

Qualität – ein Dilemma?

Autoren: András Márton und Stefan Knobel

Die systematische und institutionelle Verankerung von Qualitätmaßnahmen ist eine Entwicklung der Moderne. Trotz all den Vorteilen der Einführung verschiedenster Systeme der Qualitätssicherung und trotz deren ständiger Überarbeitung ist die Diskussion über Qualität vor allem auch im Bereich der sozialen und medizinischen Versorgung ziemlich angeheizt. In unseren Überlegungen legen wir die Spannungsfelder dieser Debatten dar.

Das Problem der Sprache

Eine alte Weisheit. Ein Schiffskapitän auf dem freien Meer ruft laut über das Sprachrohr in das Maschinenhaus die Frage:

Wie viel?

Die Antwort kommt sofort: Dreißig!

Der Kapitän ruft leicht irritiert zurück: Was dreißig?

Die Antwort lässt nicht lange auf sich warten:

Was wie viel?

Dieser alte Witz drückt ziemlich gut die Natur der Falle aus, in die wir durch unsere Sprache und unser Denken immer wieder gelockt werden.

Scheinbare Übereinstimmung. Wir versuchen das Miteinander über die Sprache zu meistern. Doch, wie Heinz von Förster verdeutlichte, gelingt es uns erst

einmal, das Problem über die Sprache (auf)zulösen, ohne an dessen Wesen Zugang gewonnen zu haben. Durch Wörter und Begriffe erzeugen wir den Schein einer Übereinstimmung: Uns scheint, dass wir sagen, was wir meinen und viel mehr auch, dass der Andere meint, was ich meine, wenn ich höre, was ich höre, wenn er etwas sagt. Dieser komplizierte und relativierende Satz ist nicht übertrieben. Wir hören und sagen Wörter, verknüpfen diese aber bewusst und unbewusst mit unseren eigenen Meinungen, Deutungen, Erfahrungen, Vorurteilen und Hintergründen. Die Bedeutung der Begriffe und Wörter liegt in uns. Wir bringen einmalige und unwiederholbare Welten hervor. Ein gemeinsames Verständnis einer Begrifflichkeit ist deshalb eine Illusion. Die Annäherung der individuellen Welten hinter den Wörtern und Begrifflichkeiten wird deshalb immer eine kontinuierliche und gegenseitige Kommunikationsaufgabe bleiben, die weit über eine «allgemein gültige» Definition gehen muss.

Wenn wir also einen Zugang zur Qualität in der Pflege suchen, müssen wir den Begriff der Qualität und der verschiedenen Zauberworte rund um das Thema Qualität hinterfragen. Wir müssen zuerst verstehen, was sie für uns bedeuten. Schlicht und einfach, wir müssen klären, worüber wir reden. Wir müssen eine inhaltliche Qualitätsdiskussion führen.

Was verbirgt sich hinter Qualität?

Definitionen. Es gibt ganz viele Versuche aus verschiedensten Perspektiven, Qualität zu definieren. Aus der großen Vielfalt der Definitionen und der Zugänge erwähnen wir hier folgende:

In der Philosophie:

Qualität ist die Gesamtheit der Eigenschaften, die das Wesen der Dinge charakterisiert.

In der Technik:

Qualität ist die Gesamtheit der Eigenschaften eines Produktes, die aufgrund dessen zweckgemäßer Nutzung die Erfüllung bestimmter Bedürfnisse sicherstellt.

In der Wirtschaft:

Die Qualität ist die Beschaffenheit einer gewissen Einheit, bestimmte und erwartete Anforderungen zu befriedigen.

Im Marketing:

Die Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale und Beschaffenheit von Produkten oder Dienstleistungen, die diese tauglich machen, um bestimmte oder versteckte Bedürfnisse zu befriedigen.

Im Volksmund:

Qualität ist, wenn der Kunde wieder kommt – und nicht das verkaufte Produkt.



Messbare Qualität

Wenn man diese Definitionen miteinander vergleicht, zeigt es sich, dass eine „wertneutrale“ Annäherung an den Begriff fast nicht möglich ist. Je nach Perspektive verändert sich die Definition. Was die Definitionen letztlich aber zusammenführt ist das folgende:

- Qualität eines Objektes, Prozesses oder Systems ist eben die Gesamtheit von deren Eigenschaften (Qualität ist das, was eben ist),
- Qualität hat in den meisten Definitionen etwas mit GUT zu tun (Gut für etwas, zu etwas, für jemanden usw.).

Quantität der Qualität (das WAS vom WIE)

Gegensätze? Interessant ist, dass Quantität oft als Gegenpart des Wortes Qualität aufgeführt wird. Wenn man die etymologische Wurzel der beiden Begriffe studiert, zeigt sich, dass es sich bei den beiden Worten nicht um Gegensätze handelt. Sie sind vielmehr ergänzend. Das Wort «Qualität» ist aus dem lateinischen Begriff «qualitas» entstanden und bedeutet Beschaffenheit, Merkmal, Eigenschaft oder Zustand eines Gegenstandes, eines Systems oder Prozesses. Der Begriff der «Quantität» entspringt dem lateinischen Wort «quantitas», was die Menge oder Anzahl von Stoffen oder Objekten oder die Häufigkeit von Vorgängen bezeichnet.

Der moderne Zugang zu Qualität ist versucht, unter dem allgemeinen Zauber der Zahlen, diese beiden Kategorien voneinander zu substituieren.

Messbarkeit. Die meisten gängigen Qualitätskonzepte haben ihre Wurzel in den Anstrengungen der Industrie zur Produkt- und Prozessoptimierung. Diese suchen grundsätzlich nach Normierung «inhärenter» Eigenschaften von Produkten (Waren und Dienstleistungen). Inhärent soll bedeuten: eigene, nicht von außen zugeordnete, objektive Eigenschaften, die beschreibbar, messbar und überprüfbar sind. Das heißt, die passende Quantität und Reihenfolge ergibt die passende Qualität. Diese hängt nur vom deutlich, zahlenmäßig und nachvollziehbar beschriebenen Rezept ab. Die bekanntesten Qualitätsmanagement-Systeme, die ISO- und IEC-Normierungen, basieren auf diesen Annahmen. Es wird nach einer quantifizierten Qualität gesucht, beschreibbar, zahlenmäßig ausdrückbar, ablaufmäßig standardisierbar, weil das auch nachvollziehbar, überprüfbar, wiederholbar sein soll. Und das ist sie auch in ganz vielen Situationen. Durch die Einführung von QM-Systemen dieser Kategorie ist in den letzten Jahrzehnten eine unglaubliche Entwicklung der standardisierten Organisation, der Produktion, und des Vertriebes gelungen, bei vielen Produkten sogar mit sinkenden Preisen.

Das ist zum Teil auch in sozialen und medizinischen Versorgungssystemen der Fall. Wer würde schon in Frage stellen, dass es am besten ist, ein bestimmtes Medikament immer nur zum richtigen Zeitpunkt, in der genauen Dosis einzunehmen. Oder, dass es in Kindergemeinschaften sinnvoll ist, regelmäßige und





Dr. András Márton –
Arzt, Kinaesthetics
Ausbilder, Direktor Caritas
Alba Iulia



Stefan Knobel –
Pflegeexperte, Kinaesthetics
Ausbilder, Präsident der
stiftung lebensqualität

zum richtigen Zeitpunkt durchführte epidemiologische Untersuchungen zu machen, um die Verbreitung ansteckender Krankheiten rechtzeitig vorzubeugen. Oder das die Einführung vom „Minimalstandard“ der Handwäsche mit Chlorkalk-Lösung in der Wiener Klinik von Semmelweis die gesamte Chirurgie „aufblühen“ ließ. Diese Standards und Maßnahmen der messbaren, quantifizierbaren Qualität sind besonders wertvoll, und ohne diese wäre Entwicklung und Qualität in komplizierten Situationen, Systemen und Abläufen sicher nicht denkbar.

Trivial. Die Wirkung und Brauchbarkeit von Qualitätsstandards gilt aber vorwiegend für triviale Systeme. Der Begriff der trivialen Systeme steht in der Kybernetik für Systeme mit berechenbaren und vorhersagbaren Systemverhalten: ein gewisser Input (Standard, Maßnahme) produziert immer wieder denselben Output (Wirkung, Funktion). Zum Beispiel wird ein Staubsauger, wenn er standardmäßig gewartet und in Betrieb genommen wird, immer beim Einschalten eine Luftzugkraft produzieren, welche zum Staubsaugen geeignet ist. Deshalb bewirken in diesem Kontext standardisierte Inputs in der beruhigenden Mehrzahl der Fälle berechenbare bzw. erwünschte qualitative Outputs. Wir können also von einer berechenbaren, messbaren, beschreibbaren und überprüfbaren „Quantität der Qualität“ sprechen. Von dem WAS eines WIE's.

Qualität der Quantität (das WIE vom WAS)

Objektivität. Diese messbare, quantifizierbare Qualität wird ziemlich generell von den vom Subjekt zugeschriebenen, also subjektiven, Qualitätsmerkmalen abgekoppelt, die grundsätzlich als „weiche“, sogar als «unwissenschaftliche» Kriterien angesehen werden. Was mir gefällt, mir (dir) passt oder schmeckt usw. ist subjektiv, relativ und nicht berechenbar, hat also wenig Relevanz auf nachhaltige Qualitätsprozesse. Sogar im TQM (Total Quality Management), mit Anspruch auf einen ganzheitlichen Zugang zur Qualität, werden subjektive Komponenten oft zuerst «objektiviert», das heißt themenbezogen statistisch bearbeitet, interpretiert und dann erst ernstgenommen.

Doch das Thema des Subjektes kann nicht umgangen werden. Wie der Physiker und Kybernetiker Heinz von Förster klarstellt, wird jede Beobachtung von einem Beobachter gemacht. Objektivität ist demnach «eine Wahnvorstellung, Beobachtungen könnten ohne Beobachter gemacht werden». (S. 154)

Beobachtung ist subjektiv. Wenn wir von Qualität reden, sind es wir, die von Qualität reden, die Qualität beobachten, bewerten oder entwickeln. Qualität wird deshalb, sogar in Bezug auf triviale Systeme, in gewissem Maße einen Beziehungscharakter zwischen Objekt (Gegenstand, Prozess, Maßnahme, Standard) zum Subjekt haben.

Was heißt aber Qualität in einem vorwiegend intersubjektiven Kontext, wie es auch in der Pflege und generell in der Gesundheits- und Sozialversorgung der Fall ist? Wenn wir in diesem Zusammenhang über Produkt-Qualität (z.B. Dienstleistung), Prozessqualität (z.B. Ablauf), oder Systemqualität (z.B. Organisation) reden und etwas bewirken wollen, müssen wir auch verstehen, wie ein Subjekt funktioniert.

Nicht triviale Systeme. Die kybernetische Sprache ordnet das Subjekt, aber auch jedes lebende System (Familie, Organisation, Gesellschaft, Biosphäre ...) in die Kategorie der nicht-trivialen Systeme: Systeme mit unberechenbaren und unvorhersagbaren Systemverhalten. Im Gegenteil zu trivialen Systemen folgt bei nicht-trivialen Systemen auf einen gewissen Input (Standard, Maßnahme) nie derselbe Output (Wirkung, Funktion, Verhalten).

Diese, übrigens weitgehend auch erfahrbare Tatsache, gründet unter anderem auf folgenden wissenschaftlich untermauerten Tatsachen:

- Lebewesen sind in Bezug auf die Information operational geschlossen, das heißt, sie steuern ihr Verhalten ausschließlich von innen.
 - Sie sind autopoetisch, das heißt, sie sind das Ergebnis ihres eigenen Organisationsprozesses (selbsterzeugend).
 - Sie sind selbstregulierend, das heißt, sie steuern ihr Verhalten intern über Rückkopplungsschleifen (reagierende, lernende Systeme)
- Eine innere, von außen nicht zugängliche, individuelle, situative, auf der Stelle produzierte Variable generiert (erschafft) fortlaufend das Verhalten eines Subjekts.

Individualität ist nicht standardisierbar. Im intersubjektiven Bereich werden deshalb Qualitätsmaßnahmen die auf standardisierten Inputs beruhen, wacklig, fraglich und überfordernd. Da sie nie der Erwartung gerecht werden können, auf standardisierte Inputs stabile, berechenbare Outputs zu generieren, ist man versucht immer mehr Input-Standards und standardisierte Inputs zu verschreiben, in der Illusion, das nur noch nicht das richtige Maß davon gefunden wurde. Das führt zu maß- und nutzlosen Maßnahmen sowie zu einem drastischen Qualitätsverlust.

Literatur:

- > **Förster von, H.;**
Pörsken, B.: Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker. Carl Auer Systeme Verlag, Heidelberg 1999.



Die Qualität der menschlichen Interaktion ist nicht quantifizierbar

Zwei Beispiele:

Positionswechsel. In vielen Pflegehandbüchern ist beschrieben, wie Menschen Schritt für Schritt angeleitet werden sollen, um nach einer Bauchoperation vom Liegen ins Sitzen zu kommen. Wenn man diese standardisierten Anleitungen selbst ausprobiert, dann entdeckt man, dass diese oft zu einer sehr hohen Belastung der Bauchmuskeln führen. Somit erreicht man mit dieser standardisierten Vorgehensweise das Gegenteil der Absicht.

Atemunterstützende Lagerung. Oft lernen Pflegende die sogenannten A, V oder T-Lagerungen, um bei Atemnot die Menschen zu unterstützen. Die einzelnen Lagerungen sind technisch genau beschrieben und es wird detailliert vorausgesagt, welche Lungenteile bei welcher Lagerung besser belüftet werden. Leider ist es so, dass diese standardisierten Vorschriften bei den meisten Menschen nicht die vorhergesagte Wirkung erreichen.

Für diesen Bereich braucht es einen ganz anderen Zugang, in dem die Optimierung der Qualität der Selbststeuerung aller einzelnen Akteure und des betreffenden Interaktions-Systems im Mittelpunkt steht.

Was heißt das für die Pflege?

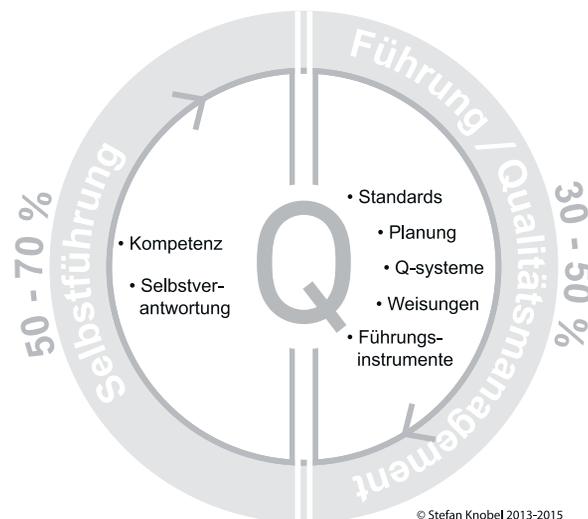
Qualitätsmanagement. Wie schon früher angedeutet, sind im sozial-medizinischen Bereich große Fortschritte, dank Standardisierung und QM-Systemen, gemacht worden. Die modernen Krankenhäuser oder Pflegeheime von heute, die Leistungen der hochtechnisierten Spitzenmedizin und vieles andere mehr wären ohne diese unvorstellbar.

Es gibt mehrere QM-Modelle im Gesundheits- und Sozialwesen. Eines der populärsten davon ist das Denkmodell von Avedis Donabedian, wonach sich die Qualität im Gesundheitswesen auf drei kausal verknüpfte Dimensionen stützt, nämlich

- Struktur- oder Potenzialqualität (structure)
- Prozessqualität (process)
- Ergebnisqualität (outcome)

Planbar – unplanbar. Dass eine deutliche Verbesserung der Struktur und Prozessqualität keine zwangsläufige Verbesserung der Ergebnisqualität mit sich bringt, ist schon längst eine Tatsache. Das hat grundsätzlich auch mit dem beschriebenen wesentlichen Unterschied





© Stefan Knobel 2013-2015

zwischen der objektiv greifbaren, berechenbaren, planbaren «Realität» und der personellen und intersubjektiven, in der operationalen Geschlossenheit unberechenbar, laufend generierten Wirklichkeit zu tun.

Es ist überhaupt keine Frage: Struktur und Prozessqualität sind wesentlich. Doch sie werden nie einen direkten linear-kausalen Einfluss auf die strukturgenerierenden Regelprozesse (Autopoiese), mit anderen Worten auf die Gesundheits- oder Krankheitsentwicklung einer Person haben.

Selbststeuerung. Das Personale und das Intersubjektive muss in die „Qualitäts-Gleichung“ integriert werden. Und es muss akzeptiert werden, dass die nicht trivialen Aspekte der Qualität letztlich nur durch Selbstverantwortung und individuelle Kompetenz gesteuert werden können. Dazu sind mindestens zwei Aspekte unbedingt notwendig:

Die Erweiterung der Kompetenz der Pflegefachleute, die eigenen inneren Regelprozesse wahrzunehmen, zu erkennen, zu reflektieren und gezielt beeinflussen zu können.

Die Erweiterung der Kompetenz der Pflegefachleute, eine sensible Achtung auf die Verhaltensreaktionen

der KlientInnen zu richten, verknüpft mit der Fähigkeit, eine entsprechende Echtzeit-Anpassung des eigenen Verhaltens zu bewirken.

Die Dimension von «Quality-Management» muss also mit einer «Quality-Behaviour» ergänzt und verflochten werden, mit einer auf sich selbst bezogenen individuellen Qualität der Selbstkompetenz und der Beziehungskompetenz (self competence, interpersonal competence).

Das folgende Modell ist ein Versuch, den individuell-personalen Aspekt des Qualitätsgeschehens zu integrieren.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass es grundsätzlich nicht um die Frage geht, ob man für oder gegen Qualitätsstandards, Vorschriften und Algorithmen ist. Vielmehr geht es darum, das richtige Werkzeug an richtiger Stelle zu gebrauchen. Sonst geraten wir leicht in die Situation, von der der berühmte Kommunikationsforscher Paul Watzlawick meint: «Wer als Werkzeug nur einen Hammer hat, sieht in jedem Problem einen Nagel.»

Wenn wir ernst nehmen, dass der Mensch im Mittelpunkt der Pflege steht, darf der Mensch in seiner nicht-trivialen Realität nicht nur ein Störfaktor in einem objektivierten Uhrwerk werden, sondern muss in den Mittelpunkt rücken und sich entwickeln dürfen.

Derselbe Mensch muss sich aber auch auf verlässliche Systeme der Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen stützen können, um die eigenen Ressourcen der individuellen Gesundheitsentwicklung besser und in relativer Sicherheit aktivieren zu können. ●