

K. HILPERT

Die ethische Dimension von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Auf den ersten Blick scheinen Qualitätsmanagement und Ethik nicht zusammenzupassen; Kennt man doch Ersteres vor allem als Begriff aus der Betriebswirtschaftslehre. Aber Qualitätsmanagement kommt auch als Instrument der Vergewisserung, der Kontrolle und Verbesserung, der Fortentwicklung und Profilschärfung sozialer Arbeit in Frage. An den Beziehungsfeldern „Pflegeperson – Patient“, „Patient – andere Patienten“, „Pflegeperson – Kollegen, andere Mitarbeiter, Leitende“ und „Pflegeperson – Angehörige“ lässt sich zeigen, dass der ganze Mensch als Maßstab der Qualität der Pflege zu verstehen ist. – Prof. Dr. Konrad Hilpert, geb. 1947, war von 1990–2001 Lehrstuhlinhaber für Praktische Theologie und Sozialethik am Institut für Katholische Theologie der Universität des Saarlandes in Saarbrücken und ist seit 2001 Lehrstuhlinhaber für Moraltheologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München. Publikationen u. a.: *Die Menschenrechte. Geschichte – Theologie – Aktualität*, Düsseldorf 1991; *Theologie und Menschenrechte. Forschungsbeiträge*, Freiburg 2001; (zusammen mit G. Hasenhüttl von ihm herausgegeben:) *Schöpfung und Selbstorganisation. Beiträge zum Gespräch zwischen Schöpfungstheologie und Naturwissenschaften*, Paderborn 2002.

1. Eine Warnung und eine Vorverständigung

Von seinem Ursprung her hat Qualitätsmanagement denkbar wenig mit Ethik zu tun. Der Begriff stammt vielmehr aus der Betriebswirtschaftslehre. Dort ist er Chiffre für das Bemühen, ein gutes Produkt zum richtigen Zeitpunkt zu wettbewerbsfähigem Preis auf den Markt zu bringen¹ und dadurch die Marktposition des Unternehmens zu stärken. Die Anwendung bestimmter Qualitätskonzepte und -verfahren in der Wirtschaft kann durchaus Erfolge vorweisen. Die Ethik jedoch fragt nach dem sinnvollen und geglückten menschlichen Leben; sie befasst sich demgemäß mit Lebensformen, Haltungen, Grundsätzen, Wertsystemen, Idealen und Regeln, nach denen Menschen ihr eigenes Handeln und das anderer als gut bzw. schlecht bewerten und die mit dem Anspruch verbunden sind, für alle zu gelten.

Seit etwa 20 Jahren spielen Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung auch im Bereich der sozialen Dienstleistungen eine immer wichtigere Rolle. Bekanntlich ist der Qualitätsbegriff sogar in das deutsche Sozialrecht aufgenommen worden (besonders in § 93 des BSHG, in § 80 des XI. Buchs, in §§ 135–137 des V. Buchs und in

¹ S. statt anderer *Reinhardt, G.* u. a., *Qualitätsmanagement. Ein Kurs für Studium und Praxis*, Berlin u. a. 1996; *Hobi, A. / Frey, K.*, *Total Quality Management: Eine erste Einführung*, in: *Becker, A.* (Hg.), *Qualität und Qualitätsstandards in der außerschulischen Jugend- und Erwachsenenbildung*, Bonn 1997, 12–15; *Zink, K. J.*, *Total Quality Management: Begriffe und Aufgaben – ein Überblick*, in: *Preßmar, D. B.* (Hg.), *Total Quality Management Bd. I*, Wiesbaden 1995, 3–18. Zur theologisch-ethischen Analyse und Bewertung von Qualität und Qualitätsmanagementkonzepten s. die Beiträge von *Wertgen, W.*, in: *Bopp, K. / Neubauer, P.* (Hg.), *Theologie der Qualität – Qualität der Theologie. Theorie-Praxis-Dialog über die christliche Qualität moderner Diakonie*, Freiburg i. Br. 2001, 32–186. Zur Frage des Qualitätsmanagements in sozialen Einrichtungen allgemein s. die Beiträge in: *Boysen, Th. / Streckler, M.* (Hg.), *Der Wert der Sozialen Arbeit. Qualitätsmanagement in Non-Profit-Organisationen*, o. O. 2002.

§ 78 des VIII. Buchs des SGB). Damit wurden Qualitätskriterien zu einforderbaren Bestandteilen der Vereinbarungen zwischen Versicherungen und Einrichtungen sozialer Hilfeleistung bzw. – anders gesagt – ökonomische Faktoren.

Diese Übertragung in einen Bereich, der gerade nicht profitorientiert arbeitet, hat – wer hat das nicht längst erraten? – mit den knapper werdenden Ressourcen zu tun und mit den Zwängen zu mehr Wirtschaftlichkeit in Folge der Konkurrenz mit anderen, auch privaten Anbietern. Bei der Thematisierung von Qualitätsmanagement ging es infolgedessen zunächst darum, soziale Dienstleistungen effektiver, überprüfbarer und kostengünstiger zu machen, erst dann auch darum, dem Bedarf der Nutzer besser Rechnung tragen zu können.

Sich dieser Herkunft des Instruments Qualitätsmanagement bewusst zu bleiben, ist wichtig, damit die Idee der Wirtschaftlichkeit nicht zur Falle gerät und unter der Hand zum alleinigen oder auch nur entscheidenden Maßstab dessen wird, was als Qualität gilt. „Qualitätsmanagement“ teilt diesen suggestiven Zug mit einer Reihe anderer Begriffe, die aus der Terminologie des Wirtschaftslebens kommen und heute in der Sozialarbeit üblich geworden sind, allen voran die Begriffe „Kunde“, „Effizienz“, „Produkt“ und „Wettbewerb“. Worum es beim Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit aber zu gehen hat, ist die spezifische Qualität der sozialen Dienstleistung, und die hat sich an ethischen Werten, letztlich am Menschen als Träger einer unverfügbaren Würde mit seinem Anspruch auf Selbstbestimmung² samt seinen physischen, psychischen und sozialen und auch geistlichen Bedürfnissen, auszurichten. Pflege und Therapie dürfen genauso wenig wie Bildung oder Erziehung einfach den ökonomischen Sachzwängen unterworfen werden. Eine als ökonomischer Faktor handelbare und auf den Markt entlassene soziale Dienstleistung genießt nicht automatisch soziale Schonung, es sei denn, ihre Qualität würde ausdrücklich an ethischen Kriterien festgemacht.

Noch etwas anderes gilt es im Bewusstsein zu halten, nämlich dass sich die Qualität einer sozialen Dienstleistung nur in begrenztem Umfang definieren, messen und dann auch überprüfen lässt. Denn eine soziale Dienstleistung hat es in ihrer konkreten Erbringung immer mit Menschen zu tun, und diese sind untereinander doch sehr verschieden, verschieden auch und gerade in dem, was ihre Schwächen, ihre Stärken und ihre seelische Belastbarkeit betrifft. Außerdem bekommt es die soziale Arbeit auch mit Bedürfnisarten zu tun, die sich nicht so messen lassen wie etwa die Sicherstellung von Ernährung und Hygiene, die aber wegen ihrer existenziellen Bedeutung gleichwohl unbedingt bearbeitet werden müssen, etwa Trauer, Einsamkeit, Angst vor dem Sterben.

Erst mit dieser doppelten Warnung versehen, kommt Qualitätsmanagement als Instrument der Vergewisserung, der Kontrolle und Verbesserung, der Fortentwicklung und Profil-schärfung sozialer Arbeit in Frage. Dann aber können sich durch sie durchaus auch positive Chancen eröffnen. Die könnten zunächst darin liegen, dass Qualitätsmanagement als Selbstkontrolle wirkt, die tatsächliche Missstände, Verschwendung von personellen, zeitli-

² S. dazu neuestens *Bobbert, M.*, Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Frankfurt a. M. / New York 2002.

Ferner: *Holzem, C.*, Patientenautonomie. Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext, Münster 1999; *Bartmann, P. / Hübner, I.* (Hg.), Patientenselbstbestimmung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002; *Pöltner, G.*, Grundkurs Medizin-Ethik, Wien 2002, 93–98.

chen und materiellen Ressourcen insbesondere, aber auch Organisationsmängel, Kompetenzwirrwarr und falsche Prioritäten entdecken und korrigieren hilft. Standardisierte und überprüfte Qualität ist zweitens auch deshalb wichtig, weil der Patient, der sich entschließt, in eine bestimmte Einrichtung zu gehen oder einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, ja normalerweise die Qualität der Dienstleistung, die er bekommen wird, nicht kennt und nur selten die Möglichkeit hat, sie mit der eines anderen Anbieters zu vergleichen. Im Unterschied zum Kunden eines bestimmten Geschäfts und zum Käufer eines Produkts kann er die Qualität der Dienstleistung allenfalls im Nachhinein bewerten.³

Eine andere, wahrscheinlich sogar die wichtigste Chance der Durchführung von Qualitätsmanagement könnte darin liegen, dass Qualität über die fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Güte hinaus auch zum Inbegriff von Grundhaltungen, Bereitschaften, Leistungen und Umgangsstilen gemacht wird, die die Behandlung der Hilfebedürftigkeit von Menschen gemäß ökonomischer Rationalität gerade aufsprengen und dem Hilfesuchenden zu der Erfahrung verhelfen, dass er als dieses bestimmte Subjekt ernst- und angenommen wird. Er und nichts anderes muss im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen.

Schließlich kann Qualitätsmanagement auch als Herausforderung wirken, um die Identität einer Einrichtung zu klären oder – anders ausgedrückt – gemeinsam der Frage nachzugehen, welchen Leitbildern sich die Einrichtung verpflichtet weiß, und was den „Geist“ ihrer Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen ausmacht, den die Mitarbeiter teilen. Derlei Motive hat jeder Mitarbeiter individuell für sich; sie können durchaus unterschiedlich sein und sich auch im Verlauf der Jahre verschieben. Hier jedoch, im Zusammenhang des Qualitätsmanagements, geht es um das geistig-geistliche Profil des Ganzen oder dasjenige, was man manchmal die Philosophie einer Einrichtung nennt.

So gesehen könnte man durchaus von einem Ethos des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sprechen.

Von diesem Ethos *des* Qualitätsmanagements zu unterscheiden ist Ethik *im* Qualitätsmanagement oder genauer: Ethik als Bestandteil des Qualitätsmanagements. Deren Gegenstand sind die zwischenmenschlichen Beziehungen zu und um den Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen. Ihr Ausgangspunkt und gleichzeitig ihr maßgebendes Zentrum bildet die Beziehung zwischen Pflegebedürftigem(r)/Patient – Pflegendem(r)/Pflegeperson. Für diese Beziehung ist es aber typisch, dass sie nicht symmetrisch ist, weil es gerade das konstituierende Merkmal der Pflegebedürftigkeit ausmacht, dass der Patient sich selbst als durch seine physische oder psychische Situation eingeschränkt und gleichzeitig als angewiesen auf und abhängig von anderen erfährt.

Um die Kernbeziehung Patient – Pflegeperson herum gibt es noch weitere Felder intersubjektiver Beziehungen, die qualitätsrelevant sind. Monika Bobbert hat jüngst in einer Übersicht über den Stand der Pflegeethik neun solcher Beziehungskonstellationen beschrieben und als systematisches Raster für die Entfaltung einer Pflegeethik vorgeschlagen.⁴ Ich möchte mich hier aber nur auf die wichtigsten beschränken. Dazu gehören erstens die Beziehungen zwischen Patient und Mitpatienten, zweitens die Beziehungen unter den Mitar-

³ Darauf macht vor allem *Wertgen, W.*, Sozialethische Analyse von Qualitätsmanagementkonzepten sozialer Dienste und Einrichtungen, in: *Bopp, K. / Neubauer, P.* (Hg.), *Theologie der Qualität*, 64f., aufmerksam.

⁴ *Bobbert, M.*, Pflegeethik als neue Bereichsethik. Konturen, Inhalte, Beispiele, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003) 43–63.

beitern, drittens die Beziehungen zwischen den Pflegekräften und den Angehörigen des Patienten. Qualitätsrelevant sind ferner nicht nur die Beziehungen, sondern auch die strukturellen Bedingungen, die durch den Träger der Einrichtung, durch die Kostenträger, durch die gesetzlichen Bestimmungen des Gesundheitswesens und auch durch die in der Gesellschaft geltenden Wertstandards gesetzt werden. Es handelt sich dabei, wie gesagt, nicht um Beziehungen zwischen Personen, sondern um mehr oder weniger anonyme Institutionen, Systeme und Bestimmungen, die gar nicht oder allenfalls mittelbar durch ihre Repräsentanten und Funktionäre mit dem Patienten oder mit der Pflegeperson in Interaktion treten. Diese Institutionen, Systeme und Bestimmungen können ebenfalls zum Gegenstand der ethischen, genauer: der sozialetischen Reflexion gemacht werden; deren Aufgabe ist es, danach zu fragen, was für den Einzelnen im Verhältnis zu jedem anderen und zum Ganzen gerecht ist. Darauf werde ich im Folgenden aber nicht eingehen. Im Unterschied zur Sozialethik erarbeitet die Individualethik jene Grundhaltungen, die in den Beziehungen des Einzelnen zu sich selber und zu den anderen geeignet sind, dass das Leben als Ganzes gelingen kann, und zwar auch in und trotz der Hilfebedürftigkeit. Ich möchte dabei so vorgehen, dass ich die genannten vier Beziehungsfelder nacheinander in den Blick nehme.

Dabei gilt es zu beachten, dass Beziehungen stets etwas Zweiseitiges sind und es auch bleiben, selbst unter den Bedingungen der Hilfebedürftigkeit und der Asymmetrie. Das bedeutet konkret, dass selbstverständlich auch der Patient nicht nur Ansprüche und Rechte, sondern auch ethische Pflichten hat.⁵ Das sei vorweg ausdrücklich betont, weil häufig im Zusammenhang mit der Reflexion der Beziehungsqualität und der Rechte des Patienten einseitig von den Pflichten der Ärzte und Pflegepersonen gesprochen wird. Das ist verständlich, insofern Pflegebedürftige und Kranke eben nicht das Gleiche vermögen, was ein Gesunder kann bzw. was sie selbst als Gesunde einst konnten. Dennoch werde ich auf Patientenverpflichtungen wie etwa Compliance, Dankbarkeit, Vermeidung von Grenzverletzungen (verbale Anzänglichkeiten, intime Berührungen u. Ä.) nicht eingehen, weil diese Seite durch Qualitätsmanagement nicht eigentlich beeinflusst werden kann, sondern allenfalls indirekt über die Art, wie die anderen Personen mit dem Patienten umgehen, nahe gelegt oder – falls sie beim Patienten vorhanden sind – ermutigt wird. Ich beschränke mich im Folgenden also darauf, die Rolle von Ethik im Prozess der organisierten medizinischen bzw. pflegerischen Dienstleistungen sichtbar zu machen.

2. Das Beziehungsfeld Pflegeperson – Patient

Selbstverständlicher Ausgangspunkt jedes Qualitätsmanagements, das auf dem Boden einer Ethik steht, die mit den Intentionen des christlichen Menschenbildes kompatibel ist, ist, dass im Mittelpunkt aller Bemühungen und Dienstleistungen der Patient bzw. die Patientin steht.

Die Asymmetrie, die die Pflegesituation ausmacht, macht die Realisierung dieses Ziels nicht einfach. Es ist klar, dass die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient von daher neben fachgerechter Erbringung in erster Linie Fürsorge und Verständnis verlangt. Der

⁵ Näheres dazu bei: *von Engelhardt, D.*, Ethos und Ethik des Kranken in Vergangenheit und Gegenwart – Rechte, Pflichten, Tugenden, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003) 3–19, bes. 10–14; *Simon, A.*, Compliance oder die Verantwortung des Patienten im Prozess der medizinischen Dienstleistung, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003) 21–28.

Verlust an Autonomie dürfte ja das sein, was der Patient am schmerzlichsten empfindet; die verbliebene Autonomie zu respektieren oder nach Möglichkeit zu stärken, aber dürfte dasjenige sein, was den Pflegepersonen unter Umständen sehr viel Mühe abverlangt, weil es die Optimierung der Rationalität stört: Der begleitete Gang zur Toilette ist zeitlich und kräftemäßig aufwändiger als das Anlegen einer saugfähigen Windel, die für viele Stunden oder eine ganze Nacht den Toilettengang überflüssig macht; Ernährung durch eine Magensonde ist zeit- und kräftesparender als mehrmaliges Füttern durch die Hand der Pflegekraft. Respekt vor der Autonomie des Patienten drückt sich vor allem darin aus, dass dieser nach seinen Bedürfnissen gefragt wird und in alle ihn betreffenden Entscheidungen einbezogen wird. Dies schließt übrigens das Risiko von Meinungsverschiedenheiten durchaus ein. Treten solche auf, muss die Pflegeperson bzw. der Arzt seine Gesichtspunkte offen legen und den Patienten danach auch eine Entscheidung treffen lassen. Bisweilen wird es auf Grund der physischen und psychischen Verfassung des Patienten unumgänglich sein, das Erforderliche stellvertretend und anwaltschaftlich zu überlegen und zu entscheiden; doch sollte der Respekt vor der Autonomie der Kranken oder schwachen Person davon abhalten, die Stellvertretung im Interesse des Patienten zum Regelfall werden zu lassen.

Voraussetzung dafür, dass Patienten zu dem, was mit ihnen diagnostisch bzw. therapeutisch oder auch nur pflegerisch „gemacht wird“, einwilligend oder auch verweigernd Stellung beziehen können, ist die Informiertheit des Patienten. Der Umgang mit der Wahrheit ist, vor allem wenn es um existenziell schwerwiegende und folgenreiche Befunde geht, sicherlich etwas Heikles. Denn sie kann brutal erfolgen und sie kann dem Fassungsvermögen des Patienten unangepasst sein. In beiden Fällen würde die Aufklärung dem Grundsatz der Fürsorglichkeit entgegenlaufen. Deshalb sind auch für das Ausmaß, die Geschwindigkeit und die Form, in der der Patient aufgeklärt wird, der Wille und das Aufnahmevermögen des Patienten selbst die ausschlaggebenden Kriterien. Andererseits ist die Vorenthaltung von Information, die nur aus der Befürchtung, Betroffenheit und Gefühle auszulösen, oder aus dem Wunsch, jede Möglichkeit von Kontrollierbarkeit zu umgehen, geschieht, eine Form von Machtausübung und Missachtung gegenüber dem Patienten.

Ein ähnlich heikler Bereich in der Interaktion zwischen Pflegeperson und Patienten ist die Wahrung der Diskretion. Therapie und Pflege bekommen es ja zwangsläufig mit Körperregionen und Vorgängen zu tun, die die Patienten in ihrem bisherigen Leben der strikten Intimität vorbehalten haben. Ärzte und Pflegepersonen haben im Zuge ihrer Routine gelernt, damit keine oder jedenfalls keine unüberwindlichen Probleme zu haben. Für die Betroffenen selbst jedoch bedeutet es häufig eine große und alles andere als freiwillige Beschämung, wenn sie sich bei der Körperhygiene, beim Toilettengang oder auch bloß bei der ärztlichen Untersuchung nackt den Blicken anderer schutzlos aussetzen müssen. Mit der Kleidung wird nämlich auch ein Schutz und ein individualisierendes Unterscheidungsmerkmal zu allen anderen Menschen abgelegt, und der Patient fühlt sich noch mehr oder ganz dem ausgeliefert, was ihm ohnehin zu schaffen macht: seiner bloßen Körperlichkeit, die ihm nicht mehr gehorcht, wie er es möchte, und die obendrein noch durch das erinnernde Vergleichen mit Früher und durch den Kontrast mit den unter Umständen vitalen Körpern der Pflegepersonen als unästhetisch erlebt werden kann. Die erzwungene Scham kann sich noch steigern, wenn die Pflegeperson dem anderen Geschlecht angehört. Von pflegebedürftigen Männern wird dies eher akzeptiert, vermutlich deshalb, weil sie schon seit frühester Kindheit durch eine weibliche Person gepflegt wurden; aber für Frauen, vor allem für alte, die in ihrer Kindheit und Jugend auch noch strengstens dazu angehalten wur-

den, die Schamgrenzen strikt zu wahren, ist dies meist eine Zumutung, die oft geradezu als Gewalt, stets aber und vor allem, wenn die Pflegepersonen wechseln, als peinlich erlebt wird.

Ein Großteil der Pflegehandlungen geschieht mittels körperlicher Berührungen. Körperliche Berührungen können von Gesprächen begleitet sein, sie können diese unterstützen; in schweren Fällen können sie sogar zur Substitution von Gesprächen werden, da eine Mitteilung auf sprachlichem Wege nicht mehr gelingt. Körperberührungen und Gespräche werden deshalb, und das gilt in gesteigertem Maß für den leidenden Patienten, zum Ausdrucks- und Mitteilungsmedium für die Bereitschaft der helfenden Person, sich in den Patienten einzufühlen und abzuschätzen, was ihm in seiner Situation gut tun könnte. Zu viel Druck oder ein leichter Stoß, der in früheren Jahren überhaupt nicht registriert worden wäre, können bei ausgetrockneter Haut erhebliche Schmerzen verursachen. Berührungen sind neben Gesprächen Formen, mit denen wir die Achtung vor dem Menschsein des individuellen Patienten realisieren können, das er ja trotz seiner augenblicklichen Schwäche mit uns gemeinsam hat.

3. Das Beziehungsfeld Patient – andere Patienten

Ethik in der Steuerung des Prozesses der medizinischen Dienstleistung oder anders ausgedrückt: Ethik im Qualitätsmanagement bezieht sich nicht nur auf die Beziehung zwischen Arzt bzw. Pflegeperson und Patient. Das ist zweifellos das wichtigste Bezugsfeld. Daneben gibt es aber auch noch andere Interaktionskonstellationen, die in den Gestaltungsbereich der Verantwortlichen fallen und sich auf die Qualität der Pflege unmittelbar auswirken.

Eine von diesen weiteren Interaktionskonstellationen ist diejenige zwischen dem Patienten und den anderen Patienten. Scheinbar völlig nebensächlich wird diese Konstellation doch meist in zwei Formen sichtbar und zwar spannungsvoll, nämlich als latenter Konflikt unter den Patienten, die im selben Zimmer untergebracht sind, und als Unzufriedenheit mit dem Maß an Aufmerksamkeit und Verfügbarkeit des Personals, das mit anderen, einem selbst im Regelfall unbekanntem Patienten geteilt werden muss. So gut wie es vorkommen kann, dass sich Patienten gegenseitig unterstützen und stärken, so gut kann es auch vorkommen, dass ihre Bedürfnisse unvereinbar sind, etwa wenn es um Ruhe, um Fernsehen und dessen Lautstärke, um die Häufigkeit von Besuchen, um die Belüftung des Zimmers, um Telefonate und Ähnliches geht. Solche Konflikte sind, wenn nicht auf Reserveräume ausgewichen werden kann, nur so lösbar, dass die Pflegenden sensibel sind für die unterschiedlichen Bedürfnislagen und Fantasie darauf verwenden, im Rahmen des Möglichen, also zum Beispiel durch Verlegen in ein anderes Zimmer, Abhilfe zu schaffen. Andernfalls müssen sie versuchen, mit den Patienten ein Agreement zu treffen, bei dem keiner sich als Unterlegener fühlen muss, aber doch Prioritäten gesetzt werden können. Es ist ein Unding, wenn eine junge Frau mit einer sehr alten, nur schwer ansprechbaren, in Depression verfallenen oder gar dementen zusammengelegt wird. Die Notwendigkeit, aus eigener Einsicht hier Prioritäten zu setzen, gilt auch für die Zuteilung der knappen Güter Arbeitszeit, Anteilnahme, Erfahrung und Wissen sowie Gefälligkeit. Die Möglichkeit, bedürfnisbezogene Entscheidungen jenseits der bloß schematischen Versorgungspflichten treffen zu dürfen, ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein durch nichts anderes ersetzbares Element der Qualität der Pflege. Dafür zu sorgen, dass überhaupt entsprechende Ressourcen verfügbar sind, ist Sache der Verantwortlichen. Diesbezüglich kommt der Gewinnung von Freiwilligen und der Organisation von Besuchsdiensten eine wichtige

Funktion zu. Man darf vermuten, dass im Zuge weiterer enger Bewirtschaftung diese Komponente der Freiwilligen auch in den Pflegeeinrichtungen immer größere Bedeutung erlangt.

4. Das Beziehungsfeld Pflegeperson – Kollegen, andere Mitarbeiter, Leitende

Es ist sicher nicht ganz unproblematisch, so unterschiedliche Gruppen von Akteuren, die sich nicht nur durch ihre berufliche Tätigkeit innerhalb derselben Einrichtung unterscheiden, sondern auch durch die Entscheidungskompetenzen, die sie jeweils im System einer Gesundheits- bzw. Pflegeinstitution einnehmen, zusammenzunehmen. Doch erscheinen sie vom Standpunkt einer Pflegeperson als die konkrete berufliche Umgebung, die die Bedingungen des täglichen Arbeitens maßgeblich bestimmt und ausmacht. Die einzelnen Personen, die in diesen Gruppen tätig sind, kümmern sich alle mehr oder weniger um die Organisation der Arbeit, sie üben Führung aus, sie sorgen sich um die Gewinnung von qualifiziertem Personal, sie organisieren Ausbildung und Weiterbildung und sie sorgen letztlich auch für die Erhaltung der Einrichtung. Auch wenn ein Teil dieser Funktionen, insbesondere die eigentliche Verwaltung, von den Pflegepersonen selbst meistens als zwar notwendige, aber doch anonyme Substruktur wahrgenommen werden dürfte, spielt in den anderen Bereichen gerade die Struktur der Beziehungen zwischen den Personen eine entscheidende Rolle für die Qualität der Pflegearbeit. Denn in diesem Beziehungsfeld werden die konkreten Arbeitspläne festgelegt, werden Tag-, Nacht- und Wochenenddienste abgestimmt, werden Standards und Abläufe der Pflegemaßnahmen festgelegt und verbindlich gemacht, werden Krankendaten dokumentiert und sollen patientenspezifische Informationen wie in einer Kette weitergegeben werden. Wenn irgendwo, ergibt sich gerade in diesem Beziehungsfeld am ehesten Gelegenheit, sich über Probleme mit einzelnen Patienten auszutauschen. Freilich gibt es hier auch reichlich Gelegenheit zur Rivalität, Eifersucht und Unzufriedenheit, und zwar gerade deshalb, weil jede Pflegekraft lückenlos die Arbeit der vorausgehenden übernehmen und fortführen muss, also unter Umständen auch von deren Fehlern unmittelbar betroffen ist.

Hier ist auch das Feld, wo die Pflegenden Führung erleben; und da geht es immer auch um Macht. Deshalb entscheidet die Art, wie Entscheidungen und Anweisungen mitgeteilt, wie Konflikte bearbeitet, wie Anregungen aus ihrer ja meist intensiveren Kenntnis der Patienten aufgenommen werden, wie persönliche Wünsche berücksichtigt, wie Schwächen und Ausfälle überbrückt, ob und wie zur Erweiterung der eigenen Kompetenz ermuntert und das eigene Bemühen auch anerkannt und wertgeschätzt wird und nicht zuletzt auch die Art, wie man in Phasen eigener Überbelastung unterstützt bzw. durch berufsbegleitende Angebote präventiv gegen die Gefahr des Ausbrennens geschützt wird, in hohem Maße über die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit, mit der die Pflegeperson ihren Beruf in dieser Einrichtung ausübt. Von der Zufriedenheit, der Motivation, dem Engagement und der Kompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aber hängt letztlich die Qualität dessen ab, was die Einrichtung gegenüber den Patienten leistet. Deshalb gehört auch die Ausbildung der Pflegepersonen in ethischer Kompetenz und das institutionalisierte Angebot, über ethische Probleme und Konflikte, die im Umgang mit Patienten bzw. Klienten auftreten, zu beraten – etwa in der Form eines ständigen Ethik-Komitees oder in der Form eines fall-

weise einberufenen Ethik-Konsils –, zu den Instrumenten einer wirklichen Qualitätssicherung.⁶

5. Das Beziehungsfeld Pflegeperson – Angehörige

Wenn dieses vierte Beziehungsfeld im Zusammenhang von Überlegungen zum Qualitätsmanagement eigens in den Blick gerückt wird, dann geht es weniger um einen freundlichen Ton im Umgang, um Aufgabenentlastung durch Gewinnung von Kooperationspartnern für belastende Zustände der Patienten oder auch um eine Optimierung der Besuchsmöglichkeiten. Das alles ist auch wichtig, sollte aber selbstverständlich sein. Die Aufmerksamkeit richtet sich mehr darauf, den Angehörigen Auskunft zu erteilen und ihnen die Möglichkeit zu geben, selbst angehört zu werden, wann immer ihnen dies ein dringendes Bedürfnis ist, sowie sie nach Möglichkeit in die weitere Planung einzubinden. Ein wichtiger Punkt innerhalb dieser Beziehung kann auch darin bestehen, die Angehörigen selber bei starken Belastungen zu betreuen. Zur Qualität der Pflege des Patienten könnte auch beitragen, dass die Angehörigen ermutigt werden und dass sie auch fachliche Anleitungen und Tipps bekommen, wenn sie den Patienten zu Hause pflegen möchten. Der Rat der Pflegeperson kann darüber hinaus auch hilfreich sein, um abzuschätzen, ob und wie weit eine häusliche Pflege unter den jeweils gegebenen konkreten Bedingungen überhaupt realisierbar ist. Dass die Pflegeperson diese Entscheidung selbst nicht treffen kann und schon gar nicht darf, hängt neben dem Respekt vor der Autonomie der Angehörigen auch damit zusammen, dass zumindest ein Teil der entscheidungsrelevanten Faktoren in ihrem existentiellen Gewicht gar nicht von einem Außenstehenden beurteilt werden können. Bisweilen können im Beziehungsfeld Pflegeperson – Angehörige auch Konflikte entstehen, etwa dann, wenn letztere Kontakte zum Patienten verweigern, sich beim Umgang mit dem Patienten nicht an Abmachungen halten oder gar Gewalt gegen den Pflegebedürftigen anwenden. Das ruppige Anfahren, das Beschimpfen, das Fixieren der Hände durch Bänder, das Liegenlassen in verschmutztem Zustand, fehlende Luftzufuhr und Ähnliches oder das anhaltende Ignorieren berechtigter Wünsche gehören zum Arsenal der sublimen bis manifesten Formen von Gewalt gegen Patienten. Zumindest in schweren und eindeutigen Fällen könnte ein ethisches Element der Pflege, die die Pflegeperson ausübt, auch darin bestehen, gleichsam als Anwalt des Patienten solches zu unterbinden, notfalls sogar mit dem Mittel einer Anzeige.

⁶ Im Verfahren nach proCum Cert (gemeinsame Gesellschaft des Deutschen Caritasverbandes, des Diakonischen Werkes, des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes, des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands und des Ecclesia-Versicherungsdienstes) bringen entsprechende Regelungen Punkte bei der Bewertung. S. *proCum Cert GmbH, Zertifizierungsgesellschaft*, Qualitäts-Handbuch Version 3.0 Stand 04/2000, Bonn 2000. Für Detailsvergleiche zu anderen Qualitätsmanagementkonzepten s. die Beiträge von *Wertgen, W.*, in: *Bopp, K. / Neuhauser, P.* (Hg.), *Theologie der Qualität; Die Einrichtung von Ethik-Komitees in Kliniken* wurde vor allem durch die Initiative des Katholischen und des Evangelischen Krankenhausverbandes initiiert (s. o.). Näheres dazu bei *Ketner, M.*, *Ethik-Komitees in der Klinik*. Zur Moral einer neuen Institution, in: *Forum TTN 7* (2002) 27–41; *Eibach, U.*, *Klinische „Ethik-Komitees“ und „ethisches Konsil“ im Krankenhaus*, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik 50* (2004) 21–34.

6. Der ganze Mensch als Maßstab der Qualität der Pflege

Abschließend lässt sich zusammenfassen: Man kann das Konzept des Qualitätsmanagements, das zunächst für gewinnorientierte Unternehmen ausgedacht wurde, hinsichtlich seiner Übertragung in den Bereich personenbezogener sozialer Arbeit durchaus problematisieren. Und zwar problematisieren vor allem wegen seiner Gefahr, Effizienz auf ökonomische Effizienz zu verkürzen, und wegen seiner nur beschränkten Eignung, die Bearbeitung von Nöten, die nicht physiologischer, sondern psychosozialer und existenzieller Art sind, die aber Menschen gleichwohl massiv belasten, zu erfassen. Da sich die Logik des Qualitätsmanagements aber nun einmal auch im Bereich personenbezogener sozialer Dienstleistungen etabliert hat und dies durchaus, wie angedeutet, auch mit Chancen verknüpft ist, scheint mir etwas anderes viel wichtiger zu sein und den Schwerpunkt des Bemühens bilden zu müssen: nämlich einen Begriff von Qualität zu entwickeln, der sich erstens an der Ganzheitlichkeit des Menschen orientiert und der zweitens nicht nur an den messbaren Anteilen der Pflegeleistung und an der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens Maß nimmt, sondern auch die Mitarbeiter, einen partizipativen Führungsstil, die Lernfähigkeit im Team sowie die Unternehmensentwicklung und die gesellschaftliche Verantwortung mit einbezieht. Derjenige, auf den es bei der Beurteilung der Pflegequalität letztlich ankommt, ist der Patient bzw. die Patientin.

Wenn Strategien zur Qualitätssicherung dazu führen, dass nur noch die Versorgung der physischen Grundbedürfnisse zählt, während die massiven psychosozialen und existenziellen Bedürfnisse, die die Pflegebedürftigkeit fast immer begleiten, in den Hintergrund gedrängt werden, dann ist dies in Wirklichkeit kein Zuwachs, sondern ein beträchtlicher Verlust an Qualität.

In diesem Zusammenhang sei noch auf eine Gefahr aufmerksam gemacht: Die Aufstellung verbindlicher Zielvorgaben – auch solcher, wie sie hier vorgetragen wurden – ist noch keine Garantie dafür, dass sie auf der Ebene, wo konkret gehandelt bzw. gepflegt wird, auch in die Realität umgesetzt werden. Man kann Zweifel daran haben, ob die Qualitätskriterien, die schon heute vereinbart sind und gelten, mit dem Personalschlüssel und den Qualifikationen, die viele Mitarbeiter in der Pflege haben, überhaupt erfüllt werden können. Krankenblätter, wie sie zur Dokumentierung der Leistungen vorgeschrieben sind, verhindern jedenfalls – das zeigen viele Befragungen und Dokumentationen – weder Erniedrigung und Demütigung abhängiger und wehrloser Menschen noch unwürdige Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Sie enthalten ja nicht einmal eine Spalte, in die beobachtete Unterlassungen, offensichtliche Missstände, bemerkte Fehler, vom Patienten oder seinen Angehörigen geäußerte Beschwerden eingetragen werden müssten oder wenigstens könnten. Deshalb können die ethischen Qualitätskriterien nur etwas zu Gunsten der Patienten ausrichten, wenn sie über Ausbildung, Fortbildung, Schulung, Supervision, institutionalisierte Anhörungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten, über feste Abläufe, Pflegestandards, Einzelbesprechungen und ehrliche Dokumentationssysteme in der Struktur und im Prozess der Weiterentwicklung fest verortet und verinnerlicht werden. Es darf vermutet werden, dass dies umso eher gelingt, als diese Operationalisierungen gemeinsam mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen erarbeitet und nicht einfach durch die Leitung verordnet oder durch eine externe Beratungsagentur übergestülpt werden. Qualitätsprozesse, die wirklich die Dienstleistung verbessern und damit den Nutzern, also den Patienten, zugute kommen sollen, müssen von allen Beteiligten gewollt sein.