

**Rainer Müller (1997): Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen
Vortrag auf der Fachtagung "Ressource, Qualität IV, Qualitätsmanagement im
Gesundheits- und Sozialwesen", Qualitätsmanagement Club e.V., Magdeburg,
10.11.1997**

Gesundheits- und Sozialwesen als wohlfahrtsstaatliches Arrangement

Der Begriff Qualitätsmanagement ist stark geprägt durch die Verständnisse und Konzeptionen der DIN ISO 9004. Unsere Vorstellungen über den Begriff Gesundheits- und Sozialwesen wird bestimmt durch unsere Erfahrungen und Kenntnisse über das Medizinsystem, über das Krankenversorgungssystem einschließlich der Krankenversicherungen und über die Einrichtungen der kommunalen und wohlfahrtsstaatlichen Hilfesysteme.

Ich möchte für eine erweiterte Perspektive plädieren und den Begriff Qualität und Management offenhalten und nicht gleich den Definitionen der ISO-Konzeption gedanklich unterwerfen. Denn hinter diesen Definitionen und Konzeptionen stehen Annahmen, Theorien, Ideologien und historische Entwicklungslinien, die hinterfragt gehören und die ich auch nicht immer teile.

Wie stark der Begriff Qualität von inhaltlichen normativen, qualitativen Verständnissen, kulturellen Mustern und Deutungen geprägt ist, möchte ich mit einem Zitat von Laot-se deutlich machen „.... beim Wohnen zeigt sich Qualität am Platz, beim Denken zeigt sich Qualität in der Tiefe, beim Schenken zeigt sich Qualität in der Liebe, beim Reden zeigt sich Qualität in der Wahrheit, beim Walten zeigt sich Qualität in der Ordnung, beim Wirken zeigt sich Qualität im Können, beim Bewegen zeigt sich Qualität in der rechten Zeit...“ (Laot-se, ca. 300 v. Chr.).

Das Verständnis vom Management ist stark geprägt durch unsere Kenntnisse über betriebliche Führungsstrukturen. In der Politologie wird unter Management eher eine Kompetenz und Fähigkeit zum Steuern und Regulieren verstanden. Unterschieden werden sollte hier analytisch, auf welcher Ebene gesteuert und reguliert werden soll. Politikwissenschaftlich unterscheidet man die Meso- und Mikroebene. Auf der Makroebene sind für das Gesundheitswesen die Europäische Union und der Nationalstaat, auf der Mesoebene die Interaktionen der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der Kassenärztlichen Vereinigung zum Beispiel von Bedeutung. Auf der Mikroebene haben wir das individuelle Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten in Familie, am Arbeitsplatz, jedoch auch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu betrachten. Für das Qualitätsmanagement ist nun zu fragen, wie die Interaktionen zwischen diesen drei Ebenen sind und wie bewußt nicht nur „top down“-, sondern auch „bottom up“-Regelungen und Steuerungen gewollt sind bzw. eher indirekt verlaufen.

Mein Verständnis vom Gesundheitswesen geht von der Tatsache aus, daß ein großer Teil der Bewältigung von gesundheitlichen Krisen im Laienbereich, nämlich bei der betroffenen Person selbst, bei dem engeren sozialen Netz, wie Familie, Partner, Kollegen, Nachbarn, ehrenamtliche Unterstützung erfolgt. Es ist immer noch so, daß ein großer Teil der Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen auch in gesundheitlichen sozialen Krisensituationen auf der Daseinskompetenz von Individuen und ihren Mitmenschen beruht und soziale bzw. gesundheitliche Krisen nicht sofort und jeder Zeit durch erwerbsförmige professionelle Hilfen bearbeitet werden. Gerade der Familie kommt hier eine besondere helfende, unterstützende und stabilisierende

Funktion zu und hier sind es insbesondere Frauen, die einen großen Anteil an den sozialen Unterstützungsleistungen haben. Nur ein geringerer Teil der Problemlagen und Problemfälle wird von den professionellen sozialstaatlichen Sicherungssystemen betreut und behandelt. In diesem System wiederum ist es so, daß der größere Teil in dem ambulanten Sektor verbleibt und nur eine äußerst geringe Zahl von Fällen in die stationäre klinische Versorgung kommt. Wenn also vom Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen gesprochen werden soll, dann ist deutlich zu machen, daß es auch darum geht, das sogenannte Laiensystem zu qualifizieren und diesen sozialen Bereich mit in die Betrachtung einer qualitätsorientierten Gesundheits- und Arbeits- sowie Familienpolitik aufzunehmen. In dieser Perspektive ist weiterhin in Rechnung zu stellen, daß ein nicht unerheblicher Teil solcher Leistungen auf der Basis von Solidarität, Nächstenliebe, Caritas, Diakonie und psychosozialer emotionaler Zuwendung stattfindet. Die moralische Ökonomie ist hier die Basis der sozialen Beziehungen und nicht die monetäre Entlohnung von Dienstleistungen. Wir haben es hier mit einer Art naturalwirtschaftlicher und - wie gesagt - moralischen Ökonomie zu tun, die nicht auf marktförmige Tauschprozesse, sondern auf ein Prinzip der Gegenseitigkeit (Reziprozität) beruht. Sympathie und Solidarität erweisen sich als die wichtigen Motive sozialer Anerkennung und Mißbilligung als wichtige Sanktionen, um die Prozesse der Wohlfahrtsproduktion diesem Sektor aufrechtzuerhalten. Dieser Bereich der Sicherung von Gesundheit und sozialer Integrität bzw. Integration zeichnet sich durch deutlich geringere Kosten als diejenigen des Marktes aus. Er ist in seiner Wirksamkeit und damit unter den Kriterien von Qualität hochrangig zu bewerten, weil solche sozialen und emotionalen praktischen Unterstützungen Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und soziale Integration schaffen bzw. stärken. Diese unmittelbaren personenbezogenen Dienstleistungen sind - wie gesagt - wenig professionalisiert und leben von dem Engagement, der Umsicht und der Bereitschaft, Zeit und Zuwendung zu investieren, wie jede Hausfrau und Mutter weiß. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Selbsthilfebewegung zu verweisen, die die wachsende Dominanz der Professionellen in den sozialen Dienstleistungen und auch im Gesundheitswesen in Frage stellen. Die Selbsthilfebewegung zeigt, wie wesentlich selbstbestimmte Eigenaktivitäten und gemeinschaftliche Problemlösungen sind für die Sicherung von Wohlbefinden und sozialer Statussicherung (siehe Kaufmann, F.-X.: Herausforderungen des Sozialstaates, Frankfurt a.M. 1997, S. 102ff). Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen hat sich also nicht nur um Optimierung des eingesetzten Sachkapitals, des entlohnten Arbeitsvermögens (Humankapital) sowie der Effizienz der wirtschaftlichen Organisation zu bemühen, sondern ebenso gleichberechtigt das soziale Kapital, d.h. das Ausmaß der Sozialbeziehungen, zu qualifizieren, also den Bereich zu stützen und zu optimieren, in dem sich Menschen untereinander wechselseitig ungeltlich nützlich machen und helfen.

Es soll an dieser Stelle ebenso gesagt werden, daß Gesundheitssicherung nicht ausschließlich abhängig ist von Medizin, sondern Entscheidungen über Gesundheit fallen in verschiedenen Politikfeldern, wie Arbeitspolitik, d.h. Arbeitsmarktpolitik, Sozialpolitik, Umweltpolitik und Familienpolitik. Gesundheit ist nämlich, wie die Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften belegen, abhängig von der Höhe des Einkommens, der Bildung, von sinnvoller Arbeit, von angemessenen Wohn- und Lebensbedingungen und dem sozialen Status. Gerechte Gratifikation und Würdigung der Arbeitsleistungen in Erwerbstätigkeit wie auch in anderen Formen der gesellschaftlichen Arbeit sind von hoher Bedeutung für Gesundheit und langes Leben.

Den Begriff Management möchte ich ebenfalls etwas weiter fassen. Es geht nämlich nicht nur um das Handeln von Organisationen wie Betrieben oder von Ämtern bzw. Krankenhäusern, sondern ebenso um das Handeln von Individuen in- und außerhalb von Organisationen bzw. Institutionen. Es geht ebenso nicht nur um das Handeln von Experten und Professionellen, sondern um das Wirken, Tätigsein, Mitarbeiten von Laien in ihren Rollen als Hausfrau, Mutter, Partner oder im Rahmen des institutionellen professionellen Sektors als Patienten, hilfsbedürftige Ratsuchende, Klienten. Allerdings wenn von Qualitätsmanagement, case management oder disease management die Rede ist, dann kommen vornehmlich betriebswirtschaftliche Konzepte zum Tragen, die Kosten und Nutzen bilanzieren und mit dem Ziel Rentabilität verknüpft sind.

Die Leistungen im Gesundheits- wie im Sozialsektor sind als personale Dienstleistungen zu charakterisieren. Bei solchen Dienstleistungen gilt das Uno actu-Prinzip, d.h. die Leistung entsteht und wirkt im unmittelbaren Vollzug zwischen Arzt und Patient bzw. Krankenschwester und Patient bzw. Ratgebendem und Ratsuchendem. Patienten bzw. Hilfsbedürftige sind so gesehen Produzenten von Selbstheilung und von Rehabilitation, von Prävention und Gesundheitsförderungsprozessen. Medizinisch-ärztliche, pflegerische oder auch sozialpädagogische Leistungen unterstützen lediglich die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums, Krankheit bzw. soziale Krisen zu bewältigen.

Von daher ist der eigene Wille des Patienten, seine eigene Einsicht in die Situation, seine Motivation und sein Vertrauen in die Institution des Systems der sozialen Sicherung wie in den professionellen Helfer bzw. die Helferin eine wesentliche Bedingung für Heilung, Gesundheitsförderung und Prävention beim Umgang mit Leiden, Behinderung, chronischer Erkrankung bzw. prekärer sozialer Lebenssituation.

Bei der Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen geht es um die Bewältigung von sozio-psychophysischen Krisen, von prekären unsicheren Existenzweisen, um Hilfesuchen und Hilfegewähren und damit um ein Verstehen, Deuten, Interpretieren und um eine gemeinsame Strategie der Problemlösung. In diesen existentiellen Krisen stellen sich Sinnfragen und Deutungen der Vergangenheit wie auch der Zukunft der eigenen Biographie bzw. des Lebenslaufs.

Bei Krankheit, Unwohlsein und prekären sozialen Lebenssituationen besteht eine Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Die Krisensituationen bedrohen die selbständige Lebensführung, also die psychophysische soziale Identität. Ärztlich-medizinische Behandlung, Pflege wie auch Sozialtherapie führt zu einem Ausgeliefertsein, was typisch ist für schwere Krankheiten.

Behandlung, Pflege, Rehabilitation, Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Beratung sind keine fertigen Güter, keine Waren, die schlicht konsumiert werden können. Patienten bzw. Hilfesuchende können also nicht schlicht als Konsumenten bzw. Kunden interpretiert werden. Die Sicherung der psychosozialen physischen Existenz aller Einwohner lässt sich so gesehen nicht über Dienstleistungen sichern, die als Ware auf dem Markt autonom eingekauft werden können.

Märkte wirken höchst selektiv und schließen gerade Personen mit Verlust an Autonomie und Bewältigungskompetenz von Leistungen aus. Märkte führen häufig zu der

paradoxen Entwicklung, daß es nämlich zu einem Ausschluß von Wahlfreiheit und Teilnahmehancen kommt.

Bei Waren, deren Qualität Konsumenten allein umfassend bewerten können, ist die Wahlfreiheit des Konsumenten zwischen konkurrierenden Anbietern ein Mechanismus der Qualitätssicherung. In der Versorgung von Kranken, Hilfsbedürftigen durch Professionen wird davon ausgegangen, daß Patienten, Hilfsbedürftige die Qualität der Güter und Dienstleistungen nicht hinreichend beurteilen können, um eine kompetente Kontrolle der Leistungsanbieter vornehmen zu können. Es bedarf also einer Qualitätssicherung durch die Anbieterorganisationen der Dienstleistungen selbst, auch als interne Qualitätssicherung bezeichnet, und einer externen Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen. Die externe Qualitätssicherung kann nun durch verschiedene Organisationsweisen sichergestellt werden, einmal durch die Financiers der Dienstleistungen (Krankenkassen), zum anderen durch eine Kooperation zwischen Dienstleistungsanbietern und Financiers oder auch durch externe Einrichtungen, die über Staat, Selbsthilfeorganisationen oder Wissenschaft etabliert sind. Bei der derzeitigen Reorganisation des Gesundheits- und Sozialwesens geht es gerade um eine solche interne wie auch externe Qualitätssicherung auf den Ebenen von Prozeß, Struktur und Ergebnis (Outcomes). Diese aktuelle Qualitätssicherungspolitik bezieht sich auf professionelle personale Dienstleistungen, die im System der sozialen Sicherung erfolgen. Das Qualitätsmanagement hat also erwerbsförmige Dienstleistungsarbeit zum Gegenstand. Der organisatorische Kontext dieser Bemühungen um Qualitätssicherung bezieht sich auf die organisatorische Einheit Betrieb. Das Krankenhaus, die ambulanten therapeutischen Einrichtungen und Krankenkassen werden als Betrieb verstanden und in Richtung einer betriebswirtschaftlichen Struktur reorganisiert.

Es verwundert also nicht, wenn die herrschenden Konzeptionen von Qualitätsmanagement, die auf das Gesundheits- und Sozialwesen angewandt werden, solche sind, die aus der Rationalisierung, Optimierung und Ökonomisierung der industriellen Arbeit und des Industriebetriebes kommen. Die Qualitätsmanagementsysteme verstärken also den Prozeß, die personale Dienstleistungsarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen in den Organisationkonzeptionen von Betrieb und in der Form der Erwerbsarbeit zu bewerkstelligen. Technische, organisatorische, soziale und ökonomische Rationalisierung der industriellen Erwerbsarbeit im Industriebetrieb ist das Vorbild. Dort entwickelte Konzeptionen und Strategien werden auf den Gesundheits- oder Sozial-Betrieb übertragen. Welches Verständnis haben nun die Akteure und Verantwortlichen in diesem Sektor von Arbeit und Technik bzw. von der Sozialkonfiguration Arbeit und Technik? Dies bleibt nicht ohne Konsequenz für die Autonomie gerade der Ärzte, aber auch anderer Professionen, für die Mitwirkungsrechte und Kompetenzen der Patienten bzw. Hilfesuchenden und für die arbeitsteilig organisierte Arbeitskompetenz der dort Erwerbstätigen.