die beruflichen Akteure vor Ort selbst vor.“ (Stand: 07.03.1996) Eine gleichlautende Formulierung enthalten bereits die am 10. Juli 1995 unterzeichneten „Gemeinsame(n) Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege“.

Die Liste von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsbeurteilung reicht vom standardisierten Routine-Berichtswesen und der Leistungsdokumentation (vgl. Reiss 1995, S. 73), über ISO- oder DIN-Kennzahlen, Kennzahlensysteme und Kostenrechnungen (vgl. ebd.), hin zu „qualitätssichernden Teams“ (a.a.O., S. 85) und zum Kostenmanagement (vgl. a.a.O., 74 ff.). Die vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge am 07. 12. 1995 beschlossenen „Empfehlungen ... zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege“ enthalten einen Katalog von Verfahren der Qualitätsbeurteilung und nennen darunter: „... die Qualitätszirkel ... die Qualitätsprüfung im Einzelfall und das Nursing audit ... Assessmentrunden, Ringversuche, Kolloquien ... Messinstrumente wie Checklisten und Nutzerbefragungen ...“ (zit. nach: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1/1996, S. 2).

Bei den der Verfahren, die die Maßstäbe der instrumentellen Qualitätsbeurteilung auf die Dienstleistungserbringung übertragen, handelt es sich um Methoden, die im industriellen Produktionsbereich entwickelt wurden und dort dazu dienen, Werkstoffprüfungen vorzunehmen oder die Eignung eines Produkts anhand vorgegebener Merkmale zu testen. Die industriellen Prüfmethode kommen aufgrund zentraler Entscheidungen zur Anwendung und setzen eine „Geisteshaltung“ des Managements voraus, welche sich am Ziel der Beibehal-

tung einer vorgegebenen Werkstoff- und Produktqualität orientiert. Übertragen auf Einrichtungen für Soziale Dienstleistungen erweisen sie sich jedoch als äußerst problematisch.

Wenn die Methoden der Zertifizierung von Sozialen Diensten auf die personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen selbst ausgeweitet werden, lassen sie "den Eindruck einer längst überwunden geglaubten tayloristischen Herangehensweise entstehen" (Simon 1996, S. 51). Es besteht dann die Gefahr, einem "Planungs-, Steuerungs- und Kontrollfetischismus" zu erliegen (vgl. ebd.). Die Frage, ob sich der instrumentelle Qualitätsbegriff für die Beurteilung personenbezogener Sozialer Dienstleistungen eignet, muss also verneint werden. Worum es sich bei der Qualität personenbezogener Sozialer Dienstleistungen eigentlich handelt und was zu tun sei, um diese nicht nur zu erhalten, sondern gegebenenfalls zu verbessern, erschließt sich nicht auf der Basis des instrumentellen Qualitätsverständnisses.

2.2 Der objektive Qualitätsbegriff - oder: Qualität als Gütekriterium Sozialer Dienstleistungen

Der Qualitätsbegriff umfasst mehr als die Einhaltung bestimmter Kriterien und Standards, wie dies beim instrumentellen Qualitätsverständnis der Fall ist. Qualität betrifft nicht nur den institutionellen Handlungsrahmen oder Handlungszusammenhang, sondern auch den Handlungsinhalt. Ihrem objektiven Wesen nach ist Qualität dann ein Unterscheidungsmerkmal (*»objektiver Qualitätsbegriff«*). Als Differenzierungskriterium beschreibt Qualität zum einen die allgemeine *Gütebeschaffenheit* einer Sache, eines Produkts, einer Handlung oder auch einer Person⁶ (*»absolute Qualitätsdefinition«*). Zum anderen bezieht Qualität als Unterscheidungsmerkmal sich auch auf den jeweiligen *Grad der Güte*⁷ (*»relative Qualitätsdefinition«*).

Bezogen auf Soziale Dienstleistungen zeigt sich das Phänomen, dass ihre objektive Qualität kaum ein Thema ist. Soziale Dienstleistungen gelten innerhalb des deutschen Fachdiskurses gemeinhin als Qualität „per se“. D.h. ihre allgemeine Gütebeschaffenheit wird prinzipiell nicht problematisiert. Der Gedanke, dass personenbezogene Soziale Dienstleistungen erbracht werden, welche absolut keine nennenswerte Qualität im objektiven Sinne aufweisen, wird in der Fachliteratur kaum in Erwägung gezogen. Der Verdacht, dass Soziale Dienstleistungen unter Umständen keinen Wert haben oder sich vielleicht sogar als schädlich erweisen, erscheint abwegig zu sein.

Es gibt einen einfachen Grund für den 'guten Ruf' personenbezogener Sozialer Dienstleistungen. Sie werden als Hilfeleistungen betrachtet, die in der sozialgeschichtlichen und kulturellen Tradition tugendhafter Werke stehen. Ihre absolute Qualität steht deshalb außer Frage.

Anders als bei der Frage der absoluten Gütebeschaffenheit verhält es sich hinsichtlich der Bestimmung des Gütegrades, d.h. der relativen Qualität personenbezogener Sozialer Dienstleistungen. Allerdings werden auch diesbezüglich - ähnlich wie beim instrumentellen Qualitätsverständnis - keine Aussagen getroffen, die sich substantiell auf die Soziale Dienstleistung selbst beziehen. Deren Gütegrad wird nicht aufgrund von Wirkungen, Ergebnissen oder

Ereignissen ermittelt, welche durch ihre personenbezogen-interaktive Erbringung erzielt werden. Statt dessen werden zunehmend ökonomische Indikatoren zum Maßstab relativer Qualität: die Bewährung im Wettbewerb mit anderen Anbietern bzw. in der Konkurrenz zu ihnen.

Die Argumentation lautet: "Auch bei Sozialen Diensten ist die marktliche Wettbewerbssituation zunehmend vom Umgang mit dem Erfolgsfaktor 'Qualität' gekennzeichnet." (Reiss 1995, 59) Mit anderen Worten: Qualität ist, was sich auf dem Markt durchsetzt; bessere Qualität ist das, was sich besser auf dem Markt behauptet; schlechtere Qualität ist, was sich schlechter verkauft! Die relative Qualität Sozialer Dienstleistungen ergibt sich somit aus der Tatsache ihrer kostengünstigen und wirtschaftlichen Erbringung (vgl. Knappe / Burger 1994). Das Qualitäts-Controlling beinhaltet deshalb vor allem solche Strategien, welche "auf (die) Stellung der Einrichtung im jeweiligen Marktsegment zielen" (a.a.O., 61).

Die ökonomische Effizienz - nicht die personenbezogene Wirkungsweise der interaktiven Dienstleistung - wird zum Gradmesser der Güte personenbezogener Sozialer Dienstleistungen. Damit erweist sich der objektive Qualitätsbegriff in seiner relativierenden Version als Trojanisches Pferd: Er liefert zum einen zwar einen Anhaltspunkt für den relativen Qualitätsgrad Sozialer Dienstleistungen. Unterstellt wird dabei aber ein transparenter Markt, auf dem die Kund/inn/en hinreichend informiert sind und über souveräne Entscheidungsmöglichkeiten verfügen - eine Annahme, die im deutschen tripartistischen System die Stellung der institutionellen Kostenträger stärkt, die der persönlichen Nutzer/innen aber schwächt⁸.

Die objektiv-relativierende Qualitätsdefinition ist ein Einfallstor für den Einzug und die Ausbreitung ökonomischer Kategorien, die der Besonderheit personenbezogener Sozialer Dienstleistungen nicht gerecht werden. Die Akzeptanz dieser Kategorien ist eine der Voraussetzungen dafür, dass sich im Bereich personenbezogener Sozialer Dienstleistungen ein wirtschaftsbezogenes Denken etabliert, welches den Prozess der fortschreitenden Ökonomisierung des Sozialwesens widerspiegelt.

Wenn der relative Gütegrad Sozialer Dienstleistungen ausschließlich anhand ökonomisch messbarer Resultate ermittelt wird, ergibt sich daraus die Konsequenz, dass auch die Frage nach dem Qualitätsoptimum lediglich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten des Verhältnisses von Input und Output gestellt und beantwortet wird. D.h., die Erbringung einer personenbezogenen Sozialen Dienstleistung gilt dem objektiv-relativierenden Qualitätskalkül zufolge stets dann als optimal, wenn sie im Fall A ein wirtschaftlich besseres Resultat zeitigt als im vergleichbaren Fall B.

Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, ob das wirtschaftlich bessere Resultat auch gleichbedeutend damit ist, dass die personenbezogene Soziale Dienstleistung im Fall A geeigneter ist als im Fall B. Das objektiv-relativierende Qualitätsverständnis ist nicht in der Lage, die Frage zu beantworten, ob es im einen Fall besser gelungen ist als im anderen, "die physische und psychische Lebens- und Erlebnisfähigkeit sowie die Sozialfähigkeit von einzelnen und/oder Gruppen wieder herzustellen oder zu verbessern" (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1981, S. 23).

2.3 Das normative Qualitätsparadigma - oder: Das Qualitätsziel des Sozialleistungssystems

In der deutschen Qualitätsdiskussion spielt neben dem instrumentellen Qualitätsverständnis und der objektiven Qualitätsdefinition das normative Qualitätsparadigma eine wichtige Rolle. Es bezweckt weder die institutionelle Standardisierung Sozialer Dienste noch die Differenzierung personenbezogener Sozialer Dienstleistungen nach Effizienzgesichtspunkten, sondern leitet sich ab aus den qualitativen Bestimmungen der normativen Zielsetzung des Sozialleistungssystems (*»normativer Qualitätsbegriff«*).

Es existieren allerdings sehr unterschiedliche, zum Teil kontroverse Definitionen des normativen Qualitätsbegriffs. Eine Vorstellung von der Pluralität qualitativ-normativer Zielsetzungen vermittelt die folgende (unvollständige⁹) Liste: Nächstenliebe, Caritas, Diakonie, Fürsorge, Wohlfahrt, Gemeinwohl, Philanthropie, sozialer Friede, Solidarität, Humanität, Menschenwürde, Partizipation, „Lebensqualität“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1996, S. 5), „Sozialverträglichkeit“ (Staub-Bernasconi 1995, S. 341), „Gerechtigkeit“ (Badelt 1995, S. 97) oder „(soziale) Bürgerrechte“ (vgl. Schaarschuch 1996, S. 92).

In der englischsprachigen Debatte werden Begriffe genannt wie z.B. "Social Citizenship" (vgl. Forbes 1989; King 1987), „Citizen Involvement“ (Beresford / Croft 1993), "Social Role Valorization" (vgl. Wolfensberger 1983 und 1992), "Human Rights" (vgl. United Nations 1994) und "Community" (vgl. Etzioni 1995).

Die Entscheidung, welchem der normativen Qualitätsparadigmen im Bereich des Sozialen eine handlungsleitende Funktion zukommt, ist das Ergebnis politischer Auseinandersetzungen. Bei einer groben Klassifizierung lassen die Paradigmen sich in zwei Gruppen unterteilen: in solche mit einem paternalistischen Grundmuster und solche mit emanzipatorischem Anspruch. In beiden Fällen gelangen Interessen zur Geltung, die aus unterschiedlichen bzw. widersprüchlichen (politischen, ökonomischen und kulturellen) Standorten innerhalb einer Gesellschaft resultieren.

Das gemeinsame Element einer Vielzahl von normativen Qualitätsbestimmungen des Sozialleistungssystems beruht darin, dass sie einem Grundmuster folgen, welches "top-down"-Züge aufweist (*»paternalistische Qualitätsdefinitionen«*). Qualitätsbestimmungen paternalistischer Art bringen häufig das staatlich-obrigkeitliche Herrschaftsinteresse zum Ausdruck. Mit diesen normativen Qualitätsbestimmungen sind zumeist auch allgemeine wirtschaftliche Interessen verknüpft. Besondere ökonomische Interessen kommen in Zielsetzungen wie Rehabilitation, Resozialisierung, sozialer Friede und Integration zum Ausdruck. Gesellschaftlich-kulturelle Interessen, wie sie z.B. durch die christlichen Kirchen und Religionsgemeinschaften verkörpert werden, orientieren auf normative Qualitätsbestimmungen wie "katholische Caritas" (Satzung; zit. nach Bauer 1978, S. 203) oder Diakonie als "Gestalt" des kirchlichen Auftrags, "Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen" (Satzung; zit. a.a.O., S. 306).

Das paternalistische Muster basiert in Deutschland auf der Grundannahme hierarchischer Strukturen, deren Ebenen sich subsidiär ergänzen. Das Diakonische Werk "*nimmt sich* besonders der Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial ungerechten Verhältnissen *an*" (Satzung; zit. a.a.O., S. 306; Hervorhebung durch d. Verf.). "Der Deutsche Caritasverband *widmet sich* allen Aufgaben sozialer und caritativer Hilfe." (§ 6 (1) der Satzung; zit. nach Bauer 1978, S. 204; Hervorhebung durch d. Verf.) "Der Sozialstaat" *sichert* soziale Gerechtigkeit etc.; er *interveniert*; er *regelt*; er *garantiert* usw. Sozialpädagogische Maßnahmen werden ('von oben') *ergriffen*, erzieherische *veranlaßt*. Hilfen und Soziale Dienstleistungen werden ('nach unten') *gewährt* und entsprechend von dort ('von unten') *empfangen*. Ausdrücklich spricht das Bundessozialhilfegesetz in § 5ff. von der Sozialhilfe-"Gewährung" und in § 1 (2) vom "Empfänger der Hilfe", dem eine der Würde des Menschen gemäße "Führung eines Lebens zu *ermöglichen*" sei (siehe Brühl 1995).

Im Unterschied zu den paternalistischen Definitionen verweisen andere ("alternative") Definitionen des normativen Qualitätsbegriffs auf emanzipatorische "bottom up"-Grundmuster (»*emanzipatorische Qualitätsdefinitionen*«). Dabei handelt es sich um Beispiele eines Qualitätsverständnisses, welches auf Partizipation, Lebensqualität, Selbstbestimmung/Autonomie, Bürgerrechte, "Social Citizenship" oder "Social Role Valorization" abzielt und die Menschen bzw. das "Subjekt zum Ausgangspunkt macht" (Schaarschuch 1996, S. 94).

Diese normativen Qualitätsparadigmen intendieren nicht den gewährenden "Defizit"-Ausgleich 'von oben', sondern betonen die Notwendigkeit der partizipativen bzw. das Recht der autonomen Entfaltung von subjektiven und kollektiven menschlichen Potentialen. Bei der qualitativen Forderung nach gerechten Verhältnissen geht es auch "um die Frage, inwieweit Soziale Dienstleistungen gerecht verteilt werden. ... Im Allgemeinen wird ein System nur dann als gerecht bezeichnet, wenn Menschen bestimmte Grundbedürfnisse (z.B. die Pflege oder Betreuung im Krankheitsfall) unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erfüllt erhalten" (Badelt 1995, S. 97).

3. Die Qualitätskultur des Personenbezugs: Deutschland und Großbritannien im Vergleich

Aus der vorangehenden Übersicht zum Stand der deutschen Qualitätsdiskussion geht hervor, dass hierzulande drei relevante Handlungsebenen erörtert werden:

- das *instrumentelle* Qualitätsverständnis betrifft die **Sozialen Dienste** als die institutionell-organisatorische Handlungsebene des Dienstleistungszusammenhangs;
- der *objektive* Qualitätsbegriff betrifft – wenngleich in ökonomisch-problematischer Form – das Gütekriterium der Erbringung **Sozialer Dienstleistungen** auf der professionellen Handlungsebene;
- das *normative* Qualitätsparadigma thematisiert Zieldimensionen auf der Ebene des übergreifenden **Sozialleistungssystems**.

Nicht berücksichtigt ist bislang diejenige Handlungsebene, auf der das **personenbezogene Dienstleistungsgeschehen** erfolgt. Das deutsche Qualitätsverständnis personen-bezogener Dienstleistungen unterscheidet sich in diesem Punkt offensichtlich von demjenigen in Großbritannien. Diese These wird im Folgenden begründet.

Dabei wird zunächst auf die rechtlichen sowie die politisch-ideologischen Rahmenbedingungen des britischen Qualitätsdiskurses eingegangen (= 3.1). Aufgrund dieser Rahmung ergibt sich bei den personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen eine Reformdynamik, die sich in besonderer Weise auf die Neugestaltung der sozialarbeiterischen Praxis auswirkt. Dazu werden einige Beispiele vorgestellt (= 3.2). Im kontrastierenden Vergleich damit werden die Rahmenbedingungen des deutschen Diskurses aufgezeigt und der spezifisch deutsche Zugang zum Qualitätsthema kritisch hinterfragt (= 3.3). Abschließend werden typische Merkmale der unterschiedlichen nationalen Selbstverständnisse bei der Reform personenbezogener Sozialer Dienstleistungen erörtert (= 3.4).

3.1 Rechtliche und politisch-ideologische Rahmenbedingungen

Auf dem Gebiet der personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen existieren in England und Wales neben dem *Children Act* seit 1990 der *National Health Service and Community Care Act*.¹⁰ Das Gesetz legt Standards fest, die von den *Social Service Departments* bei der Erbringung personenbezogener Sozialer Dienstleistungen für erwachsene Personen einzuhalten sind (Adams 1996a, S. 113 ff.). Hinsichtlich der Qualitätsgewährleistung sind vor allem folgende Standardvorgaben hervorzuheben (vgl. Hansen 1997):

(a.) Die Behörden sind darauf verpflichtet, kommunale Sozialpläne zu erstellen. Der Planung und Abstimmung von Dienstleistungen zwischen dem Sektor des staatlichen Gesundheitswesens, den lokalen Sozialbehörden sowie den nichtstaatlichen Trägern der Wohlfahrtspflege wird - nicht zuletzt auch unter Rationalisierungsgesichtspunkten - hohes Gewicht beigemessen.

(b.) Bestimmungen über das *Assessment* und das *Care Management* sollen die Soziale Arbeit zielgenauer ausrichten, um ihre Qualität insgesamt zu verbessern. Die Beurteilung einer Notlage hat gemeinsam mit dem hilfebedürftigen Menschen zu erfolgen. In der Praxis be-

deutet dies, dass sich z.B. ein körperbehinderter Mensch gemeinsam mit dem Sozialarbeiter, Pflegesachverständigen, Physiotherapeuten, dem *Care Manager* und anderen Vertretern relevanter Hilfesysteme über benötigte Dienstleistungen berät. "Benötigte Dienstleistungen" heißt im Kontext des Gesetzes: Leistungen, die es ihm erlauben, seinen Lebensmittelpunkt in der örtlichen Gemeinschaft beizubehalten und am Gemeinschaftsleben teilzunehmen. Konkret könnte dies beispielsweise bedeuten: Anpassung der Wohnung oder des Haushalts an spezielle Bedürfnisse; Organisation von Pflegeleistungen; Einkaufshilfen; Essen auf Rädern; Fahrdienste zu Nachbarschaftszentren; Gelegenheiten zur aktiven Beteiligung an der kommunalen Sozialplanung usw. Vorrangiges Ziel dabei ist die Vermeidung stationärer Unterbringungen.

(c.) Der *Care Manager* "schnürt" auf der Basis der Ergebnisse des Assessments ein "individuelles Hilfspaket" und organisiert den Ankauf der erforderlichen Dienstleistungen. Handlungsleitend ist dabei die Idee, die Dienstleistungsangebote besser auf die vorhandenen Bedarfslagen zuzuschneiden. Vermieden werden soll, dass sich ein Nutzer, wie dies früher der Fall war, an die bereits bestehenden Dienstleistungsangebote anzupassen hat. Der Anpassungsdruck soll umgekehrt vorrangig auf die Erbringer personenbezogener Sozialer Dienstleistungen ausgeübt werden.

(d.) Der Ankauf der Dienstleistungen erfolgt über vertragliche Vereinbarungen mit den Organisationen des nichtstaatlichen Sektors. Die Sozialbehörden sollen Dienstleistungen künftig nicht mehr selbst anbieten, sondern diese auf dem frei-gemeinnützigen und privatgewerblich-kommerziellen "Markt" ankaufen und ihre Qualität überwachen.¹¹

(e.) Eine besonders hervorzuhebende Bedeutung haben die vom Gesetzgeber verlangten und von den Sozialbehörden einzuführenden Beschwerde- und Kommentarverfahren. Dabei handelt es sich um hochgradig formalisierte Verfahren, die als ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätsgewährleistung angesehen werden. In aller Regel sind solche Verfahren mehrstufig angelegt. Sie beinhalten die Einschaltung unabhängiger Personen bzw. Gremien sowie regelmäßige Auswertungs- und Berichterstattungsverfahren, um notwendige Kurskorrekturen in der Qualitätspolitik der Behörden zu ermöglichen und einzuleiten (The Right to Complain 1993).

(f.) Schließlich ist auch die kommunale Heimaufsicht gestärkt und demokratisiert worden. Überprüfungsergebnisse der Aufsichtsinstanzen sind öffentlich zu machen. Zudem wurde der Heimaufsicht ein Beratungsbeistand zur Seite gestellt, der sich aus Nichtprofessionellen zusammensetzt.

All diese Neuerungen stehen in Verbindung mit der Absicht der früheren konservativen Regierung, die Hilfebedürftigen als "Konsumenten" stärker in die Planung und Bereitstellung personenbezogener Sozialer Dienstleistungen einzubeziehen und dafür Sorge zu tragen, dass deren Entscheidungsfreiheit über die eigene Lebensgestaltung respektiert wird. Das Weißbuch der Regierung hebt diese Absicht in besonderer Weise hervor. Ziel der Reform ist es, „to give people a greater individual say in how they live their lives and the services they need to help them to do so“. Im Hinblick auf Hilfen für alte und behinderte Menschen wird außerdem die Priorität eines „greater involvement of patients, clients and carers in the development of services“ betont (siehe: *Caring for people* 1989, § 8.1 und 2.12). Im Kern bedeutet dies, dass diejenigen Entscheidungen, die sich auf zentrale Lebensbereiche der Betroffenen auswirken, nicht über deren Köpfe hinweg gefällt werden sollen.

Die Reform zielte zunächst primär auf die Modernisierung der lokalen Sozialbehörden ab. Diese haben nach dem neuen Recht die erforderlichen Dienstleistungen aber nicht mehr selbst zu erbringen, sondern sie sollen diese aus dem nichtstaatlichen Sektor ankaufen. Es stellt sich daher auch die Frage, wie sich die Reform auf frei-gemeinnützige bzw. privatgewerbliche Träger auswirkt.

Es liegt auf der Hand, dass die lokalen Behörden Dienstleistungen dann nicht ankaufen, wenn diese unterhalb der gesetzlich von ihnen selbst verlangten Standards liegen. In einem Szenario für die nähere Zukunft wird folgerichtig auch bezweifelt, dass die traditionell anbieterdominierten Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege in England längerfristig existenzfähig sein werden (Robson u.a. 1997, 13).

Welche Anforderungen auf die britische Freie Wohlfahrtspflege zukommen, machen z. B. Richtlinien der englischen Grafschaft Hampshire deutlich. In einem "Code of practice" ist festgelegt, was bei der Vertragsgestaltung mit nichtstaatlichen Trägern zu berücksichtigen ist. Darin wird u. a. angesprochen: die Respektierung der Würde und Individualität der Nutzer/innen, deren Einbeziehung in die Planung, Bereitstellung und Qualitätsüberprüfung der Dienstleistungen, die Realisierung von Wahlmöglichkeiten, die Einführung von Beschwerdeverfahren sowie Gesichtspunkte der Qualifikation des Personals (Hansen 1997, S. 12 f.).

Welche Ideologie liegt dieser Reform zu Grunde - einer Reform, die das traditionell von Professionellen dominierte Verhältnis zwischen Nutzern und Anbietern personenbezogener Sozialer Dienstleistungen in Frage stellt? Die Antwort lautet: Es waren keine radikaldemokratischen Forderungen der Sozialen Fachlichkeit, welche die konservative Regierung zu den „*Community Care Reforms*“ bewegt haben. Handlungsleitend für die Regierung war vielmehr die Ideologie des *Consumerism*, die sich in ihren Hauptschwerpunkten am Marktgeschehen orientiert. Für öffentliche oder im öffentlichen Auftrag erbrachte Dienstleistungen sollte danach folgende Grundsätze gelten (vgl. Braye / Preston-Shoot 1995, 26 ff.):

- „*Information*“, d.h. es muss gewährleistet sein, dass in ausreichendem Maße Informationen über die Leistungen vorgehalten werden; eine umfassende Information der Nutzer/innen ist die Voraussetzung dafür, dass alle weiteren Zielsetzungen des *Consumerism* verwirklicht werden können;
- „*Access*“, d.h. die Zugänglichkeit zu den Leistungen muss gesichert sein, was sowohl Fragen der geographischen Erreichbarkeit wie auch solche der Kundenfreundlichkeit einschließt;
- „*Choice*“, d.h. Nutzer/innen sollen so weit wie möglich wählen können zwischen unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten;
- „*Redress*“, d.h. bei nicht korrekten Leistungen soll die Gelegenheit bestehen, Gegenmaßnahmen zu ergreifen; Nutzer/innen müssen die Möglichkeit haben, sich z. B. im Rahmen eindeutig und klar formulierte Verfahren zu beschweren und gegebenenfalls einen Schadensausgleich zu erhalten;
- „*Representation*“, d.h. die Nutzer/innen sollen ihre Sichtweisen einbringen und die Planung bzw. Erbringung der Leistungen beeinflussen können.

Beim Modell des *Consumerism* liegt die Entscheidungsmacht für den Ankauf von Dienstleistungen – und damit auch die Möglichkeiten einer Manipulation der Nutzer/innen (Pollitt 1997, S. 34) – letztlich in den Händen des Managements, dessen Bedeutung für Organisa-

tionen im Sozialbereich stark betont wird. Insofern werde, so die Kritik am „*Managerialism*“, das Machtgefälle zwischen Anbietern und Nutzern nur geringfügig verändert (Langan / Clarke 1994, S. 81; Clarke / Newman 1997, S. 122). Die Soziale Fachlichkeit ebenso wie auch Selbsthilfeorganisationen von Nutzer/innen stellen dem *Consumerism* ein Zukunftsmodell gegenüber, welches die Demokratisierung des Dienstleistungsbereiches betont und bei dem einklagbare *Bürgerrechte* eine prominentere Rolle spielen als die *Konsumentenrechte* (vgl. Robson u.a. 1997; Finkelstein / Stuart 1996; Oliver 1996, 145 ff.).¹²

3.2 Consumerism und die Praxis Sozialer Dienstleistungen

Bei aller (auch berechtigten) Kritik wird der *Consumerism* sowohl seitens der Sozialen Arbeit als auch seitens der Nutzer/innen und ihrer Organisationen keinesfalls nur unter negativen Vorzeichen gesehen. Die personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen - so wie sie früher erfolgten - hatten sich auf die Beteiligten und Betroffenen derart desillusionierend ausgewirkt, daß mit den Reformen neue Hoffnungen verknüpft wurden, und zwar in allen politischen Lagern (vgl. Langan / Clarke 1994, S. 89; Clarke / Newman 1997, S. 109). Darüber hinaus hat die britische Sozialarbeit ein zunehmendes Interesse an Methoden des Empowerments von Nutzern personenbezogener Sozialer Dienstleistungen entwickelt.

Dieses Konglomerat aus unterschiedlichen ideologischen, politischen sowie fachlichen Grundhaltungen und Zielsetzungen hatte in der Schnittmenge eine Reformdynamik zur Folge, aufgrund derer in Großbritannien innerhalb der letzten Jahre vieles in der Wohlfahrtspflege zum Besseren verändert worden ist. Die Reformen haben, verbunden mit den vom politisch zuständigen Gesundheitsministerium herausgegebenen Lektorientierungen zur Einbeziehung der Nutzer/innen (vgl. Beresford u.a. 1997, S. 67 und 78), zu einer Entwicklung beigetragen, die von einem deutlich sensibleren Umgang mit den Nutzer/innen personenbezogener Sozialer Dienstleistungen geprägt ist. So ist der Reformschub von allen Seiten dafür verwendet worden, um im Interesse der Hilfeempfänger Partizipationsmöglichkeiten einzuführen, mit Beschwerde- und sonstigen Feedbackverfahren zu experimentieren und die Wahlmöglichkeiten zu erweitern. Nicht zuletzt haben viele der aufgeschlosseneren Lokalbehörden es verstanden, die Reformen kreativ umzusetzen. Die folgenden Beispiele von wissenschaftliche begleitenden Modellvorhaben¹³ illustrieren den Inhalt dieser Reformdynamik:

- Eine 1996 vorgelegte repräsentative Untersuchung von stationären und ambulanten Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit geistigen Behinderungen stellte fest, dass bereits in 60 % aller Fälle die Nutzer/innen in irgendeiner Form bei der Einstellung ihrer Betreuer beteiligt worden sind. Ein Ergebnis der Studie besagt, dass solche Beteiligungen sowohl praktikabel als auch funktional sind (vgl. Townsley / Macadam 1996, S. 5 und 17).
- Eine in Südostengland durchgeführte vergleichende Untersuchung des Care Managements bei psychisch kranken Menschen ergab, dass zielgerichtete Programme ihrer Einbeziehung bei der Hilfeplanung zu einer größeren Zustimmung führten als dies bei einer Vergleichsgruppe der Fall war, die nicht in ein entsprechendes Programm einbezogen war. Die Nutzer/innen fühlten sich im Verlauf des Programms selbständiger und eigenverantwortlicher (vgl. Carpenter / Sbaraini 1997).
- Im Bereich der Hilfen für geistig schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen wurden nonverbale Feedbackverfahren eingesetzt, um zu ermitteln, wie hoch die Zustimmung

der Nutzer zu den Hilfeleistungen (z. B. in der Sprachtherapie) einzuschätzen ist und welche therapeutischen Erfolgsmöglichkeiten insofern gegeben sind (vgl. Harrison 1997; Thorne, o. J.).

- Seit April 1997 sind die Lokalbehörden ermächtigt, Direktzahlungen an hilfebedürftige Personen zu leisten, so dass diese die von ihnen benötigten Hilfen selbst einkaufen können. Dieses Programm richtet sich auch an Menschen mit geistigen Behinderungen, denen ergänzend ein Beratungsbeistand zur Seite gestellt wird (vgl. Collins et al. 1997; Beresford et al. 1997, S. 67).

Neben individuell ausgerichteten Teilnehmungsmodellen sind auch solche zu vermeiden, bei denen eine kollektiv-repräsentative Einbeziehung der Nutzer/innen erfolgen:

- In der nordenglischen Stadt Newcastle wurde auf Betreiben der lokalen Gesundheitsbehörde eine Gruppe psychiatrieeffahrener Menschen gegründet. Diese konnte nach längerer Vorbereitungszeit beratend in die Planung und Durchführung der Dienstleistungen eingeschaltet werden, so z. B. beim Ankauf von Dienstleistungen, bei der Fortbildung des Personals, bei der Mitarbeit in Gremien der Qualitätssteuerung sowie beim Aufbau von Patientenräten auf Stationen. Interessant bei diesem Experiment ist eine neue Form der Sozialarbeit, nämlich die Einschaltung eines sogenannten *Facilitators*, der unparteilich zwischen Dienstleistungserbringern und Nutzern vermittelt. Seine vordringliche Aufgabe ist es, die Einbeziehung der Nutzer/innen zu ermöglichen, ohne eine Stellvertreterfunktion für sie zu übernehmen (vgl. Harrison 1993).
- In der ambulanten Betreuung für alte, in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen wurde von einer Sozialbehörde ein Feedback-Verfahren etabliert, indem eine regelmäßig stattfindende Telefon-Diskussionsgruppe eingerichtet wurde. Die Nutzer/innen erhielten damit die Möglichkeit, mittels Konferenzschaltung über die vorhandenen Dienstleistungsangebote zu diskutieren. Die Behörde konnte auf diese Weise feststellen, in welchem Ausmaß die vorgehaltenen Dienstleistungen die tatsächlich vorhandenen Bedarfslagen abdeckten (vgl. Thornton / Tozer 1995).

Beispiele dieser Art erklären, warum in der britischen Sozialarbeit seit Beginn der 90er Jahre von einer Trendwende, von einem neuen Paradigma des Empowerments gesprochen wird (vgl. Adams 1996b). Gemessen an deutschen Verhältnissen lassen sich diese Entwicklungen durchaus als ein Schritt hin zur Abschaffung der paternalistischen Orientierungen des Wohlfahrtsstaates interpretieren.

3.3 Rahmenbedingungen des deutschen Qualitätsdiskurses

Kontrastierend zu dem in Großbritannien eingeschlagenen Weg werden nachfolgend zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung personenbezogener Sozialer Dienstleistungen in Deutschland aufgezeigt: Sowohl im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI § 80) als auch im Bundessozialhilfegesetz (BSHG § 93 Abs. 2) ist festgelegt, dass Kostenträger und Dienstleistungserbringer Vereinbarungen über die Qualität der Leistungen abzuschließen haben. Ähnliche Vorgaben enthält auch der Entwurf zum neuen Kinder- und Jugendhilfegesetz, wonach zusätzlich "Grundsätze der Qualitätssicherung" (§ 78b) zu vereinbaren sind (Entwurf 1997, S. 238).

Diese Neugestaltungen zielen im Unterschied zur britischen Vorgehensweise nicht zentral auf die Reform der Sozialbehörden, sondern sie regeln im wesentlichen nur, dass in den zwischen Kostenträgern und Dienstleistungserbringern abzuschließenden Vereinbarungen auch eine vertragliche Übereinkunft über die Qualität der Leistungen enthalten sein muss. Standardvorgaben für diese Qualitätsvereinbarungen sucht man allerdings vergebens. Es existieren nicht einmal Verordnungsermächtigungen, die es den zuständigen Ministerien erlauben würden, Inhalt und Kriterien der Qualitätsvereinbarungen zu spezifizieren. Nach § 93d BSHG ist eine solche Verordnungsermächtigung nur im Hinblick auf den Inhalt der sogenannten Vergütungsvereinbarung vorgesehen.

Der Inhalt der Qualitätsvereinbarungen ist somit zwischen Kostenträgern und Dienstleistungserbringern frei gestaltbar. Deren Vereinigungen haben, soweit das Bundessozialhilfegesetz angesprochen ist, auf der Landesebene Rahmenvereinbarungen abzuschließen, wobei die Organisationen der Vertragspartner auf der Bundesebene Empfehlungen vereinbaren (§ 93 d. Abs. 2).

Mit dem kritischen Hinweis darauf, dass der deutsche Gesetzgeber die Inhalte der Qualitätsvereinbarungen nicht näher spezifiziert, soll keinesfalls einer staatlichen Regulierungswut das Wort geredet werden - ganz im Gegenteil. Das britische Beispiel zeigt jedoch, wie vom Gesetzgeber, ohne erneut einen obrigkeitlichen Etatismus einzuführen, allgemein gehaltene Standardvorgaben gemacht werden können, die dann in der Praxis unterschiedlich ausgestaltbar sind. Britische Dienstleistungserbringer müssen sich keineswegs sklavisch an gesetzliche Detailvorgaben halten, sondern sie können sich kreativ an die gesetzten Standards anlehnen und diese weiter entwickeln. Praktisch wird damit ein Szenario geschaffen, in dem miteinander konkurrierende Methoden und Konzepte eine Vielzahl von Beispielen guter Praxis ergeben können.

Zu welchen Ergebnissen die „frei“ vereinbarten Abkommen zur Qualitätssicherung in Deutschland gelangen, zeigt sich u.a. am Beispiel der Pflegeversicherung. Die bislang auf der Bundesebene abgeschlossenen "Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung" nach § 80 SGB XI sind von einem analytischen Zugang geprägt, der sich im übrigen im gesamten deutschen Qualitätsdiskurs wiederfindet.

Nach diesem Verfahren werden die jeweiligen Dienstleistungsbereiche (ambulant, stationär, Kurzzeitpflege) aufgeschlüsselt in die Qualitätsebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das eher schematische Vorgehen ist Forschungsergebnissen entlehnt, die im Zusammenhang der Untersuchung der Qualitätsbedingungen des Krankenhausbetriebes erzielt worden sind. Ihre Anwendung auf den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen kann damit keinesfalls als selbstverständlich angesehen werden.

Die Formulierungen in den "Gemeinsamen Grundsätzen" zeigen, dass die Qualitätsebenen sich im wesentlichen anbieterdominiert definieren lassen. Auf Seiten der Anbieter entscheiden Professionelle über "Strukturen" der Ausstattungen und Qualifikationen. Auch unter dem Begriff der "Prozessqualität" lassen sich ohne weiteres professionelle Planungs-, Berichts- und Dokumentationssysteme verstehen. Selbst die Ergebnisqualität muss nicht unbedingt im Bottom-up-Verfahren (d.h. „von unten nach oben“) definiert werden, wenn die Zufriedenheit von Nutzern einen geringeren Stellenwert erhält als etwa die von Professionellen gesteckten Ziele und festgestellten Grade der Zielerreichung. Verglichen mit dem briti-

schen Zugang zum Qualitätsthema treten die Nutzer/innen in den deutschen "Gemeinsamen Grundsätzen" als Subjekt kaum in Erscheinung.

Die im Rahmen der deutschen Pflegeversicherung abgeschlossenen Qualitätsvereinbarung bieten wenig Anlass, in den Einrichtungen systematisch über die Qualitätsbedingungen nachzudenken. Sie verleiten vielmehr zur Ansicht, dass Qualität immer schon angeboten worden ist, dass im Unterschied zu früher nunmehr jedoch alles zu dokumentieren sei (vgl. Bremer Altenheim-Studie 1997, S. 30). Die Qualitätsgewährleistung wird damit letztendlich auf schriftliche Nachweise gegenüber den Kostenträgern über fachtechnisch einwandfreie Handlungsabläufe in der Einrichtung reduziert. Der "betrieblich-organisatorische Erbringungsrahmen" (Bauer 1996, S. 27) ist wichtiger als die Dienstleistung selbst.

4. Zusammenfassung: Unterschiedliche Reformansätze personenbezogener Sozialer Dienstleistungen

In Großbritannien und Deutschland wird bei der Reform personenbezogener Sozialer Dienstleistungen das Thema Qualität sehr unterschiedlich aufgegriffen. Während der britische Weg dadurch gekennzeichnet ist, dass die Beziehung zwischen Nutzer/innen und Dienstleistungserbringern fachlich auf ein neues Fundament gestellt wird und darüber hinaus die Selbsthilfeorganisationen der Nutzer/innen überkommene Grundhaltungen der Mehrheit der Gesellschaft, die sich als „normal“ oder „gesund“ definiert, öffentlich vernehmbar in Frage stellen, spielen unter deutschen Verhältnissen neue, operationalisierbare fachliche Standards der Sozialen Arbeit bislang kaum eine Rolle.

Die in Deutschland vorherrschenden Konzepte und Vorgehensweisen erweisen sich zumeist als anbieterdominiert, weil sie in hohem Maße professionelle Deutungen dessen beinhalten, was als Qualität anzusehen sei. Einige Beispiele verdeutlichen dies:

- Auf die Fragwürdigkeit der im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes abgeschlossenen "Gemeinsamen Grundsätze" wurde bereits hingewiesen. Zugespielt lässt sich behaupten, dass damit eine Messlatte, die zur Qualitätsbeurteilung im Krankenhaus dient, unreflektiert auf den gesamten Bereich der personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen übertragen wird. Die personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen werden „klinifiziert“.
- Die in Deutschland viel diskutierte „Neue Steuerung“ oder das „Controlling“ zielen zwar - wie in Großbritannien - auf die Reform der Sozialbehörden ab, sie sind aber im Wesentlichen Empfehlungen zur Verwaltungsrationalisierung. Inhaltlich bleiben sie konturlos, wenn es um die Formulierung qualitätsrelevanter fachlicher Standards und Zielsetzungen geht (vgl. Hinte 1996, S. 2 f.). Es wird zwar behauptet, dass die im Rahmen der „Neuen Steuerung“ verfolgte Entwicklung von „Kennzahlen“ ein Verfahren zur Absicherung der Qualität der erbrachten Leistungen sei. Es ist aber zu hinterfragen, ob dabei angemessene Kriterien verwandt werden. Die Befürchtung liegt nahe, dass das Verfahren fernab von jeder Qualitätsrelevanz zu einem absurden Wettstreit zwischen Ressorts und Abteilungen um die bessere Kennzahl führt.
- Der bei den Wohlfahrtsverbänden geführte Leitbilddiskurs beinhaltet die Aufstellung eines Kataloges guter Absichten. Die Operationalisierung dieser Leitbilder, d.h. deren Umsetzung in "messbare Ereignisse", ist nicht erkennbar.¹⁴

Die Ergebnisse des Vergleichs der beiden Länder lassen sich zu der These verdichten, dass es zwei grundverschiedene Wege bei dem Versuch gibt, sich der Qualität personenbezogener Sozialer Dienstleistungen zu vergewissern: den Weg der (deutschen) Rationalisierung und den der (britischen) Modernisierung.

Der Qualitätsdiskurs in Deutschland steht im Zeichen der Rationalisierung von Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen, und - damit verbunden - der Herstellung einer gewissen Transparenz bei der Leistungserbringung. Implizit wird dabei der Eindruck vermittelt, die Qualität der Leistungen ergäbe sich im Rahmen eines solchen Reformzuschnitts von selbst, oder aber eine vermeintlich bereits gegebene Qualität der Leistungen werde durch den Reformprozess abgesichert (Stichwort: Qualitätssicherung). Ein Hinterfragen von fachlichen

Standards der Sozialen Arbeit, das Überdenken des traditionellen Selbstverständnisses findet dabei nicht statt.

Vor diesem Hintergrund ist dem in Deutschland geläufigen Terminus der *Qualitätssicherung* einiges an Plausibilität abzugewinnen. "Gesichert" wird ein Ist-Zustand, der Status quo, um erreichte Standards gegen den Sozialabbau zu verteidigen. Insofern wird mit dem Thema im wesentlichen defensiv umgegangen.

Der britische Qualitätsdiskurs verfolgt dagegen einen anderen Weg. Der gesamte Bereich der Erbringung personenbezogener Sozialer Dienstleistungen wurde zunächst kritisch hinterfragt, um Standards zu entwickeln und praktisch umzusetzen, die den Dienstleistungsbereich rationaler und damit auch kostengünstiger gestalten. Die implizite Grundfrage der britischen Modernisierungsstrategie lautet: „Wie gestalte ich eine gute, moderne und effektive Dienstleistung am preiswertesten?“

Der deutsche Rationalisierungsansatz lässt sich hingegen mit der Grundfrage charakterisieren: „Welche Kostenersparnisse lassen sich durch gesteigerte Effizienz erzielen, und in welchem Verhältnis stehen diese zur (systematisch nicht in Frage gestellten) Dienstleistungsqualität?“

Beide Ansätze lassen sich als unterschiedliche Ökonomisierungsstrategien begreifen und verweisen auf besondere nationale Qualitätskulturen in der Wohlfahrtspflege. Im Rahmen des britischen Weges wird versucht, "Quasi-" oder "Ersatzmärkte" zu gestalten (vgl. Bartlett et al. 1994), in denen die Konsumentenrolle stärker betont wird und die Erbringung schlechter Dienstleistungen negative Folgen für die Anbieterorganisationen nach sich ziehen soll. Einrichtungen, die gegen die in den „Community Care Reforms“ definierten Standards und Lektorientierungen verstoßen, bekommen Probleme mit den zuständigen Aufsichtsinstanzen und haben geringere Chancen bei künftigen Vertragsvergaben.

Die deutsche Ökonomisierungsstrategie bleibt dagegen auf halbem Wege stecken. Die Marktorientierung geht nicht so weit, als Voraussetzung des betrieblichen Handelns das hochwertige „Produkt“ - also eine hervorragende Qualität der Dienstleistung - in den Mittelpunkt zu stellen. Vielmehr erlaubt es dieser Ansatz, die Betriebskosten ohne größere Rücksichtnahme auf die „Produktqualität“ zu senken. Negative Konsequenzen des „Quasi-Marktes“ sind hierbei kaum zu befürchten, solange sich die Machtposition der „Konsumenten“ nicht grundlegend verbessert.

5. Literatur

- Adams, Robert 1996a: *The Personal Social Services*. London / New York
- Adams, Robert 1996b: *Social Work and Empowerment*. London: Houndmills
- Allemeyer, J. 1995a: Freie Wohlfahrtspflege und Markt - Bedrohung oder Chance. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, H. 1, S. 2-13
- Allemeyer, J. 1995b: Soziale Einrichtungen im Umbruch. Zukunftssicherung durch Qualität, Effektivität und Innovation. In: *Handbuch Sozialmanagement*. Teil A.2.1. Wiesbaden, S. 1-18
- Badelt, Christoph (Hrsg.) 1995: *Qualitätssicherung in den Sozialen Diensten*. Beiträge zur Interdisziplinären Fachtagung, 26. Jänner 1995. Krems
- Bartlett, Will / Carol Propper / Deborah Wilson / Julian Le Grand (Eds.) 1994: *Quasi-Markets in the Welfare State*. Bristol
- Bauer, Rudolph 1978: *Wohlfahrtsverbände in der Bundesrepublik*. Materialien und Analysen zu Organisation, Programmatik und Praxis. Ein Handbuch. Weinheim, Basel: Beltz
- Bauer, Rudolph 1996: „Hier geht es um Menschen, dort um Gegenstände“ - Über Dienstleistung, Qualität und Qualitätssicherung. Zur Begriffssystematik und zur politisch-ökonomischen Erklärung der gegenwärtigen Entwicklungslinien Sozialer Dienstleistungen in der Bundesrepublik. In: *Widersprüche*, H. 61 (September 1996), S. 11-49
- Bauer, Rudolph / Eckhard Hansen (Hrsg.) 1999: *Professionalität und Ethik*. „Codes of Ethics“ für die Soziale Arbeit. Bremen: Universität (= Kleine Schriften des Instituts für Lokale Sozialpolitik und Nonprofit-Organisationen, Heft 7)
- Berekoven, L. 1974: *Der Dienstleistungsbetrieb*. Wesen, Struktur und Bedeutung. Wiesbaden
- Beresford, Peter / Suzy Croft 1993: *Citizen Involvement. A Practical Guide for Change*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, London: MacMillian Press
- Beresford, Peter / Suzy Croft / Clare Evans / Tessa Harding 1997: *Quality in Personal Social Services*. The Developing Role of User Involvement in the UK. In: Evers et al. 1997, S. 63-80
- Braye, Suzy / Michael Preston-Shoot 1995: *Empowering Practice in Social Care*. Buckingham / Philadelphia
- Bremer Altenheimstudie 1997: *90 Ansichten*. Ein Werkstattbericht zur Qualität Sozialer Dienstleistungen. Kleine Schriften des Instituts für Lokale Sozialpolitik und Nonprofit-Organisationen, Heft 6. Bremen: Universität

- Brühl, A. 1995: Bundessozialhilfegesetz. Textausgabe mit ausführlichem Sachregister und einer Einführung. Stand: 1. August 1995. München
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 1981: Soziale Dienstleistungen als Träger potentiellen Wachstums und ihr Beitrag zum Abbau der längerfristigen Arbeitslosigkeit. Untersuchung einer Arbeitsgruppe der Prognos AG. Bonn
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.) 1996: Instrumentarium zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in Werkstätten für Behinderte der Lebenshilfe (QS-WfB). Eine Arbeitshilfe. Marburg
- Caring for People 1989. Community Care in the Next Decade and Beyond. Presented to Parliament by the Secretaries of State for Health, Social Security, Wales and Scotland by Command of Her Majesty. London: HMSO
- Carpenter, John / Silvia Sbaraini 1997: Choice, Information and Dignity. Involving Users and Carers in Care Management in Mental Health. Bristol
- Clarke, John / Janet Newman 1997: The Managerial State. Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare. London, Thousand Oaks, New Delhi
- Clarke, John / Allan Cochrane / Eugene McLaughlin (Eds.) 1994: Managing Social Policy. London, Thousand Oaks, New Delhi
- Collins, Jean / Andrew Holman / Simone Aspis / Yve Amor 1997: Funding Freedom (ed. by "Values into Action"). London
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) 1993: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Dritte, erneuerte und erweiterte Auflage. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
- Etzioni, Amitai 1995: New Communitarian Thinking. Persons, Virtues, Institutions, and Communities. Charlottesville and London: University Press of Virginia
- Evers, Adalbert / Riita Haverinen / Kai Leichsenring / Gerald Wistow (Eds.) 1997: Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. Aldershot, Brookfield, Sydney: Ashgate
- Eyferth, Hanns / Hans-Uwe Otto / Hans Thiersch (Hrsg.) 1984: Handbuch zur Sozialarbeit / Sozialpädagogik. Neuwied, Darmstadt: Luchterhand
- Finkelstein, Vic / Ossie Stuart 1996: Developing New Services. In: Hales 1996, pp. 170-187
- Flösser, Gabi / Hans-Uwe Otto (Hrsg.) 1996: Die Neuorganisation der Jugendhilfe. Auf der Suche nach alternativen Steuerungsmodellen. Neuwied: Luchterhand

- Forbes, I. 1989: Unequal partners: the implementation of equal opportunities policies in Europe. In: Public Administration, 67 (1), Spring 1989, pp. 19-38
- Gump, G. B. / F. Wallisch 1995: ISO 9000 entschlüsselt. Landsberg am Lech
- Hales, Gerald (Ed.) 1996: Beyond Disability. London, Thousand Oaks, New Delhi
- Hansen, Eckhard 1991: Wohlfahrtspolitik im NS-Staat. Augsburg: Mahro
- Hansen, Eckhard 1997: Qualitätsaspekte Sozialer Dienstleistungen zwischen Professionalisierung und Konsumentenorientierung. Qualitätsdiskurse in Großbritannien und Deutschland. In: Zeitschrift für Sozialreform, 43. Jg., H. 1, S. 1-28
- Harrison, Lyn 1993: Newcastle's Mental Health Services Consumer Group. A Case Study of User Involvement. In: Smith et al. 1993, pp. 138-178
- Harrison, Lyn 1997: Working with Users of Health and Social Services. Vortragsmanuskript für die Fachtagung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Schleswig Holstein "Das Handeln bestimme ich!" am 23./24.4.1997 in Kiel
- Hartfiel, Susanne 1997: Qualitätsentwicklung und -kontrolle in Sozialen Diensten. Ein kritischer Vergleich gegenwärtig angewandter Evaluationsinstrumente im Bereich der Dienste für geistigbehinderte Menschen. Bremen: Universität (Diplomarbeit im Studiengang Sozialwissenschaft)
- Hinte, Wolfgang 1996: Optimierte Kommunalverwaltung statt offensiver Sozialer Arbeit - eine kritische Zwischenbilanz der neuen Steuerungsmodelle. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 47, Nr. 4, S. 2-11
- Kamiske, G. F. 1990: Qualität und Produktivität. In: Zeitschrift für wirtschaftliche Fertigung, H. 1, S. 5-7
- Kamiske, G. F. / J.-P. Brauer 1995: Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien
- Karsten, Maria-Eleonora 1995: Soziale Dienstleistungen produzieren. Von der sozial(pädagogisch)en Arbeit zur sozialen Dienstleistungsarbeit. In: Sünker 1995
- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (Hrsg.) 1993: Das neue Steuerungsmodell. Begründung, Konturen, Umsetzung. Bericht Nr. 5. Köln
- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (Hrsg.) 1994: Outputorientierte Steuerung der Jugendhilfe. Bericht Nr. 9. Köln
- King, D. S. 1987: The new right. London: Macmillan Education

- Knappe, E. / St. Burger (Hrsg.) 1994: Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten. Frankfurt am Main, New York: Campus
- Langan, Mary / John Clarke 1994: Managing in the Mixed Economy of Care. In: Clarke et al. 1994, pp. 73-92
- Neunter Jugendbericht 1994. Bericht über die Situation der Kinder und Jugendlichen und die Entwicklung der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern. Bonn
- Oliver, Michael 1996: Understanding Disability. From Theory to Practice. London: Houndmills
- Olk, Thomas 1994: Jugendhilfe als Dienstleistung. Vom öffentlichen Gewährleistungsauftrag zur Marktorientierung. In: Widersprüche, H. 53, S. 11-33.
- Pollitt, Christopher 1997: Business and Professional Approaches to Quality Improvement: A Comparison of their Suitability for the Personal Social Services. In: Evers et al. 1997, pp. 25-39
- Reichard, C. 1996: Die „New-Public-Management“-Debatte im internationalen Kontext. In: Reichard / Wollmann 1996
- Reichard, C. / Hellmut Wollmann (Hrsg.) 1996: Kommunalverwaltung im Modernisierungsschub? Basel, Boston, Berlin
- Reiss, H.-Ch. 1995: Qualitätssicherung in Sozialen Diensten als Controllingproblem. In: Baddelt 1995, S. 59-90
- Robson, Paul / Michael Locke / Jonathan Dawson 1997: Consumerism or Democracy? User Involvement in the Control of Voluntary Organisations. Bristol
- Schaarschuch, Andreas 1996: Dienst-Leistung und Soziale Arbeit. Theoretische Überlegungen zur Rekonstruktion Sozialer Arbeit als Dienstleistungen. In: Widersprüche, H. 59, S. 87-97
- Schaarschuch, Andreas 1999: Theoretische Grundelemente Sozialer Arbeit als Dienstleistung. Ein analytischer Zugang zur Neuorientierung Sozialer Arbeit. In: Neue Praxis, 29. Jg., H. 6, S. 543-560
- Schultz, A. 1996: Normierte Beziehungsarbeit? ISO 9000 und die Folgen für die Sozialarbeit. In: Sozialmagazin, 21. Jg., H. 4, S. 16-22
- Smith, Randall / Lucy Gaster / Lyn Harrison / Linda Martin / Robin Means / Peter Thistlethwaite 1993: Working Together for Better Community Care. Bristol
- Staub-Bernasconi, Silvia 1995: Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: Vom Ende der Bescheidenheit. Bern, Stuttgart, Wien
- Sünker, Heinz (Hrsg.) 1995: Theorie, Politik und Praxis sozialer Arbeit. Bielefeld

- The Right to Complain 1993. Practice Guidance on Complaints Procedures in Social Services Departments. London: HMSO
- Thorne, Helen o.J.: Actions Speak Louder than Words. Obtaining Feedback from People who Communicate Non-verbally. Consumer Involvement Project The Health Commission for Wiltshire and Bath
- Thortin, Patricia / Rosemary Tozer 1995: Having a Say in Change. Older People and Community Care. York
- Townsley, Ruth / Margaret Macadam 1996: Choosing Staff. Involving People with Learning Difficulties in Staff Recruitment. Bristol
- United Nations 1994: Human Rights and Social Work. A Manual for Schools of Social Work and the Social Work Profession. Ed. by Centre for Human Rights. New York, Geneva: United Nations
- Widersprüche 1994a: Themenheft „Dienstleistung - Befreiung aus feudaler Entmündigung?“, Heft 52
- Widersprüche 1994b: Themenheft „Dienstleistung ... in der Jugendhilfe. Jenseits von Hilfe und Herrschaft?“, Heft 53
- Widersprüche 1996: Themenheft „Klienten, Kunden, Könige: Oder wem dient die Dienstleistung?“, Heft 59
- Wolfensberger, W. 1983: Social Role Valorization. A Proposed New Term for the Principle of Normalization. In: Mental Retardation 6, pp. 234-239
- Wolfensberger, W. 1992: A Brief Introduction to Social Role Valorization as a High-Order Concept for Structuring Human Services. Syracuse: University of Syracuse
- Wollmann, Hellmut 1996: Verwaltungsmodernisierung. Ausgangsbedingungen, Reformanläufe und aktuelle Modernisierungsdiskurse. In: Reichard / Wollmann 1996

Anmerkungen

¹ Siehe Arbeitspapier Nr. 1 („Gegenstandsdefinition“).

² Siehe Arbeitspapier Nr. 3 („Soziale Dienste und spezifische Zielgruppen, insbesondere Migrant/inn/en“).

³ Siehe Arbeitspapier Nr. 5 („Klientenrechte und Nutzerstrukturen Sozialer Dienste“).

⁴ Bei den Ausführungen in Teil 3 stütze ich mich auf zahlreiche Informationen und Hinweise von Herrn Prof. Dr. Eckhard Hansen, Universität Kassel. Dafür mein besonderer Dank.

⁵ Zur begrifflichen Unterscheidung von „Sozialen Diensten“ und „personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen“ siehe Arbeitspapier Nr. 1 („Gegenstandsdefinition“).

⁶ D.h. jemand oder etwas 'hat Qualität' bzw. - umgekehrt - 'hat keine Qualität'. Umgangssprachlich ausgedrückt: Er/sie/es ist z.B. 'gut' oder 'schlecht', 'wertvoll' oder 'wertlos'.

⁷ D.h. jemand oder etwas kann 'von größerer oder geringerer Qualität' sein (umgangssprachlich: Er/sie/es ist 'mehr oder weniger gut, wertvoll etc.').

⁸ Ausführlich dazu Arbeitspapier Nr. 5 („Klientenrechte und Nutzerstrukturen Sozialer Dienste“), Teil 2.

⁹ In der deutschen Geschichte spielten normative Qualitätsparadigmen wie Zucht, Ordnung, Kontrolle, Volksgemeinschaft, Volkswohlfahrt und "Volkskörperpflege" (vgl. Hansen 1991) eine bestimmende Rolle.

¹⁰ Bis 1990 waren in Großbritannien traditionell die lokalen Sozialbehörden und nicht - wie in Deutschland - die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Dienstleistungserbringer. In ihrer Doppelfunktion, gleichzeitig sowohl Kosten- als auch Dienstleistungsträger zu sein, waren die lokalen Sozialbehörden zentral in die Schusslinie der Kritik seitens der konservativen Regierung geraten (Means / Smith 1994, S. 47 ff.).

¹¹ Die Reform beinhaltet damit faktisch eine britische Version des deutschen Subsidiaritätsprinzips, wobei allerdings die in Großbritannien vergleichsweise zersplitterte Freie Wohlfahrtspflege bei weitem nicht die Machtposition einnimmt, über die die deutschen Wohlfahrtsverbände verfügen.

¹² Die für die Soziale Arbeit aus dem *Consumerism* abgeleiteten Orientierungen sind in England durchaus umstritten. Zum einen konterkariert die relativ schlechte finanzielle Ausstattung des Dienstleistungsbereiches die Ziele eines dergestalt marktorientierten Reformkonzepts. Der Konsumentenstatus nutzt denjenigen wenig, die aufgrund mangelnder Ressourcen gar nicht erst in Hilfenkonzepte einbezogen werden können. Das Kundenmodell hat zudem dort Grenzen, wo von Pseudokunden auszugehen ist, die nicht selbst auf dem Markt aufzutreten und „einzukaufen“ in der Lage sind.

¹³ Bei der Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben sowie bei der publizistischen Verbreitung herausragender Beispiele sozialarbeiterischer Praxis spielt die Joseph Rowntree Foundation eine wichtige Rolle.

¹⁴ Zur Frage der Operationalisierbarkeit von Konzepten der Qualitätsentwicklung s. Hartfiel 1997.

Impressum

Die vorliegende Publikation erscheint in der **Reihe der vom Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa veröffentlichten Arbeitspapiere**. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 11018 Berlin, fördert das Observatorium als Projekt. Träger sind der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpolitik e.V..

Diese Veröffentlichung wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung verwendet. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht für den Verkauf bestimmt. Die Publikation gibt nicht ohne weiteres die Auffassung der Bundesregierung wieder. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt dem Herausgeber bzw. der/dem jeweiligen Autor/-in.

Die Arbeitspapierreihe umfasst (Stand: Dezember 2001) die folgenden **Titel**:

- Nr. 1 Rudolph Bauer: Gegenstandsdefinition. Dezember 2001
- Nr. 2 Rudolph Bauer: Qualitätsdiskussion. Dezember 2001
- Nr. 3 Rudolph Bauer: Soziale Dienste und spezifische Zielgruppen, insbesondere Migrant/inn/en. Dezember 2001
- Nr. 4 Thomas Bahle/Astrid Pfenning: Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im westeuropäischen Vergleich. Dezember 2001
- Nr. 5 Rudolph Bauer: Klientenrechte und Nutzerstrukturen sozialer Dienste. Dezember 2001
- Nr. 6 Bernd Schulte: Europarechtliche Rahmenbedingungen für die Tätigkeit sozialer Dienste und Einrichtungen in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft. Dezember 2001
- Nr. 7 Chris Lange: Soziale Ausgrenzung und neue soziale Risiken in einer sich wandelnden Gesellschaft – Die Zukunft der sozialen Dienste in Europa. Dezember 2001

Das Arbeitspapier Nr. 2, „Qualitätsdiskussion“, stellt eine gekürzte Fassung der gleichnamigen Expertise dar. Deren Vergabe erfolgte auf Basis der folgenden Ausschreibung (DIE ZEIT Nr. 40, 30.09.1999):

„Ein wichtiger Aufgabenbereich der Beobachtungsstelle umfaßt die konzeptionelle und inhaltliche Weiterentwicklung sozialer Dienste in Deutschland und Europa. Dabei treten Fragen zur Qualität sozialer Dienste zusehends in den Vordergrund des Interesses. Die Expertise sollte auf der Grundlage einer Sekundäranalyse die gegenwärtigen Diskussionen, gerade auch aus dem europäischen Kontext heraus, erfassen und mögliche Folgen, die daraus entstehen könnten, ableiten.“

Gestaltung des Deckblatts:

UVA Kommunikation und Medien GmbH
14482 Potsdam

Herausgeber und Bezugsadresse:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
Beobachtungsstelle für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa
Am Stockborn 5-7
D – 60439 Frankfurt am Main
Tel.: +49/(0)69/95789-0
Fax: +49/(0)69/95789-190
E-Mail: beatrix.holzer@iss-ffm.de bzw. mathias.maucher@iss-ffm.de
URL: www.iss-ffm.de

ISSN:

1619-1315

Homepage des Observatoriums:

<http://www.soziale-dienste-in-europa.de>