

**Plädoyer für den Umweg:
Wieviel Qualitätsmanagement verträgt der Mensch?**
Vortrag beim 7. Forum Psychiatrie und Psychotherapie
am 29.10.02 im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn
Renate Schernus, Bielefeld

Rette das Ziel, triff daneben.
Stanislaw Jerzy Lec

Verehrte Damen und Herren,

als ich begann über die Frage dieses Vortrag nachzudenken, habe ich mich zunächst gefragt, wie viele Veröffentlichungen zum Thema Qualitätsmanagement meine Regale eigentlich noch vertragen? Nicht mehr all zu viele, denn sie drohen unter prallen, qualitätserfüllten Aktenordnern bereits zusammenzuberechnen. Wenn die seit etwa 1993 zu beobachtende, steigende Flut von Veröffentlichungen zu den Themen Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement usw. mit der steten Verbesserung der Behandlungs- und Lebensbedingungen psychisch kranker und sozial benachteiligter Menschen Hand in Hand ginge, würden wir den sozialsten aller Zeiten entgegen eilen. Haben Sie davon schon viel gemerkt? Ich eher nicht. In diesem Zusammenhang habe ich mich gefragt, wann ich im Laufe meines Berufslebens eigentlich einmal deutlich wahrgenommen habe, dass sich die Qualität psychiatrischer Versorgung verbessert hat.

Für mich waren im Zusammenhang mit und in Folge der Enquete von 1975 Veränderungen im Sinne von Qualitätsverbesserung deutlich erkennbar. Das, was damals die Enquetekommission aufschrieb und öffentlich machte, löste Entsetzen und Mitgefühl aus. „Unter elenden und menschenunwürdigen Zuständen“, so lautete der Zwischenbericht der Sachverständigenkommission 1973. Das war der Anstoß für Veränderungsimpulse, aufgrund derer sich Schritt für Schritt vieles verbessern ließ. Großkrankenhäuser wurden allmählich verkleinert, Bettensäle aufgelöst und an Allgemeinkrankenhäusern wurden psychiatrische Abteilungen eingerichtet. Allmählich änderte sich auch die Blickrichtung der Mitarbeiter auf ihre Klienten. Die Maxime „ambulant vor stationär“ wird inzwischen als Leitidee ernsthaft nicht mehr in Frage gestellt und ist auch gesetzlich verankert worden. Die damaligen Bemühungen führten zu besserer Integration und zur Milderung von Ausgrenzungstendenzen. Eine heile Welt ist dadurch lange noch nicht entstanden, aber wahrnehmbare Bewegung und sichtbare Ergebnisse.

In den Folgejahren sind dann weitere deutlich spürbare Qualitätsverbesserungen durch die Betroffenenbewegungen angestoßen worden, durch die Angehörigen und durch die Psychiatrieerfahrenen. Sie wurden unbequem und begannen sich erheblich einzumischen. Jetzt sind beide Gruppen, jedenfalls dort wo Gemeindepsychiatrie in Gang gekommen ist, in fachlichen und kommunalen Gremien gefragt, gestalten Psychoseseinare, Tagungen, unabhängige Beschwerdestellen, Dialoggespräche usw. mit. Nun sollte man meinen, all diese schön durchschaubaren Dinge, an denen sich Mitarbeiter mit Lust und Schwung beteiligen können, seien mit Qualität und Qualitätsentwicklung gemeint.

Irgendwie ja und irgendwie nein. Mir scheint, dass der Wind, der die Segel der modernen Qualitätsbewegung bläht, von einer ganz anderen Seite weht.

So lesen wir z. B. in dem neuen Buch zur Sozialpsychiatrie, das die dgvt vor kurzem herausgegeben hat, bei Spöhring und Richter - Qualitätsbeauftragter in einer psychiatrischen

Klinik der eine, und Referent für Qualitätssicherung bei einem Landschaftsverband der andere - folgendes: „...die moderne ‚Qualitätsbewegung‘ bemüht sich um einen umfassenden Zugang zur Gesamtheit der erkannten qualitätsrelevanten Fragen aus einer Management- und Systemsichtweise. ...Diese Entwicklung hängt mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens zusammen. Die Verknappung der finanziellen Ressourcen führt in allen Staaten der westlichen Welt zu der gesundheitsökonomischen Fragestellung, welche Leistung des Gesundheitssystems für welchen Preis zu erhalten ist.“ (8)

Dasselbe Wort „Qualität“, aber Perspektive und Motiv sind anders. Nicht mehr Mitgefühl und Entsetzen als Agens, die Verhältnisse zu verbessern, sondern Preisvergleich und Wettbewerbsintensität. Vielleicht, meine Damen und Herren, gibt es ja nichts mehr, worüber man sich so richtig entsetzen könnte? Ich fürchte doch, denken Sie nur an die Situation alter psychisch kranker und dementer Menschen in manchen Einrichtungen der Altenpflege. Der Titel „Unter menschenunwürdigen und elenden Zuständen“ kennzeichnet diesen Bereich heute ganz genauso präzise wie damals die Lage der chronisch psychisch kranken Menschen, um nur einen der schlimmsten heutigen Qualitätssümpfe zu nennen.

Wieviel Qualitätsmanagement verträgt der Mensch? Naiv und spontan würden wir vielleicht sagen: Die Alten, Kranken, Schwächsten sollen von dieser guten Sache, so viel wie nur irgend möglich abkriegen. Vorsicht! Schauen wir uns zunächst einmal genauer an, was das überhaupt ist Qualitätsmanagement?

Als Wort stellt es ein latein-englisches Fusionsunternehmen dar. „Qualitas“, die Beschaffenheit oder Eigenschaft von etwas bezeichnend, kommt aus dem Lateinischen, „to manage“ aus dem Englischen. Sehen wir im Englisch-Deutschen Lexikon nach, so finden wir für „to manage“ folgende Wortbedeutungen: handhaben, führen, leiten, verwalten, bewirtschaften, beaufsichtigen, dirigieren, regulieren, bewerkstelligen, deichseln, herum kriegen, gefügig machen. Das Wort hat eine Aura, die dirigierendes, zielgerichtetes Zu- und Eingreifen nahe legt. Auf was auch immer dieses „to manage“ trifft, wird nicht gelassen wie es ist. Nun denken wir, das würde den katastrophalen Verhältnissen in den Altenpflegeeinrichtungen ja nur gut tun.

Es ist aber die Frage mit welchem Qualitätsverständnis der Managementbegriff sich heute paart. Im Brockhaus wird ein wirtschaftlicher und ein philosophischer Qualitätsbegriff ausgewiesen.

In der Wirtschaft bedeutet Qualität nach Brockhaus „die Beschaffenheit einer Ware oder Dienstleistung nach ihren Unterscheidungsmerkmalen gegenüber anderen Waren oder Dienstleistungen, nach ihren Vorzügen oder Mängeln“ Weiter heisst es: „Für den Markterfolg ist die relative Qualität entscheidend, d.h. die Qualität im Vergleich zu Konkurrenten.“ Dieses aus der Wirtschaft kommende Qualitätsverständnis, das neuerdings mit wachsendem Elan auf den Sozial- und Gesundheitssektor übertragen wird, hält sich nicht lange bei der Frage danach auf, was der Mensch eigentlich ist und wie man ihm hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen seines Wesens zu begegnen habe. In diesem Modell ist er selbstverständlich Kunde, bzw. Konsument. Auch der psychisch kranke Mensch ist Kunde und Konsument und die Dienstleistung eine einzukaufende Ware.

In der Philosophie nun bedeutet Qualität „das System der Eigenschaften, die ein Ding zu dem machen, was es ist und es von anderen Dingen unterscheiden.“ Qualität wäre in diesem Sinne so etwas wie das Wesen, das Eigentliche einer Sache. Diese Qualitätsauffassung leitet zu der Frage, was macht den Menschen aus, wie haben wir ihn zu verstehen. Was folgt für unser Handeln aus der Erfassung seiner Eigenheit? Gleichviel ob wir uns letzterer eher phänomenologisch oder eher ontologisch mit der Frage nach seinem Wesen zu nähern versuchen. Auf diesem mehr philosophisch-anthropologischen Weg gibt es viele Abenteuer und Entdeckungen. Ich kann z.B. entdecken, dass Menschen sich nicht beobachten lassen wie Dinge, sondern das meine Beobachtung sie verändert. Nach meinen ersten gescheiterten Versuchen, Menschen wieder „hinzukriegen“, werde ich erkennen, dass der Umgang mit

Menschen anderen Gesetzen folgt als der mit Sachen, eine Erkenntnis, die Klaus Dörner in seinem neuen Buch „Der gute Arzt“ so ausdrückt: „Auf Sachen geht man gezielt, frontal, direkt zu; wenn Menschen nicht mit Sachen verwechselt werden, ist der Umgang mit ihnen grundsätzlich indirekt, umspielend wie das Wort Um-gang bereits ausdrückt.“ (6)

Ich werde ferner verblüfft feststellen, dass Standardisierungen und Normierungen in Form von Diagnosen oder Hilfebedarfstypen nur sehr bedingt nützlich sein können, da sich die Individualität eines Menschen dem immer wieder entzieht. Ich werde erkennen, dass ich selbst niemals unverändert aus einer Begegnung mit einem anderen Menschen hervorgehen kann. Ich kann entdecken, dass meine Ängste die Wahrnehmung des anderen erheblich verzerren. Ich werde bescheiden und realistisch sehen, dass der Mensch, egal ob gesund oder krank, vom ersten bis zum letzten Tag seines Lebens auf Beziehung und Schutz angewiesen ist, und dass es mit seiner Autonomie eine gar so große Sache gar nicht ist. Andererseits entdecke ich aber auch, dass der Mensch sich ohne die Freiheit zu höchst persönlichen, ggf. auch riskanten Entscheidungen, nicht weiter entwickeln kann.

Wir merken, wie sich aus dem eher philosophisch- anthropologischen Verständnis angemessene Zugänge für die Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen entwickeln lassen, die bereits eine Dialektik von Kritik und Selbstkritik in sich selbst enthalten.

Was aber hat es nun mit dem Qualitätsmanagement auf sich und welche Qualität soll gemanaget werden, die mit dem philosophisch-anthropologischen oder die mit dem ökonomischen Hintergrund oder gar beide? Die Definition von Qualitätsmanagement, die wir im Brockhaus finden, weißt ganz eindeutig auf ein wirtschaftlich determiniertes Modell. Sie lautet: Als Qualitätsmanagement sei anzusehen die „Gesamtheit der sozialen und technischen Maßnahmen, die zum Zweck der Absicherung einer Mindestqualität von Ergebnissen betrieblicher Leistungsprozesse angewendet werden.“

Wieviel Qualitätsmanagement verträgt der Mensch? Die Frage ist gut gestellt, denn wir kennen ja alle geistige Phänomene, von denen der Mensch nicht viel verträgt. Z. B. die Moral ist so ein Phänomen, aber auch der Witz. Ich glaube, es war Eugen Roth der reimte:

Der Witz ist Würze und nicht Speise;

Nie reiche man ihn löffelweise!

Zuträglich – gar bei scharfem Witze -

Ist höchstens eine Messerspitze.

Ich zitiere das hier nicht, um zu behaupten, die ganze Sache mit dem Qualitätsmanagement sei ein einziger Witz, sondern lediglich um die Frage nach der Verträglichkeit, die im Titel steckt, zuzuspitzen. Es könnte ja sein, dass eine Messerspitze Qualitätsmanagement durchaus zuträglich ist, und dass gewisse Probleme erst dadurch zustande kommen, dass die Würze mit dem Hauptgericht verwechselt wird. Letzteres dürfte dann natürlich unbedenklich sein. Es liegt auf der Hand, meine Damen und Herren, dass wir in unserer Arbeit, insbesondere hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Aspekte, ohne Management im Sinne von führen, leiten, verwalten, bewirtschaften – Sie erinnern sich an die Definition von vorhin – gar nicht auskommen können. Und was die Qualität der Arbeit betrifft, so hat dieses Führen und Leiten darauf zu achten, dass Strukturen vorhanden sind und ein Klima entsteht, in denen sich Qualität entfalten kann. In diesem Sinne schadet es auch nichts, wenn sich Teams neuerdings neben den üblichen Übergaben, Wochenplanungen und Fallgesprächen etwa einmal pro Monat in einem Dienstgespräch Zeit nehmen, über bestimmte Themen hinsichtlich ihrer Handhabung und konkreten Verbesserung nachzudenken. Früher hätte man so was vielleicht Konzeptgespräch genannt, heute kann es meinerwegen ruhig Qualitätssitzung heißen. Darin liegt durchaus eine Messerspitze Vernunft. Nur soviel Vernunft hatten gute Leitungen und verantwortungsvolle Mitarbeiter schon immer.

Eine Messerspitze Vernunft kann man auch in der Rede von den Kunden durchaus finden. Denn natürlich müssen PatientInnen „praktikable Möglichkeiten haben, zu prüfen, ob das, was Behandler und Helfer anbieten, tatsächlich eingelöst wird“ (2) Dies spielte in früheren patriarchalen Helferbeziehungen eine zu geringe Rolle. Und selbstverständlich haben wir alle auch etwas Kundenhaftes an uns, wenn wir Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen, je gesünder und fitter wir sind um so mehr. Also ein wenig Qualitätsmanagement scheint verträglich; jedoch, ein Qualitätsbegriff, der auf der ganzen Linie Patienten zu Kunden macht und mittels oder trotz ihrer durch Wettbewerb und Vergleich unter entsprechendem Management die Mindestqualität betrieblicher Leistungen optimieren will, paßt nun gerade besonders schlecht auf die Schwächsten, Ärmsten, Verrücktesten und Ältesten. Erinnern wir uns, dass in dem ökonomischen Qualitätsverständnis Qualität stets mit Konkurrenz und Wettbewerb gepaart wird.

Der Frankfurter Wirtschaftswissenschaftler Ulrich Deppe formulierte bereits 1996 in diesem Zusammenhang folgendermaßen: „Als Steuerungsinstrument wirkt Wettbewerb (jedoch) sozial selektiv und polarisierend und ist damit gegen Solidarität“ gerichtet. Genau diesen Effekt kann man im Großlabor USA studieren. (5)

Unter ökonomisch diktierten Wettbewerbsgesichtspunkten ist der ideale „lohnende“ Patient, derjenige, der die höchste Rentabilität verspricht, das geringste Krankheitsrisiko mit sich bringt und die großzügigste Versicherung hat. Einen Wettbewerb um schwergestörte, chronisch kranke, alte, gar demente Patienten aus den unteren Sozialschichten wird es nicht geben (in Anlehnung an Deppe).

Genauso kritisch äußert sich der Diplompädagoge Fritz Bremer, Mitherausgeber des Buches „Ökonomie ohne Menschen“ und seit vielen Jahren in der Psychiatrie tätig: „Psychisch, psychosozial beeinträchtigte und kranke Menschen, die nie und nimmer freiwillig in psychiatrische Einrichtungen gehen würden, nun als Kunden zu bezeichnen, die kommen um eine Dienstleistung oder gar ein Produkt zu kaufen...das grenzt an Zynismus. Psychisch beeinträchtigte Menschen sind in einer Notlage und nicht auf Preisvergleichstour bei der Suche nach neuen Tennisschuhen.“ (2)

Aber die im Titel aufgeworfene Frage: „Wieviel Qualitätsmanagement verträgt der Mensch?“ kann natürlich nicht nur unter der Berücksichtigung von mehr oder weniger beantwortet werden, sondern was verträglich ist oder nicht hat auch wesentlich mit den zwei unterschiedlichen Bedeutungsfeldern des Begriffs Qualität zu tun. Bei der einen Art von Qualität, gibt es kaum die Gefahr, dass einem Menschen davon zuviel angetan werden könnte. Diese Art von Qualität, die der Umwegbedürftigkeit des Menschen Rechnung trägt, läßt sich aber extrem wenig managen. Vielmehr verändert sie sich unter einem messenden, an Standards interessierten Zugriff in etwas anderes. Hingegen die eher ökonomisch zu definierende Art von Qualität läßt sich gut managen. Pflgetage, belegte Plätze, Gebäude, Zimmer, die Anzahl von Waschbecken und Toiletten, vorhandene Vollkraftstellen usw. kann ich durchaus zählen und in mein Outcome einbeziehen.

Allerdings dürfte das eher philosophisch-anthropologische Verständnis von Qualität in dem Kombiwort Qualitätsmanagement an einer gewissen Atemnot leiden. Denn, so Fritz Bremer: „Der Versuch der Quantifizierung von Beziehung steht – nicht nur wenn es um psychoseerlebende, erleidende Menschen geht – im Ansatz schon im Widerspruch zum Versuch einer qualitativen Aussage über Beziehung. Das Eindringen des quantitativen, des ökonomischen Denkens in diesen Bereich ist vor allem Symptom fortgeschrittener Entfremdung.“ (2)

Meine Hypothese ist, dass von Mitarbeitern der Basis bis zu Heimleitungen und Klinikchefs zur Zeit alle in einer von Ambivalenzen geprägten Verwirrung stecken, hinsichtlich dessen, was im Moment vorgeht, woran sie sich da unter den neuen schönen Vokabeln eigentlich

beteiligen. Die Verwirrung kommt m. E. daher, dass die Mitarbeiter aller Berufsgruppen von dem eher philosophisch- anthropologisch bestimmten Menschenbild herkommen, das den verschiedenen Fachausbildungen bisher noch zugrunde liegt und bei dem der Begriff Qualität durchaus positiv besetzt ist. Vielleicht gilt das für die Psychiatrie besonders. Schließlich sind schon mindestens zwei Mitarbeitergenerationen durch das Urbuch einer anthropologischen Psychiatrie, nämlich „Irren ist menschlich“ von Dörner und Plog, geprägt worden. Und es ist immer noch dasjenige Buch des Psychiatrieverlags, das sich am besten verkauft.

Wenn nun Mitarbeiter hören, dass die Arbeit verbessert werden soll, können sie sich dem von ihrem Selbstverständnis her gar nicht verschließen. Sie kommen aber dann ins schleudern, wenn sie spüren, dass es nicht so sehr darum geht, mit mehr Kreativität danach zu suchen, wie leidenden Menschen ihr Leben erleichtert werden kann, wie man also diesem jeweils so ungemein unterschiedlichen bio-psycho-sozial bedingten Lebewesen Mensch und seiner Neigung zu Umwegen gerechter werden kann. Sie stellen schließlich verstört fest, dass der wirkliche, einmalige, lebendige Mensch in den neuen Modellen so gar nicht vorkommt.

Die Bereitschaft der Mitarbeiter, an Verbesserungen dessen, was sie intuitiv unter Qualität verstehen, mitzuwirken, wird m. E. in vielen der modernen Vorgehensweisen rund ums Qualitätsmanagement unter schwer durchschaubaren, ungeklärten Voraussetzungen benutzt, fast möchte ich sagen „mißbraucht“, auch wenn sicher kein einzelner böser Wille dahinter steht.

Insbesondere leitende Mitarbeiter merken oft zu spät, nämlich erst dann, wenn sie bereits in einer Fülle von unter ökonomischen Regeln erstellten, technisch handhabaren, standardisierten Instrumenten stecken, dass sich all das mit ihrem bisherigen Menschenbild, das sich mehr oder minder bewußt in Wechselwirkung zwischen kulturellen Faktoren, Ausbildung, Erfahrung und Intuition entwickelt hat, keineswegs ohne Dissonanzen vereinbaren läßt.

Allerdings weiß ich nicht, ob es etwas nützen würde, wenn sie es früher merkten, denn es scheint nahezu unmöglich, sich dieser neuen Art der gesetzlich verankerter Qualitätssicherung zu entziehen, dieser „Doppelzange aus Markt und Bürokratie“ wie Klaus Dörner vor kurzem treffend formulierte.(6a)

Hinzu kommt eine neue, einschüchternde Art von Herrschaftswissen. Die Qualitätsoberköche kochen das, was sie für das Hauptgericht ausgeben mit geheimnisvollen Zutaten. Wenn man begriffen hat, dass es sich nunmehr auch bei den Ergebnissen der sozialen und klinischen Arbeit um Produkte handeln soll, kann man gleich weiter machen mit multidimensionalen Zielsystemen, audits, benchmarking, target costing, critical pathways usw., bis man die ganze Welt durch die ökonomische Brille zu sehen gelernt hat. „Dieses Denken, zu dem wir uns da zwingen, wirkt wie Gehirnwäsche.“ So zitiert Fritz Bremer eine langjährige Kollegin nach einem Gespräch über Dokumentationssysteme im Januar 2001. (3)

Fritz Bremer befürchtet, dass die inneren Dissonanzen, die durch all das entstehen, nicht mehr richtig wahrgenommen werden können, nicht richtig ins Bewußtsein gelangen, dass sich vielmehr die Mitarbeiter an eine „Pathologie der Normalität“ (Erich Fromm) gewöhnen. Es käme zu einem Zustand der „permanenten Selbstverleugnung, der permanenten Anpassungshöchstleistung“, die „nicht mehr als entfremdet wahrgenommen“, werde, so dass das Denken darüber kaum noch möglich sei. (2) Er fragt: „Stehen uns überhaupt noch humane Sensoren zur Verfügung, um zu bemerken, was mit uns geschieht? Was wir mit anderen tun? Was es bedeutet ‚Patienten‘ ‚Kunden‘ zu nennen, Gesprächskontakte zu zählen?“ Mir scheint, diese Sensoren sind noch da. Sie werden in unterschiedlicher Weise deutlich, einerseits in der beschriebenen Irritation, aber auch in Versuchen, Freiräume zu nutzen und bestimmte formalisierte Anforderungen listig zu modifizieren oder zu unterwandern. Für mich werden sie auch spürbar, wenn z.B. ärztliche Leiter von Landeskliniken und Abteilungen die von der Druckwelle des ökonomisierten Qualitätsmanagement zunehmend mehr erreicht werden, ratlos und suchend formulieren. „Ich weiß noch nicht so recht, wie ich bewerten soll, was da

vor sich geht, aber so wenig Zeit für Patienten hatte ich noch nie. Ob das gewollt ist?“ Solche und ähnliche Sätze habe ich von Ärzten in den letzten Monaten oft gehört.

Ob Manfred Bleuler geahnt hat, was kommen wird, als er 1975 formulierte:
„Je mehr wir uns vom Kranken weglocken lassen und unsere Aufgabe als Ärzte ... in anderen Bereichen als am Kranken suchen, ... desto weniger verdienen wir, Arzt genannt zu werden. Verdienen wir es nicht mehr und treten andere an unsere Stelle, so werden humanitäre Werte ..., die bisher uns Ärzten zufielen, in andere Hände gelegt – oder sie gehen verloren.“ (1) Ich sehe die anderen Hände nicht, in die die humanitären Werte gelegt werden können, denn andere Berufsgruppen werden genauso vom Patienten weggelockt.

Ja, aber – nach alledem - genügt denn Liebe allein? Brauchen wir keine Professionalität, keine Qualitätskontrollen? Schließlich weiß doch jeder, dass es bisweilen zu groben Mißständen kommt. Nein, Liebe allein genügt in der Tat nicht. Trotz all des bisher gesagten, bin ich mir dessen sicher. Als Sozialarbeiterin, als Krankenschwester, als Ärztin, als Juristin, als Betriebswirtin- in welcher Profession auch immer - sollte ich mir natürlich entsprechendes Fachwissen aneignen und es nach Möglichkeit auch beherrschen.

Wenn ich den Arbeitsmarkt nicht kenne, kann ich niemanden einen Arbeitsplatz vermitteln, wenn ich nicht weiß, wie ein Schwerkranker gelagert werden muß, kann ich ihn nicht pflegen, wenn ich nichts von der Wirkweise der Psychopharmaka verstehe, sollte ich die Finger davon lassen. Wenn ich von Ökonomie nichts verstehe, kann ich dem Primärziel sozialer Arbeit nicht dienen. Wenn ich die Gesetze nicht kenne, kann ich keinen Prozeß gewinnen. Liebe allein genügt nicht.

Und was nun Kontrollen und Leistungsnachweise von Arbeitsqualität betrifft, so wäre es unrealistisch sie in Bausch und Bogen für unnötig zu erklären. Jedoch, ehe ich etwas kontrollieren oder sogar messen kann, muß ich eine Vorstellung davon haben, was es ist, also z. B. was Qualität in der psychiatrischen Arbeit eigentlich bedeutet. Dann kann es vielleicht gelingen, das Instrument dem Gegenstand anzupassen und nicht umgekehrt den Gegenstand dem Instrument. Wenn ich den Bereich des Zwischenmenschlichen wie einen Modulbaukasten behandle, dann kann ich zwar gut messen und kontrollieren, herauskommen wird aber nur ein Zerrbild – wenn auch ein sauber dokumentiertes. Und was häufig vergessen wird, ein solches Vorgehen hat Rückwirkungen. Es verändert den Umgang, und damit das Menschenbild. Und wie mir scheint häufig auch die innovative Kreativität der Mitarbeiter.

Für mich hat sich aus Überlegungen, wie den bisher vorgetragen, der Impuls ergeben, mich an Merkposten für die Pflege qualitativ guter psychiatrischer Arbeit zu versuchen, die keine Anleihen beim marktwirtschaftlichen Denken machen.

Ich trage sie jetzt hier nicht vor. Sie können sie bei Interesse nachlesen in dem kleinen Tagungssammelband der 16. Bundestagung „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“, Bethel Beiträge Nr. 59, Bielefeld Bethel Verlag 2002, S.51-57, herausgegeben von Ellen Orbkemeier.

Verehrte Damen und Herren, je nachdem also, was man unter Qualitätsmanagement verstehen will, verträgt der Mensch, der Patient, der Klient, aber auch der Mitarbeiter ziemlich viel oder ziemlich wenig davon.

Aber da ein humanes Qualitätsverständnis, wie ich zu zeigen versucht habe, in der Koppelung an den Managementbegriff leicht in Atemnot geraten kann, weil zu wenig Spielraum für Umwege, spontane Einfälle, Langsamkeit, unverwüstliche Einmaligkeit vorhanden ist, würde ich zur Stärkung des eigenen Denkens und Fühlens gegenüber dem Trend empfehlen, bei der eigenen Sprache zu bleiben und vielleicht von Qualitätsentwicklung oder besser noch von der Entwicklung angemessener Lebens- und Behandlungsbedingungen für psychisch kranke

Menschen zu sprechen. Wenn von Einsparungen die Rede sein soll, von wirtschaftlichen Plandaten, von Rationalisierung und Rationierung, vom Ausstechen der Konkurrenz etc., würde ich es vorziehen, das dann auch so zu benennen. Ein hochgestochenes Qualitätsvokabular droht einiges zu vernebeln, z. B. die Tatsache, dass Preisskonkurrenz es über kurz oder lang erforderlich macht, den Preis auf Kosten der Qualität zu senken.

Ich glaube nicht, dass es gleichgültig ist, wie wir sprechen, welche Worte wir benutzen. Um dies zu unterstreichen, möchte ich diesem jungen, dynamischen Auditorium zum Schluß zunächst einen alten und danach sogar einen uralten Weisen zumuten. Zunächst also das Zitat des alten. Es handelt sich um Erich Wulff. Er formuliert: „Irgendwann begann jeder seine eigene berufliche Existenz nur noch als Bündel berechenbarer Dienstleistungen zu begreifen, die alle mit einem Preisschild ausgezeichnet werden konnten.“ In diesem Kontext betont Wulff nun die Bedeutung des Zusammenhangs von Sprache und Denken folgendermaßen: „Das ins Denken eingefräste Vokabular brachte anfängliche Proteste oder doch innere Widerstände dagegen zum Erliegen. Ende der neunziger Jahre hatte das eindimensionale Denken, »la pensee unique« des Neoliberalismus, sich auch in der Psychiatrie fast überall durchgesetzt. Es in Zweifel zu ziehen schien genauso abseitig wie nicht daran zu glauben, dass zwei mal zwei vier ergab.“ (9)

Bei dem uralten Weisen handelt es sich um keinen geringeren als Konfuzius. 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. Seine Antwort: „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.“ (7)

Literatur:

1. Bleuler, Manfred: Was den Arzt ausmacht, in: Medizin im Widerspruch, Hrsg.: Wunderli, J. et al., Freiburg 1975, 108-14)
2. Bremer, Fritz: Ver-rückte Ethik – Klamphemliche Verrückung der Werte: Anmerkungen zur Qualitätsdebatte im psychosozialen Bereich, in: Ökonomie ohne Menschen ? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen, Hg: Blume, J., Bremer, F., Meier, J., Neumünster 1997, 78, 80, 83
3. Bremer, Fritz: Erosion oder Reform? In: Wie geht's uns denn heute? Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen, Hg: Bremer, Fritz / Hansen, Hartwig / Blume, Jürgen, 2001, 177
4. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.), Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, Bonn 1988, 331, 327
5. Deppe, H.-U.: Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine Erfindung der Politik, in: FR vom 18.06.1996
6. Dörner, Klaus: Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Stuttgart 2000, 114
- 6a. Dörner, Klaus: „In der Fortschrittsfalle“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 38, Sept.2002
7. Konfuzius: in: Barbara Denjean - von Stryk: Sprich, dass ich dich sehe, Stuttgart 1996, S. 152
8. Spöhring, Walter / Richter, Dirk: Qualitätsmanagement in der Psychiatrie, in: Sozialpsychiatrie – Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven, Tübingen 2001, 732
9. Wulff, Erich Adalbert: Irrfahrten – Autobiografie eines Psychiaters, Bonn 2002, 593

*Renate Schernus
Bohnenbachweg15
33617 Bielefeld*