

Zwischen Marketing und Wertorientierung



Hurra, unser Heimleiter besitzt ein Qualitätsmanagement-Handbuch!

Foto: Werner Krüper

Qualitätsmanagement in der Altenpflege

Manfred Borutta

„Wir verfügen über ein Qualitätsmanagementhandbuch und zahlreiche Standards.“ Diese zurechtgelegte Aussage beim Besuch des MDK ist ein substanzieller Offenbarungseid und zeigt, dass eine Auseinandersetzung mit Fragen der Steuerungswirklichkeit von QM-Systemen und deren Auswirkungen auf die „gelebte Qualität“ innerhalb der Pflegeeinrichtungen so gut wie nie stattfindet.

Qualitätsentwicklung und -sicherung sind seit mehreren Jahren die zentralen Schlagworte in der stationären Altenhilfe. Seit dem Inkrafttreten des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) zum 1. Januar 2002 müssen sich die Heime mit weit gehenden gesetzlichen Anforderungen und Auflagen auseinandersetzen, deren Erfüllung bis zum 1.1.2004 realisiert werden muss. Zunehmend wächst demzufolge das (verordnete) Interesse der Träger an Qualitätsmanagementsystemen (QM-Systemen), die als Instantprodukte auf dem Markt der Zertifizierer und Preisausschreiber erworben werden

können. Seit 1995 wurden über 630 Einrichtungen im Gesundheitssystem nach der Qualitätsnorm DIN ISO 9000ff. zertifiziert, darunter 312 Altenheime¹. Der unreflektierte Einkauf dieser Retorten-Produkte ist jedoch äußerst kritisch zu betrachten. Und an dieser mangelnden Reflexion der Altenheime verdienen die Anbieter der QM-Systeme – auf Kosten der Sozialversicherungen und der Sozialhilfeträger – nicht schlecht.

Die Verzwecklichung des Qualitätsbegriffs

Historisch betrachtet lassen sich grob zwei von einander zu unterscheidende Auffassungen von Qualität ausmachen.

Während heute Qualität im Wesentlichen normativ aufgefasst wird, lag die Quelle des Qualitätsbegriffs in einem ganz anderen Bereich.

Der Qualitätsbegriff lässt sich von seiner Wortabstammung her als ereignis- bzw. handlungsorientiert – aber nicht quantitativ messbar – definieren.

In diesem Sinne war Qualität am Wert des Ereignisses orientiert. Das heißt auf die Pflege bezogen: Das Ereignis der konkreten Pflegehandlung, die Interaktion zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen wäre der Gegenstand von Qualität. Qualität basiert in diesem Verständnis auf einer Subjekt-Subjekt-Beziehung.

In QM-Systemen wie DIN ISO 9000 und ebenso im EFQM-Modell² ist von dieser Handlungs- und Ereignisorientierung nichts mehr übrig geblieben. Deren Auffassung von Qualität entspringt dem aristotelischen Weltbild: Qualität gilt hier als etwas, was stets messbar ist. Und so wundert es bei genauerer Betrachtung nicht, dass die gängige DIN ISO-Definition (DIN ISO 9000:2000) sich nahezu wörtlich an dieses aristotelisch-reduzierte Weltbild anschließt, indem Qualität auf eine Frage der messbaren „Beschaffenheit“ reduziert wird. Werte sind aus diesem Verständnis von Qualität „herausoperiert“ worden mit der Folge, dass die Verantwortlichkeit des konkreten therapeutischen Handelns am Menschen keine Rolle mehr spielt. So sind zum Beispiel Bewohner-Fallbesprechungen und deren Inhalt kein Thema in den besagten QM-Systemen.

Die Trivialisierung von Organisationen

Das DIN ISO-System bezeichnet sich selbst als ein prozesshaftes QM-System. Prozesse werden hier definiert als „ein Satz von in Wechselbeziehung stehenden Mitteln und Tätigkeiten, die Eingaben in Ergebnisse umgestalten“. Was zwischen dem Input und dem Output (Ergebnissen) passiert, wird in diesem Verständnis materialisiert aufgefasst (ein Satz von Mitteln und Tätigkeiten). Menschen sind jedoch bekanntlich keine trivialen Maschinen, bei denen der Output stets kausal auf einen bestimmten Input zurückgerechnet werden kann. Und auch Organisationen entfalten als soziale Systeme in der Regel nicht jene Trivialität, die DIN ISO und EFQM voraus-

» Organisationen entfalten nicht jene Trivialität, die DIN ISO und EFQM voraussetzen.

setzen. An der Lebenswirklichkeit von Menschen in Organisationen scheitern diese Systeme dann auch. Denn ein sich aus der „Wechselbeziehung von Mitteln und Tätigkeiten“ er-

gebender Output ist vorher weder genau berechenbar noch bestimmbar. Infolgedessen wird das, was Qualität in diesen Systemen genannt wird, um die komplexe Subjekt-Subjekt-Beziehungsrealität der therapeutischen Wirklichkeit in der Pflege herumgestrickt.

Das heißt auch, wir haben es mit einer komplexen – und in vieler Hinsicht durchaus chaotischen – Wirklichkeit in Unternehmen wie Altenheimen zu tun. In diesen Einrichtungen werden Entscheidungen an frühere Entscheidungen geknüpft, und das, was dazwischen geschieht, bildet sich als für das betreffende Unternehmen typische Struktur heraus. Das hat aber reichlich wenig mit den von außen herangetragenen Rationalitätsvorstellungen in den normativen QM-Systemen zu tun.

QM-Systeme wie DIN-ISO-9000 und EFQM sind deshalb so sympathisch für viele Entscheidungsträger in Pflegeeinrichtungen, weil ihnen ein triviales Verständnis von (an sich komplexen) Organisationen wie Altenheimen zugrunde liegt.

QM als Marketingeffekt

QM-Systeme werden in Pflegeeinrichtungen denn auch überwiegend nicht zur Entwicklung von Qualität ausgewählt und eingebaut (implementiert). Im Wesentlichen geht es dabei um Marketingaspekte. Marketing (engl.: auf den Markt bringen) stellt eine unternehmerische Konzeption dar, die davon ausgeht, dass sich alle Unternehmensaktivitäten zur optimalen Erfüllung der Unternehmensziele am Markt zu orientieren haben. Der Pflegemarkt wird allerdings durch den Gesetzgeber, die Leistungsfinanzierer und – nur sekundär – durch die Heimbewohner selbst reglementiert. Deshalb trifft auch der in DIN ISO und im EFQM-Modell verwendete Kundenbegriff nicht zu: Der Primärkunde im Altenheim ist – nach dem Willen des SGB XI – die Pflegekasse und nicht der Heimbewohner

Qualitätssymbole gelten als Zugangsvoraussetzung für den Markt. Die Implementierung eines QM-Systems stellt konkret eine Marketing-Strategie im Sinne von Produkt- bzw. Programmpolitik³ und der Sales-Promotion (allgemeinen Verkaufsförderung) dar. Die Leitidee der Qualitätsentwicklung sind damit weniger der Dienst am Bewohner, sondern vielmehr Systemerhaltungsinteressen (K. Gröning, 1997) der jeweiligen Einrichtung und damit zentrale ökonomische Interessen.

Die Zertifizierung nach DIN EN ISO und die Beteiligung am „EFQM-Preisausschreiben“ stellt in diesem Kontext ein vorzeigbares und verhältnismäßig leicht zu erreichendes – wenn auch zeitaufwendiges und kostspieliges – Betriebsaccessoire dar, dessen Signalwirkung nach außen für die Einrichtung relevant ist, auch

» Qualität wird auf die Frage der „messbaren Beschaffenheit“ reduziert.

wenn die Steuerungswirkung nach innen aus systemischer Sicht eher fraglich ist.

Es erstaunt jedoch bei näherer Betrachtung nicht, dass es Altenheime gibt, denen trotz eines (oder gerade wegen eines?) vorzeigbaren DIN-ISO-Zertifikates durchaus der Entzug des Versorgungsvertrages durch die Pflegekassen und entsprechende Sanktionen seitens der Heimaufsichtsbehörden droht. Denn das Zertifikat sagt in der Regel

nichts über die „gelebte Qualität“ im Heim aus. Die Performance der Pflegekräfte, also ihr Handeln am und mit dem Pflegebedürftigen, interessiert hier nicht.

Wieviel Organisation verträgt die Organisation?

Das Fehlen von kollektiv geteilten und angewandten Theorien im Management (hier: Führungstheorien) und nicht zuletzt die epidemischen Defizite im Professionsverständnis⁴ vieler Leitungskräfte führen nicht selten zu einem praxisfernen Herumgewurschel mit dem Thema Qualität. Es wäre interessant zu klären, wie viele Sozialversicherungs- und Steuermittel hierfür verausgabt werden und wie viel Jahresarbeitszeit von zunehmend frustrierten MitarbeiterInnen hierauf verwendet wird. Die zentrale Frage „Wieviel Organisation verträgt die Organisation?“ (D. Baecker) spielt weder bei DIN ISO noch beim EFQM-System eine Rolle. Sie wird komplett ausgeblendet.

Im Führungsalltag werden aufgrund der genannten Führungsdefizite leichtgläubig Codierungen aus dem Funktionssystem der Wirtschaft übernommen (bezahlbar / nicht bezahlbar etc.). Dem folgt die Mitübernahme der entsprechenden Programme (Budgets etc.). Die Funktionslogik des Systems Wirtschaft ist jedoch nicht identisch mit der des Funktionssystems „Gesundheitswesen“. Systemisch betrachtet „ticken“ diese Systeme und die zu ihnen zählenden Organisationen unterschiedlich; sie verfügen über höchst differente Codierungen und Programme.

DIN ISO und das in EDV-Unternehmen sehr beliebte EFQM-System entsprechen programmatisch dem industriellen Wirtschaftssystem. Die verwendete Sprache verdeutlicht dies („Angebotprodukt“, „Kunde“, „Abweichungsgenehmigung“, „Messprozess“ und „Messlenkungssystem“ etc.). Deshalb – so die Befürworter derartiger Systeme – bedarf es der „Übersetzung“ (Sprache!) auf das Gesundheitssystem. Systemtheoretisch kann man hier von einer Um-Codierung sprechen. Das System wird dabei sprachlich hochgradig angepasst. Eben dies macht die Passung zu den zentralen therapeutisch-pflegerischen Kernbereichen des Pflegealltags (quasi einem anderen Programm) so schwierig. Es kommt infolgedessen zu einer skriptualen (verschrifteten) Rauchentwicklung. Und wo

viel Rauch ist, da muss bekanntlich auch ein (Qualitäts-)Feuer sein....

Professionalität und QM

Dem handlungsorientierten Professionsverständnis (nach Oevermann/Weidner) liegen u.a. die folgenden Aspekte zugrunde:

- die widersprüchliche Einheit aus Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen;
- die subjektive Betroffenheit des Bewohners und die Achtung seiner Autonomie;
- die Anerkennung, dass es keine vollständigen Handlungsstandards gibt.

Kurz gefasst: Das verantwortliche Handeln macht die Professionalität der Akteure aus.

Führungskräfte (Geschäftsführer, Heimleiter etc.), die dazu neigen, die Relevanz ihres eigenen konkreten (Führungs-)Handelns und des (Pflege-)Handelns ihrer MitarbeiterInnen sowie deren reale Rahmenbedingungen außer Betracht zu lassen und

anstelle dessen eher auf kurzfristige werbewirksame Außenwirkung setzen, neigen bei der Auswahl eines QM-Systems zu den o.a. Instantprodukten DIN ISO und EFQM. Das Handeln am Mitarbeiter liegt in diesen QM-Systemen im Bereich des blinden Flecks. Die Lebensqualität der BewohnerInnen und die Arbeitsqualität von MitarbeiterInnen reduzieren sich in solchen QM-Systemen auf ein tayloristisches Fertigkeitenverständnis⁵.

Von Speisekarten und Vorführrüchen

Mit der Einführung eines DIN-ISO-Systems bzw. eines EFQM-Modells in Altenpflegeheimen wird eine Täuschung vorsätzlich herbeigeführt, um den Inhalt des QM-Systems nicht in Frage zu stellen („Es kann nicht sein, was nicht sein darf“). Scheinbare Harmonie wird hergestellt, in dem das System, infolge mangelnder Passung zur Praxis, im Wesentlichen auf administrative Felder beschränkt bleibt.

Es herrscht das „Prinzip von Speisekarte und Essen“ (Fritz B. Simon). Dem MDK wird die Speisekarte (Zertifikat, eine Preisbewerbung) unter die Nase gehalten; das Essen hat nicht zu interessie-

ren. Die präparierte Vorführrüche steht offen, keinesfalls jedoch die Betriebskantine des Pflegealltags.

Während der Einbauphase eines solchen Systems stellt sich häufig eine hektische Betriebsamkeit ein. Es passiert viel in Qualitätszirkeln (QZ) und in Lenkungsausschüssen etc., ohne dass etwas Wesentliches im Alltag geschieht. Es entsteht eine selbstbezügliche Kommunikation, die das konkrete Handeln von Führungskräften und Pflegenden nicht beeinflussen oder gar in Frage stellen muss. Das Motto lautet „Wir reden und schreiben uns den chaotischen Pflegealltag ordentlich“.

Dies liegt u.a. darin begründet, dass DIN ISO und EFQM Aspekte wie die Qualifikation (nicht nur) der Führungskräfte und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Pflegenotstand, defizitäre Finanzierung etc.) vollkommen ausblenden.

Dadurch haben wir es mit einer hochgradig selektiven Betrachtungsweise zu

tun, die diesen Systemen innewohnt – mit nicht unerheblichen Folgen für Führungskräfte, MitarbeiterInnen und nicht zuletzt BewohnerInnen.

- Bei Leitungskräften führt die selektive Betrachtungsweise dieser QM-Systeme zu Wirklichkeitskonstruktionen, die einem intersubjektiven Abgleich mit dem konkreten Erleben ihrer MitarbeiterInnen nicht standhalten können.
- Bei PflegemitarbeiterInnen löst die Implementierung derartiger QM-Fertigprodukte mitunter manisch-depressive Tendenzen aus, die das Ausbrennen forcieren.
- BewohnerInnen spüren die Folgen dieser QM-Systeme am deutlichsten dort, wo MitarbeiterInnen nicht zur Verfügung stehen, weil sie ihren Terminen im QZ nachkommen müssen, um Verfahrensstandards zu erstellen.

In der Pflege geht es jedoch um ein wesentlich umfassenderes Verständnis von Qualität: „Indem lediglich ein Teil pflegerischer Wirklichkeit, die sachlich richtige Durchführung von Pflegetechniken, zum Dreh- und Angelpunkt von Qualität gemacht wird, werden äußere Rahmenbedingungen, die Subjektstellung des Betroffenen und die Qualität der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aus dem Blickwinkel verloren. Dies

Es passiert
viel in Qualitätszirkeln,
ohne dass etwas
Wesentliches im Alltag
geschieht.

aber gehört zu einem umfassenden Qualitätsbegriff in der stationären Altenhilfe“ (Harris u.a., 1995, S. 13 f.).

Wertorientierung heißt (Führungs-)Verantwortung ernst nehmen

Ein wertorientierter QM-Ansatz stellt das konkrete Handeln von Leitungskräften und Pflegenden ins Zentrum des hierbei zu führenden Diskurses in den Einrichtungen.

Kernpunkte dieses Qualitätsverständnisses sind

- die Autonomie des Patienten / Heimbewohners,
- das subjektive Erleben des Patienten / Heimbewohners und
- die Verneinung vollständiger Handlungsstandards.

Diese Kernpunkte decken sich mit den zentralen Aussagen des handlungsorientierten Professionsverständnisses nach Oevermann / Weidner.

Das wertorientierte QM-System erkennt die Tatsache an, dass „der größte Teil der Pflegequalität auf die Einstellungen, Einsichten, Erfahrungen, Qualifikationen etc. der Pflegenden basiert“ (vgl. Harris u.a., 1995, S. 40). Wertorientierte QM-Systeme gehen davon aus, dass Lebensqualität ebenso wie Pflegequalität im engsten Sinne „zum größten Teil durch die Einstellungen der Betreiber, Manager und der Belegschaft auf allen Ebenen geprägt (ist)“ (a.a.O., S. 32).

Die Übertragung der zentralen Werte dieses Ansatzes – Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung, Unabhängigkeit, Privatheit und Würde⁶ – auf die Praxisfelder Ernährung, Gebäude und Umwelt, Pflegepraxis, Personal, Weiterbildung, Risikomanagement, Dokumentation und Publikationen (z.B. Leitbilder) erfordert von den Beteiligten die verbindliche Klärung und Umsetzung für ihre jeweilige Einrichtung und den Pflegealltag. Dieses Verfahren ist vergleichbar mit der widersprüchlichen Einheit der Anwendung von Fachwissen und dem hermeneutischem (= deutenden) Fallverstehen nach Oevermann/Weidner. Denn: Nicht alles was die Pflegeeinrichtung kann oder glaubt tun zu müssen, will der Bewohner auch.

Es geht dabei um die zu klärende Frage: Was bedeuten diese Werte für den einzelnen Bewohner in der jeweiligen Situation? Dies verlangt den Akteuren die Begründung ihres Handelns ab sowie

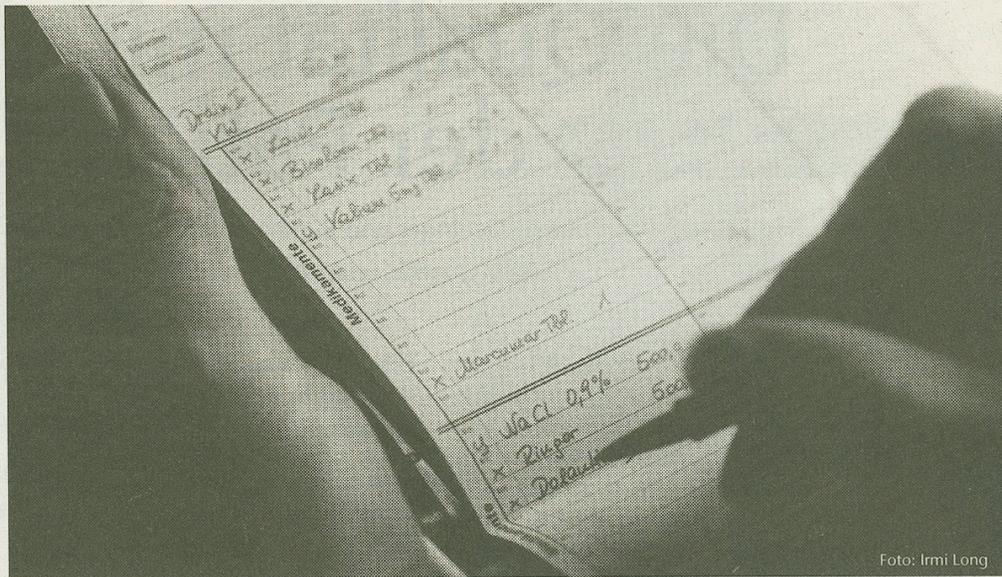


Foto: Irmi Long

die Einhaltung einer analytischen Distanz zum konkreten Fall.

Wo wird Qualität erfahrbar?

Qualität wird transparent in der Ereignishaftigkeit der Handlungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Wird sie reduziert auf Kunsterzeugnisse wie QM-Handbücher oder lediglich substituiert über den Laufsteg der Öffentlichkeit geschickt, damit man mit ihr Preise und Zertifikate erwirbt, dann wird sie instrumentalisiert. Sie leistet so keinen relevanten Beitrag zur Veränderung der weiterhin trostlosen Betriebskantinen des Pflegealltags.

Pflegeeinrichtungen tun gut daran, ihre primäre Sichtweise auf eine verschriftete Qualität aufzugeben und die Implementierung eines QM-Systems professionell zu reflektieren. Das setzt voraus, die eigenen kulturellen Eigenheiten zu beachten (dazu gehören auch die eigenen ungeschriebenen Regeln und Rituale) und eine ausgewogene Passung zwischen diesen Eigenheiten und den Erwartungen der BewohnerInnen herzustellen. Dies bedeutet, das konkrete Handeln am Pflegebedürftigen in den Fokus der Beobachtung zu nehmen und ebenso das Handeln von Führungskräften gegenüber ihren MitarbeiterInnen. Hier zeigt sich Qualität konkret, hier wird sie transparent und erfahrbar.

Die realen Steuerungsmöglichkeiten von Führungskräften sind enger begrenzt, als die meisten Führungskräfte es sich selbst und anderen gegenüber einräumen. Steuerungsmöglichkeiten beschränken sich im Wesentlichen auf interne Selbststeuerung und auf externe

Kontextsteuerung. Jeder Versuch der direkten Steuerung durch Führende verringert die Möglichkeit, ein gewünschtes (Qualitäts-)Ziel zu erreichen.

Das wertorientierte QM-System ist Ausdruck einer Kontextsteuerung, indem das Pflegemanagement durch die eigene Haltung und das Verhalten Einfluss auf die in einer Einrichtung gelebten Werte nimmt.

Anmerkungen

- Eine Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden.

1 Vgl. Vespermann u.a.: „Ein erfolgreicher Qualitäts-Sprung“ in: *Altenheim* 11/2001, S.14-19

2 EFQM = European Foundation for Quality Management

3 Zur Erzielung eines Höchstmaßes an Werbewirkung.

4 Bei gleichzeitig inflationärer und unreflektierter Verwendung des Begriffes der Professionalität durch Leitungskräfte und Träger.

5 Taylorismus: von F.W. Taylor Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte Rationalisierungsmethode, die eine optimale Organisation der Arbeitsprozesse und eine zweckmäßigere Gestaltung der Arbeitsmittel im Interesse der Steigerung der Arbeitsproduktivität und -effektivität anstrebt.

6 Diese Werteskala ist erweiterbar und nicht auf die hier benannten Werte begrenzt.

AUTOR

Manfred Borutta

geb. 1961, ist Altenpfleger, Kursleiter in der Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte beim Kreis Aachen und studiert Pflegemanagement an der kath. Fachhochschule Köln.