

**SICHERT DIE QUALITÄTSSICHERUNG DIE QUALITÄT?**  
**VORTRAG BEIM DACHVERBAND PSYCHOSOZIALER HILFSVEREINIGUNGEN E.V.**  
**IN FRANKFURT AM 24.01.1998**

Veröffentlicht in: Psychosoziale Umschau, 13. Jg. Heft 2, 1998 --

Homepage: Psychiatrie/Zeitkritisches

Verehrte Damen und Herren,

es war ziemlich gewagt, mich und damit eine  
sozusagen hemmungslose Sozialromantikerin und  
nervtötende Bedenkenträgerin zum Thema  
Qualitätssicherung einzuladen. Sie werden im  
Folgenden die Konsequenzen zu tragen haben. Im  
übrigen habe ich nicht deshalb zugesagt, weil mich  
missionarischer Eifer hinsichtlich dieses Themas  
beflügelt, sondern weil mir versprochen worden ist,  
ich würde so viele nette Menschen hier treffen.

Das Thema Qualitätssicherung hängt untrennbar  
mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens  
und der sozialen Dienste zusammen.  
Diesen Trend, den sozialen Bereich nach  
Marktgesetzen und damit nach den  
Gesichtspunkten von Wettbewerb und Konkurrenz  
zu organisieren, könnte man mit einer Krankheit  
vergleichen, die einen befallen hat, und mit der  
man irgendwie klarkommen muss. Welche  
Krankheits-Bewältigungsstrategien bevorzugt  
werden, darin unterscheiden sich die Menschen. Wie  
sie sich unterscheiden, lässt sich recht gut mit den  
fünf Bewältigungsmustern beschreiben, die der  
Psychiater  
Mayer-Gross (1) bereits 1920 darstellte:

- 1. Verzweiflung**
- 2. Neues Leben**
- 3. Ausscheidung**

#### **4. Bekehrung**

#### **5. Einschmelzung** (Wir würden heute von Integration sprechen.)

Bei der ersten Bewältigungsform, der Verzweiflung, wird das Schlimmste befürchtet. Z. B.: Wenn das mit der Ökonomisierung im Gesundheitswesen so weitergeht, und wenn ab 01.01.1999 auch noch der § 93 BSHG voll und ganz umgesetzt werden muss, ist schwarz zu sehen für alle unsere überlieferten Werte. Wir werden die Kontinuität zu unserem bisherigen Menschenbild und zu dem, was wir bisher als menschenwürdige Hilfe angesehen haben, nicht mehr halten können.

Gesamtgesellschaftliche Signale für einen Zerfall von Solidarität werden bei dieser Bewältigungsform sensibel wahrgenommen. Was ist noch zu erwarten von einer Gesellschaft, in der ein hochrangiger Manager sich nicht scheut, öffentlich davon zu sprechen, dass kranke und arbeitsunfähige oder arbeitsunwillige Menschen von ihrem Marktwert her als Wohlstandsmüll anzusehen seien? Tiefe Depression und das lähmende Gefühl, zum Opfer einer Sozialabbauverschwörung geworden zu sein, sind die Folge.

Bei der zweiten, von Mayer-Gross als "neues Leben" bezeichneten Bewältigungsform wird so getan, als ob das, was früher gewesen ist, gar nichts mit dem zu tun hat, was jetzt ist bzw. auf uns zukommt. Die früheren Werte und die mit ihnen verbundene Sprache sind vergessen. Ganz neue Werte, sich ausdrückend in sogenannter "new speech" werden ohne Probleme übernommen. Da wird munter über KVP und TQM (kontinuierlicher Verbesserungsprozess, total quality management) daherschwadroniert, über outcome, Sachzielorientierung, Schnittstellenregulierung,

Humankapital, Pflegemarkt,  
Konsumentensouveränität, arbeitsmarktrelevante  
Schulabschlüsse, Organisationsoptimierung,  
Standartverbesserung, Leistungspakete,  
Organisierte Nächstenliebe (Prospekt Diakonie  
Bielefeld) u.ä. Bei dieser Bewältigungsform wird  
eine Kontinuitätsveränderung zu dem Bisherigen  
zwar wahrgenommen, aber als unproblematisch  
erlebt.

Anders bei der dritten Bewältigungsform, die  
Mayer-Gross Ausscheidung nennt. Hier wird zwar die  
Verbindung zu den Werten der Vergangenheit  
gehalten, aber man tut so, als ob gar nichts  
Einschneidendes passiert sei, als ob man  
weitermachen könne wie bisher. Ohne dass dies  
zum Thema wird, ergibt sich eine "klammheimliche  
Verrückung der Werte" (2).

Bei der vierten Form, der sogenannten Bekehrung,  
wird das, was passiert ist, positiv als Wendepunkt  
begriffen. Endlich werden wir mit Hilfe veränderter  
Gesetze und einer neuen ökonomischen  
Sachlichkeit den personenzentrierten Ansatz  
verwirklichen können, werden die behinderten oder  
kranken Menschen lehren, ihre "Ressourcen  
einzuschalten" (wie ein so Bekehrter schriftlich  
verlauten ließ)), werden in Zukunft ganz ohne  
Institutionen auskommen und werden vor allem  
keine ökonomischen Ressourcen mehr  
verschwenden. Wie es zu einer Bekehrung gehört,  
wird gebeichtet, dass im sozialen Sektor bisher  
doch eine zu wenig objektivierbare  
Beziehungsseligkeit geherrscht habe und einige  
Ressourcen verschwendet worden sind, dass man  
sich bessern werde und mit Hilfe optimierter  
Qualitätssicherungsverfahren viel besser und  
billiger arbeiten werde als je zuvor. Der Zielkonflikt  
zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

wird als lösbar in Richtung Qualitätssicherung angesehen. Wenn Qualitätssicherungsmaßnahmen zu einem geschickteren Mitteleinsatz führen, könne zunehmende Qualität auch kostenneutral oder sogar kostenreduzierend realisiert werden. Man wisse doch, dass mehr finanzielle Mittel nicht automatisch zu einer besseren Qualität führen.

Schließlich und fünftens gibt es die als Verschmelzung oder Integration bezeichnete Bewältigungsform. Hierbei wird der Mensch zwar durch die Krankheit der zunehmenden Ökonomisierung des Sozialen seelisch erschüttert, erlebt sie deutlich und schmerzlich, leugnet sie nicht, greift aber auch nicht zu einer euphorischen Uminterpretation. Nach Meyer-Gross wird bei dieser Bewältigungsform nicht abgewichen von den Existenzwerten, die einem auch früher wichtig waren. Sie setzt ein starkes Selbst voraus, das in der Lage ist, Spannungen und Dissonanzen auszuhalten und dieses eigenartige Empfinden des sich-fremd-und-unbeholfen-Fühlens inmitten eines veränderten gesellschaftlichen Klimas, welches alle anderen scheinbar schon als vertraute Realität erleben und akzeptieren.

Wenn ich mich nicht ganz und gar über mich selbst täusche, bin ich noch zwischen den Bewältigungsformen 1, also der Verzweiflung und 5, der Integration, hin- und hergerissen und beneide die euphorisch Bekehrten. Da auf Dauer Verzweiflung nicht hilft und auch eine sehr leidvolle Bewältigungsform darstellt, hoffe ich schließlich doch entschlossen, bei Nr. 5 zu landen. Diese Bewältigungsstrategie soll, das tröstet mich, die beste Prognose haben.

Ich habe - aus Spaß an etwas Unordnung - mit der Beschreibung von Krankheitsbewältigungsformen

begonnen. Eigentlich fängt man ja in medizinischen Disziplinen anders an, nämlich mit folgenden ordentlichen Fragen:

- ☐ Was ist das?
- ☐ Woher kommt es?
- ☐ Was läßt sich tun?
- ☐ Wie wird es ausgehen?

Ich kann auch ordentlich sein, und werde deshalb im Folgenden diese vier aufgeworfenen Fragen ganz standartmäßig und qualitätsbewußt abhandeln.

## 1. Qualität, was ist das?

Fest scheint heutzutage vor allem zu stehen, dass Qualität das ist, was um jeden Preis gesichert werden muss. Suchen wir an berufener Stelle nach einer Definition, finden wir bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität in Frankfurt a.M. (DGQ) in der DIN 55350, Teil 11, folgende Formulierung:

Qualität ist "die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht" (3) - alles klar?

Im Bezug auf psychiatrische Arbeit etwas schlichter übersetzt, könnte dieser Satz vielleicht folgendermaßen heißen: Meine Arbeit ist dann als gut anzusehen, wenn sie in allen ihren Dimensionen das bewirkt, was sie bewirken soll. Dieses "in allen ihren Dimensionen" wird heutzutage mit den Begriffen 'Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität' ausgedrückt. Aber sind wir uns einig - vor allem auch mit den Kostenträgern - was unsere Arbeit bewirken soll?

Ich persönlich bin der ketzerischen und auch irgendwie etwas altmodischen Meinung, dass die Unmengen von Qualitätssicherungsinstrumenten,

die neuerdings auf den Markt geworfen werden, einer guten Arbeit bestenfalls nichts schaden. Sie schaden dann nicht, wenn sie an dem anknüpfen, was wir früher eine angemessene Grundhaltung nannten und an einem Menschenbild, das sich nicht nur an dem Vorgang des Warenaustauschs, an Kauf und Verkauf von Leistungen orientiert. Quer zum Zeitgeist der linearen Effektivität möchte ich für die psychiatrische Arbeit folgende, eigentlich schlichte und selbstverständliche, Sätze zur Qualitätsgrundlage erklären:

- Ein psychisch kranker Mensch braucht Umwege, die scheinbar zunächst weg vom Ziel führen. Ein solcher Umweg kann z. B. in einer jahrelangen Verweigerung von Arbeit, Kontakten und anderem bestehen. Es ist fatal, solche Zwischenstufen als Status zu interpretieren und Kostenträgern damit Gelegenheit zur Einschränkung der Hilfen zu geben.
- Wenn man Umwege als Status interpretiert, erzeugt man chronisch kranke Menschen.
- Hilfebedarf ist nicht mit zielorientiertem Trainingsbedarf gleichzusetzen. Gerade der bewusste Verzicht auf von außen definierte Erfolge trägt häufig erst dazu bei, schlummernden Selbsthilfekräften die Möglichkeit zur Entfaltung zu geben.
- Für viele psychisch kranke Menschen ist die Festlegung eines Zeitrahmens, innerhalb dessen sie gefälligst Fortschritte zu zeigen haben, völlig kontraindiziert. Er verhindert Entwicklung, da Entwicklung nur mit dem je eigenen Entwicklungstempo stattfinden kann.
- Die Trennung von subjektiv empfundenen und objektiv feststellbaren Fortschritten ist völlig lebensfremd. Beides steht in einem ständigen Wechselprozess miteinander.
- Gerade die psychisch kranken Menschen, die am meisten Hilfe brauchen, verfügen nicht über

Konsumentensouveränität. Als Mitarbeiter habe ich ihnen nachzugehen, auch wenn ich lange Zeit keine "Leistungspakete" bei ihnen landen lassen kann.

- Sprechen und Handeln psychisch kranker Menschen müssen aus ihrem lebensgeschichtlichen und situativen Kontext heraus interpretiert werden. Dies erfordert die Bereitschaft zu einer Aufmerksamkeit für das, was hinter Worten und Handlungen steht. Hier folgt nichts einem einfachen Ja- oder Nein-Muster.
  - Damit psychisch kranke Menschen Nähe zu besonders wichtigen Freunden und Verwandten leben können, ist ihnen Zeit und Raum für das Experimentieren mit erträglicher Nähe und notwendigem Abstand zu ermöglichen.
  - Schnelles, direktes, zugreifendes Helferhandeln bewirkt (nicht immer, aber) häufig das Gegenteil des Intendierten.
  - Langsamkeit, das Warten können auf den rechten Moment und indirektes drumherum Reden und drumherum Handeln muss weiterhin zum Handwerkszeug von psychiatrisch tätigen Mitarbeitern gehören.
  - Alles dies gilt für alle Menschen, und eben darum besonders auch für psychisch kranke Menschen
  - Wenn man in der psychiatrischen Arbeit beherzigt, was allen Menschen gut tut, ist man m. E. nahe an der Antwort auf die Frage: Qualität, was ist das?
- Diese Art von Qualität lässt sich nicht in den Alltag von Mitarbeitern hineinkontrollieren. Sie ergibt sich weniger aus standardisierten Instrumenten als aus einer Grundhaltung der Beziehungsbereitschaft. Aus dieser vor allem müssen die Impulse für die Handlungen des Alltags und die sozialpolitisch notwendigen Ideen sich ableiten. Übrigens kann ich in diesem Zusammenhang noch mit etwas Messbaren aufwarten: Im Rahmen von

Qualitätssicherungsinstrumenten spielt ja die sogenannte "Nutzerbefragung" eine große Rolle. Es gibt inzwischen eine breite Zufriedenheitsforschung, die höchst widersprüchliche Ergebnisse erbracht hat. Ein Ergebnis kehrt jedoch konsistent immer wieder: Ich zitiere aus einem Aufsatz von Leimkühler: "Zusammenfassend haben sich als wichtigste Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsquelle (per Faktoren- oder Klusteranalyse) die psychosozialen vor den professionellen und materiellen Versorgungsaspekten herausgestellt. Wichtiger als die Leistungen selbst ist den Patienten die Art und Weise, wie die Leistungen erbracht werden." (4) "Die bisherigen Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten im Wesentlichen von den menschlichen Qualitäten der Ärzte und des Pflegepersonals bestimmt wird." (4)

## 2. Woher kommt der Boom des Redens über Qualität?

Über die Qualität von Waren und Produkten hat man schon immer geredet, z. B. erhielten Produkte im Mittelalter sogenannte "Beschauzeichen" als Zeichen einer vorgenommenen Kontrolle der Ergebnisqualität. Das war damals so etwas wie eine Zertifizierung. Auch über die Güte und Angemessenheit sozialer und psychiatrischer Arbeit hat man schon immer geredet. Historisch gesehen gab es immer wieder herausragende Persönlichkeiten, die das, was sie vorfanden, als schlechte Qualität ansahen und die neu definierten, was als gute Qualität anzusehen sei. Der Begriff Qualität ist ja an sich neutral, man kann genau so gut schlechte Qualität wie gute Qualität sichern. Wenn z. B. der englische Psychiater Thomas Willis (Mitte d. 17. Jahrhunderts) behauptet "Zur

Heilung der Irren" sei "nichts wirksamer und notwendiger als ihre Ehrfurcht denen gegenüber, die sie als ihre Peiniger erleben" und vorschlägt, man solle sie "hart" behandeln, in enge Räume einsperren sowie ihre "Ernährung dürftig und wenig schmackhaft, die Kleidung leicht, die Betten hart und die Behandlung streng und rigide" halten, so ist dies auch Beschreibung von Qualität, die er gesichert wissen wollte (5). Anders ein Jahrhundert später, Robert Gardiner Hill: "Als ich merkte, dass mildere Behandlung beständig günstige Wirkung zeitigte, stellte ich mit großer Mühe Statistiken auf, trug darin die Ergebnisse der verschiedenen Behandlungsmethoden ein, verfolgte jeden einzelnen Fall, lebte mitten unter den Patienten, beobachtete ihr Verhalten. Auf die Dauer gab ich meiner Überzeugung Ausdruck, dass unter einem geeigneten Überwachungssystem und in einem adäquaten Gebäude Zwang durch Instrumente in jedem einzelnen Fall überflüssig und schädlich sei. Ich gab diese Erkenntnis . . . bekannt und machte sie zum Prinzip. Ich handelte nach ihr und verifizierte meine Theorie durch ihre Wirkung." Hier haben wir alle Elemente der heutigen Qualitätsdiskussion beieinander. Insbesondere versucht Hill nachdem er sich bemüht hat Struktur- und Prozessvariablen zu verändern, die Ergebnisqualität zu messen. "Ich verifizierte meine Theorie durch ihre Wirkung" (5). Und natürlich sind, wenn wir in großen Sprüngen in modernere Zeiten zurückkehren, auch die Enquete und die Empfehlungen der Expertenkommission als Bemühungen, Qualität in der psychiatrischen Arbeit zu definieren und zu verbessern anzusehen. Was also ist neu an dem derzeitigen Reden über Qualität? Neu ist, dass es zurzeit nicht so sehr darum geht, ob etwas eine gute Qualität hat, also z. B. ein Produkt oder die psychiatrische Arbeit, die

heutzutage ja auch gerne als Produkt bezeichnet wird, sondern

- a) ob sich das Produkt verkaufen lässt,
- b) ob es hinsichtlich des Preises der Konkurrenz standhält und
- c) ob das Qualitätssicherungssystem etwaigen Förderungsrichtlinien standhält.

Bei einem Qualitätssicherungssystem steht nicht die Qualität an sich im Vordergrund. Diese wird z. B. auch bei den berühmten ISO 9.000 ff.-Normen nicht zertifiziert, sondern zertifiziert wird das Qualitätssicherungssystem als solches. D. h., die Organisationsstruktur, die Verantwortlichkeiten und Befugnisse, Verfahren und Prozesse sowie die für die Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderlichen Mittel. Ein Qualitätssicherungssystem sichert zumindest nach außen z. B. den Kostenträgern gegenüber den Schein von Qualität.

Im Profitbereich spielte spätestens seit Mitte des 19. Jahrhunderts das Begriffspaar Qualität und Konkurrenz eine zunehmende Rolle. So war z. B. das Produktsiegel 'Made in Germany' 1887 von den Engländern als Zwangskennzeichnung zur Abwehr deutscher Produkte erfunden worden. Dass der beabsichtigte Makel sich zum Gütesiegel mauserte, ist eine andere Sache. Im Non-Profit-Bereich, also im Gesundheits- und im weiteren sozialen Bereich wird die Zusammengehörigkeit dieses Begriffspaares etwa ab 1993 deutlicher und damit das Reden von Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätsgefälle, Qualitätsniveau, Potentialqualität, Qualitätszielen, Qualitätszirkeln, Qualitätsmaßstäben, Qualitätssiegeln, Qualitätsbeauftragten etc. immer inflationärer.

Dass das Thema Qualität heute in den Vordergrund tritt, kommt nicht wie in früheren Zeiten dadurch

zustande, dass irgendein besonders human  
veranlagter Mensch entdeckt hat, wie vieles wir  
besser machen könnten, sondern durch die von  
staatlicher Seite auch für den sozialen Bereich  
gewollte Paarung des Begriffs Qualität mit dem im  
marktwirtschaftlichen Sinne dazugehörigen Begriff  
Konkurrenz. Wettbewerb als Steuerungsinstrument  
um die Kosten zu senken, dieses Prinzip des  
Marktes steckt hinter unserer heutigen  
Qualitätsdiskussion im sozialen Bereich.

Preiskonkurrenz erfordert über kurz oder lang, den  
Preis auf Kosten der Qualität zu senken. Der Boom  
des Redens über Qualität hat sehr viel, wenn nicht  
fast alles mit der Angst der Anbieter von Sozialen  
Leistungen zu tun, sich auf dem Markt nicht mehr  
behaupten zu können. Da ist etwas ins Rollen  
gekommen, was nicht mehr aufhaltbar scheint.  
Entsprechende Gesetze sind erlassen.

Gesundheitsstrukturgesetz,  
Pflegeversicherungsgesetz, Novellierung des BSHG.  
Bisher war im § 93 BSHG vorgesehen, dass eine  
"bedarfsgerechte Hilfe" durch den Sozialhilfeträger  
geleistet werden soll. Diese Formulierung wurde  
gestrichen. Gemäß der Neufassung des § 93 BSHG  
müssen die pauschalen Leistungen "ausreichend,  
zweckmäßig und wirtschaftlich sein und das Maß  
des Notwendigen nicht übersteigen." Zusätzlich zu  
dieser Bestimmung wurde die Steigerung der  
Leistungsentgelte insgesamt für die Jahre 1996,  
1997 und 1998 auf 1% jährlich begrenzt. Damit wird  
unvermeidlich eine Reduzierung der Leistungen in  
ambulanten, stationären und teilstationären  
Einrichtungen in Kauf genommen. Schon allein die  
Personalkosten steigen weiter kontinuierlich und  
werden durch eine Steigerung der Pflegesätze nicht  
im entferntesten aufgefangen. Damit ist  
vorgezeichnet, dass künftig alle Träger auch  
Einsparungen im Personalbereich vornehmen  
müssen, weil die Einnahmen die Ausgaben nicht

mehr decken werden. Die neue Fassung des § 93 Abs. 2 BSHG sieht Vereinbarungen zwischen den Einrichtungen und den Sozialhilfeträgern vor, die drei Teile haben:

1. Eine Leistungsvereinbarung, die über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung abgeschlossen wird.
2. Eine Vergütungsvereinbarung, in der die Pauschalen für die Leistungsbereiche festgelegt werden und
3. eine Prüfungsvereinbarung, in der die Modalitäten der Überprüfung der Leistung auf Wirtschaftlichkeit und Qualität festgelegt werden.

### 3. Was soll man machen?

Ich habe die Ökonomisierung des Sozialen in Analogie zu einer Krankheit, die uns ergriffen hat, beschrieben. Wer mir dabei gefolgt ist und sich vielleicht auch ein wenig in die Rolle eines Arztes hineinphantasiert hat, den wird jetzt wie mich ein Gefühl der Hilflosigkeit und Lähmung ergreifen. Bisher ist noch sehr unklar, in welcher Form die Sozialhilfeträger eine Beschreibung der Leistungen verlangen werden. In den letzten Wochen zeichnet sich immer mehr ab, dass es vermutlich zu einer Bundesvereinbarung kommen wird, in der sogenannte standardisierte Maßnahme- oder Leistungstypen festgelegt und entsprechende Pauschalen kalkuliert werden sollen. Träger aller Hilfsangebote sollten verstärkt darauf achten und ihren politischen Einfluss dafür geltend machen, dass das im § 3 BSHG festgesetzte Prinzip der Bedarfsdeckung nicht weiter unterhöhlt wird. In diesem Zusammenhang las ich kürzlich in einer Pressemeldung, dass Klaus Dörner die Träger von Behinderteneinrichtungen dazu aufgefordert hat, in Pflegesatzverhandlungen als Basis eine

"Würdepauschale" zu fordern für den nicht meßbaren Grundbestand im zwischenmenschlichen Umgang. Er trifft ins Zentrum der Problematik standardisierter Leistungstypen wenn er formuliert: "Wir dürfen nicht den fiktiven durchschnittlichen Bewohner zugrunde legen, sondern müssen den schwierigsten und schwächsten Menschen zum Maßstab machen." (epd, 2.12.97) Was die im Rahmen des § 93 ff festgelegte Überprüfung der Qualität betrifft, wird man sich nüchtern darauf einstellen müssen, die wichtigsten Kriterien, die an ein Qualitätssicherungssystem gelegt werden, zu erfüllen. Ansonsten riskiert man, kein Geld mehr zu erhalten.

Der Träger, bei dem ich angestellt bin, hat Qualitätsgrundsätze formuliert, die ich als Rahmen für alle Alltagsbemühungen durchaus hilfreich finde.

In ihnen heißt es unter anderem: "Die Würde jedes Menschen ist unantastbar. Sie ist nicht von seinen Fähigkeiten und Leistungen abzuleiten und wird durch Krankheit und Behinderung nicht gemindert. Zu einem würdigen Umgang mit einem Menschen gehört die unbedingte Wertschätzung und die Achtung

- seiner persönlichen Lebensgeschichte
- seiner Entwicklungsmöglichkeiten und seiner Einschränkungen

- der Menschen, die ihm wichtig sind und
  - der Werte, die für ihn Bedeutung haben
- ebenso wie die Zuwendung zur ganzen Person anstelle des Ausübens isolierter Funktionen." (6)

Um für den konkreten Alltag dem Kostenträger etwas vorweisen zu können, was einerseits diesem Grundethos entspricht und andererseits den Eindruck eines Qualitätssicherungssystems macht, sind wir für die Wohnbereiche, für die wir verantwortlich sind, folgenden Weg gegangen:

(Folie, bzw. siehe Anhang) Ähnlich wie die Aktion Psychisch Kranke in ihrem Qualitätsleitfaden für psychiatrische Kliniken haben wir eine Matrix entwickelt. In dieser Matrix werden neun Qualitätsziele definiert, die sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen. So ergeben sich Prüfungsfelder. Es kann jeweils ein Bereich in Bezug auf jedes Ziel hinterfragt werden oder es kann ein Ziel für jeden Bereich überprüft werden. Die Qualitätsprüfung besteht darin, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung auf der jeweils zuständigen Ebene gemeinsam klären, inwieweit und mit welchen Mitteln sie die jeweiligen Ziele umsetzen. D.h., sie sollen sich für jedes Matrixfeld die Frage stellen: was tun wir dafür, dass dieses Ziel in diesem Bereich erfüllt wird? Als Hilfestellung soll es für jedes Matrixfeld konkrete Beispielfragen geben. Diese Fragen sollen den inhaltlichen Zusammenhang zwischen dem Bereich und den Zielen veranschaulichen und den Einstieg in die Diskussion erleichtern. Natürlich sollte die Beantwortung der Beispielfragen keinesfalls so aufgefaßt werden als könnte sie zu einer "Benotung" der Qualität führen. Vielmehr geht es darum, konkret bezogen auf die jeweilige Arbeitssituation nachzudenken, inwieweit das, was an Rahmenbedingungen vorhanden ist und das, was getan wird, den Primärzielen entspricht und ob ggf. ein Veränderungsbedarf besteht.

Sie sehen auf der Vorlage, dass wir uns bei den Qualitätszielen jeweils auf entsprechende Paragraphen des BSHG beziehen. In einem Schreiben vom 02.10.1996 hatte die BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger Qualität definiert als den Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen der Sozialhilfe und der von der Einrichtung erbrachten Leistung.

Wenn diese Qualitätsdefinition wirklich ernst genommen wird, könnte ein Hauch von Optimismus

aufkommen. Denn, was die Ziele des Bundessozialhilfegesetzes betrifft, steht man mit einer solchen Definition eigentlich auf solidem Boden. Die Ziele des BSHG spiegeln ein ganzheitliches Menschenbild und entsprechen gemeindepsychiatrischen Grundprinzipien. Qualitätssicherung würde dann nichts anderes heißen als strikte Erfüllung des Gesetzes. Das sollte man fordern dürfen, aber umgekehrt auch einfordern dürfen, ein kleiner Versuch, den Gesetzgeber mit seinen eigenen Waffen zu schlagen.

#### 4. Wie wird es ausgehen?

Mit dem polnischen Satiriker Jerzy Lec möchte ich am liebsten sagen, 'ich bin Optimist, ich glaube an den erlösenden Einfluss des Pessimismus'. (7) Letzen Endes können wir nicht wissen, wie es ausgehen wird. Das wird von sehr komplexen gesamtgesellschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklungen der nächsten Jahre abhängen. An und für sich wäre es absurd, gegen gute Qualität psychiatrischer Arbeit und dem Versuch diese zu sichern etwas zu haben. Wenn es nur darum ginge und wenn die Vielzahl der Veröffentlichungen zum Thema Qualitätssicherung mit der steten Verbesserung von Qualität Hand in Hand gingen, würden wir den sozialsten aller Zeiten entgegen eilen. Dem widerspricht nun allerdings ziemlich massiv der Augenschein. Bedenklich könnte auch stimmen, dass das Reden über Friedenssicherung historisch gesehen immer dann anfang zu wuchern, wenn die Truppen schon irgendwo heimlich einmarschierten. Ich werde den Eindruck nicht los, dass das Wort Qualitätssicherung einen ähnlichen Tarncharakter hat, wie das Wort Friedenssicherung: Sozialabbau mit schöner Fassade. Wir sollten aufpassen, dass nicht anstelle von lebendigen

Dörfern potemkinsche Qualitätsdörfer aufgebaut werden und vor allem, dass wir noch in der Lage bleiben, diese von jenen zu unterscheiden. Problematisch ist und bleibt die enge Verknüpfung des Themas Qualität mit der staatlich gewollten Konkurrenz auf dem Sozialmarkt. Ich zitiere den Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler Hans-Ulrich Deppe: "Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb (jedoch) sozial selektiv und polarisierend und ist damit gegen Solidarität gerichtet." (8) Das ist es, was wir im Blick behalten müssen. Die zunehmende Entsolidarisierung ist das sozialpolitische Hauptthema. Bei den Scharmützeln rund um die Qualitätssicherung geht es demgegenüber eher um einen Nebenschauplatz. Jedoch, so lange es hier wie andernorts so viele nicht nur "nette" sondern vor allem wache Menschen gibt, die sich keinen Sand in die Augen streuen lassen, die es im Alltag weiterhin für selbstverständlich halten, so anständig wie möglich zu handeln, und die sich sozialpolitisch einmischen, wo es geht, besteht meiner Ansicht nach weiterhin Hoffnung. Übrigens wird "mentaler Sand" über Sprache in die geistigen Augen gestreut, über mehr oder minder unauffällige Veränderungen des Sprechens und bisweilen fast unmerkliche Umdefinitionen. Mir wurde vor kurzem gesagt, ich sei diesem Sprachlichen Phänomenen gegenüber zu sensibel. Das wichtigste sei doch wohl die Tatsache, dass Milliarden in den falschen Löchern verschwänden, Milliarden, die wir an anderen Stellen dringend brauchen. Ich hingegen glaube, dass auch die Verteilung von Milliarden letztendlich von dem Denken und der Grundhaltung einer Gesellschaft abhängig ist. Beides drückt sich aus in Sprache und wird durch Sprache beeinflusst. Da ich diesbezüglich so wenig Unterstützung von modernen Menschen bekomme, habe ich mir den alten Konfuzius zur Hilfe geholt:

Konfuzius wurde einmal gefragt, was er als erstes tun würde, wenn er ein Land zu regieren hätte. "Ich würde vor allem die Sprache verbessern", erwiderte er. Seine Zuhörer waren verwundert. Deshalb fragten sie nach. Die Antwort des Meisters: "Wenn die Sprache nicht einwandfrei ist, sagt man nicht, was man meint. Wenn das Gesagte aber nicht ist, was man meint, bleibt ungetan, was getan werden soll. Wenn es ungetan bleibt, verfallen Sitten und Künste, und das Recht geht in die Irre. Wenn das Recht in die Irre geht, ist das Volk hilflos und unsicher. Deshalb darf in dem, wie gesprochen wird, nichts Willkürliches sein, es gibt nichts Wichtigeres." (9).

In diesem Sinne will ich nun zum Schluss versuchen, genau auf die Frage dieses Vortrags zu antworten: ein Qualitätssicherungssystem kann nicht das sichern, was wir alltagssprachlich unter Qualität verstehen, nämlich die gute, die wünschbare Qualität im Umgang mit Menschen einschließlich der Dimension der Würde. Hinter den meisten Qualitätssicherungssystemen kann sich jede Art von Qualität verstecken und gesichert werden. Wenn man in dem Moment, in dem man Mittel streichen möchte, Qualität betont wie nie zuvor, liegt der Verdacht nah, dass Qualitätssicherung zur Tarnung für weiteren Sozialabbau mißbraucht wird, und damit nicht mehr die gute, die angemessene Qualität im Blick ist, sondern so etwas wie Rest- oder Minimalqualität. Nach dieser sehr profanen Bemerkung möchte ich lyrisch mit einem leicht abgewandelten Vers von Mascha Kaleko enden:

"Ein Überbleibsel längst verschollner Art  
Leid ich am Klima dieser Gegenwart.  
Verzeihen Sie den Ausflug ins Private . . ." (10)  
Jetzt mach' ich Schluss mit dieser  
Qualitätskantate.

Renate Schernus  
Fachbereich Psychiatrie/TA Bethel  
Grete-Reich-Weg 11  
33617 Bielefeld

## LITERATUR

1. Mayer-Gross, W. :  
Über die Stellungnahme zur  
abgelaufenen akuten  
Psychose. Eine Studie über  
verständliche  
Zusammenhänge in der  
Schizophrenie  
Z.f.d.g. Neur. u. Psych., 37,60,  
1920, S. 160 - 212
2. Bremer, F.  
Klammheimliche Verrückung  
der Werte  
Soziale Psychiatrie 4/96, S.  
32 - 34
3. Bundesministerium für  
Familie,  
Senioren, Frauen und  
Jugend  
QS 4, S. 40 - 45
4. Leimkühler, A.M.  
Die Qualität klinischer  
Versorgung im Urteil der  
Patienten  
aus: Gaebel, W. (Hg):  
Qualitätssicherung im  
psychiatrischen  
Krankenhaus, Wien 1995, (S.  
167/169)
5. Dörner, K.:  
Bürger und Irre  
Frankfurt 1975 (S. 36/37 u. S.  
114)
6. vBA Bethel  
Qualitätsgrundsätze für die  
Arbeit mit Menschen mit  
Behinderungen in den von  
Bodelschwinghschen  
Anstalten Bethel, Mai 1997,  
S. 6
7. Lec, Jerzy  
Alle unfrisierten Gedanken  
Wien, 1991
8. Deppe, H.-U.  
Die Kostenexplosion im  
Gesundheitswesen ist eine  
Erfindung der Politik  
in: FR vom 18.06.1996
9. Konfuzius, zitiert aus  
Barbara Denjean - von Stryk:  
Sprich, dass ich dich sehe,  
Stuttgart 1996, S. 152
10. Kaléko, M.  
Verse für Zeitgenossen  
Reinbek 1980, S. 65