

Zeitschrift: SuchtMagazin
Band: 41 (2015)
Heft: 3

Artikel: Qualität : mehr als die Summe ihrer Indikatoren
Autor: Abraham, Andrea
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800790>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Qualität: mehr als die Summe ihrer Indikatoren

Das heutige Qualitätsdenken hat seinen Ursprung in der Industrie. Konzepte, die dort grosse Erfolge brachten, lösen in Systemen, die es mit biopsychosozialen Phänomenen zu tun haben, ambivalente Haltungen aus. Dies zeigt sich am Beispiel der Qualitätsmessung, die klassischerweise auf Indikatoren basiert. Damit können einzelne Aspekte eines Phänomens erfasst werden, aber Qualität ist mehr als die Summe ihrer Indikatoren. Für die Verbindung quantitativer Messungen mit dem Praxisalltag braucht es in den Organisationen deshalb institutionalisierte narrative Prozesse.

Andrea Abraham

Dr. phil., Leitung Forschung bei Dialog Ethik (Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen), Schaffhauserstrasse 418, CH-8050 Zürich, aabraham@dialog-ethik.ch, www.dialog-ethik.ch

Schlagwörter: Geschichte Qualitätsmanagement | industrielle Prägung | quantitative Qualitätsmessung | Qualitätskonzepte | narrative Qualitätsarbeit |

Einleitung

«Qualität ist nicht das Ziel; sie ist eine niemals endende Reise. Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement [...] sind kontinuierliche Prozesse statt Programme, die einmal durchgeführt und dann vergessen werden. Qualität [...] kann niemals ganz erreicht werden; sie verhält sich wie die Nordische Sage vom Soria-Moria-Schloss [...]. Obwohl näherkommende Wanderer seine Türme deutlich sehen können, ist es so wunderschön, dass sie es nicht zu beschreiben oder zu zeichnen vermögen. Während dem sie die nächste Bergkette erklimmen, schwebt das Schloss in der Luft, goldig schimmernd in den entfernten blauen Hügeln.»¹

Diese romantische Qualitätsmetapher entstammt einem Positionspapier zur Qualität in der medizinischen Grundversorgung und verweist auf die Grundprinzipien des modernen Qualitätsmanagements: Qualität ist nicht ein Zustand oder Endpunkt, sondern ein kontinuierlicher, intensiver Prozess, der sich an einer nur begrenzt erfassbaren Vision orientiert. Die positive Besetzung dieser Vision ist so stark, dass der beschwerliche Weg in ihre Richtung nicht gescheut wird. Aber diese Art und Weise, über Qualität zu schreiben, lässt manch LesendeN peinlich berührt, weil sie unser heutiges Verhältnis zu Qualität im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sehr einseitig abbildet. Obschon wir in all diesen Systemen von gewissen Gütestandards abhängig sind, so stehen wir dem Begriff Qualität ambivalent gegenüber: Wir können uns der Qualitätsdiskussion nicht entziehen und mögen diesen entleerten, inflationären Begriff gleichzeitig kaum mehr hören. Er begegnet uns täglich, aber wir kommen ins Stocken, wenn wir Qualität definieren und erklären müssen. Wir erheben zahllose Daten und fragen uns, ob deren Auswertungen das sind, was Qualität tatsächlich ausmacht. Diese Ambivalenz besteht in allen Arbeitsbereichen, die es nicht mit industriellen, sondern mit psychosozialen oder biopsychosozialen Fragestellungen zu tun haben. In diesen Arbeitsbereichen ist vieles nicht einfach richtig oder falsch und gut oder schlecht, sondern es bestehen unterschiedliche Sichtweisen dazu, wie Qualität definiert wird: Für die

einen ist sie eine Vision, ein Leitstern, ein goldenes «Schloss in der Luft». Für andere ist Qualität ein ermatteter und entleerter Begriff, ein «Luftschloss». Die unterschiedlichen Sichtweisen zeigen sich auch in dem, was auf die Definition folgt, die Messung und Kontrolle: Kann und soll Qualität gemessen werden? Wenn ja: mit welchen Instrumenten und durch wen? Was geschieht mit den Ergebnissen? Werden sie wieder in die Praxis zurückgespielt oder dienen sie primär der Erfüllung von Pflichten und der Umgehung von Sanktionen im Rahmen von Leistungsverträgen? Die folgenden Ausführungen befassen sich mit diesen Fragen und setzen beim Ursprung des modernen Qualitätsmanagements an.

Reise vom Auto zum Patienten, Schüler und Süchtigen

Die japanische Autoindustrie befand sich nach dem zweiten Weltkrieg in einer tiefen Krise. Grundlegende Veränderungen in der Produktion und im Vertrieb waren angezeigt, um mit den Autoherstellern westlicher Länder mithalten zu können. Aus diesem Grund wurde der US-amerikanische Physiker und Statistiker William E. Deming geholt, der in den darauffolgenden Jahrzehnten für japanische Firmen wie z.B. Toyota umfassende Qualitätsprogramme entwickelte, die zu gefeierten Prototypen für Erfolg in der Industrie wurden und für die Herstellung von Verbrauchsgütern unentbehrlich geworden sind. Deming läutete das Zeitalter des «Total quality management» (TQM) ein, welches ab den 1980er Jahren in den USA und in Europa mit grosser Euphorie aufgenommen und weiterentwickelt wurde.² Zu den heute bekanntesten TQM-Ansätzen gehören die internationalen ISO-Normen und das auf Europa begrenzte EFQM-Modell, von denen Elemente in Qua-TheDA eingeflossen sind.³ In der Industrie besteht die Grundlage des TQM darin, mit umfassenden und kontinuierlichen Massnahmen Leistungen besser, schneller, billiger und sicherer als die Konkurrenz zu erbringen, die Qualität der Produkte ganz am Kunden auszurichten, und für die Realisierung der erzielten Qualität auf die Unterstützung aller Mitarbeitenden zählen zu können.⁴

Industrielle Qualitätskonzepte

TQM und seine unterschiedlichen Ausprägungen hielten in der Schweiz ab den 1990er Jahren Einzug in das Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen. Demings Schlüsselkonzepte, die sich für die Industrie als sehr erfolgreich erwiesen haben, gelangen heute in vielen Dienstleistungsbetrieben zur Anwendung. Zu diesen Konzepten gehören z.B.:

- kontinuierliche Qualitätsentwicklung⁵
- Effizienz durch Eliminierung oder Minimierung von Varianz (Standardisierung)
- Systemdenken und zyklische Interventionen (z. B. der sogenannte Deming- bzw. PDCA-Zyklus⁶)
- statistische Qualitätskontrolle⁷

Diese Ansätze wurden seit Deming durch zahlreiche Akteure auf die nicht-industriellen Systeme angepasst. So entwickelte bspw. der Arzt Avedis Donabedian auf Demings Grundlagen die Unterscheidung der drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.⁸ Seine aufeinander aufbauende, lineare Vorstellung davon, wie Qualität unterteilt und gemessen werden kann, ist heute unhinterfragter Bestandteil vieler Qualitätsmessungen in den unterschiedlichsten Bereichen und wohl jedem Leser und jeder Leserin bekannt. Mit seinem Ansatz trug Donabedian ab den 1960er-Jahren massgeblich dazu bei, dass sich die in der Industrie erfolgreichen TQM-Ansätze zunehmend auch im Gesundheitswesen und später im Sozial- und Bildungswesen etablierten. In der Literatur wurden Deming und Donabedian so denn auch als «Helden» und «Märtyrer» gefeiert, als «Genies», «Propheten», «Messias» und als «Qualitätsgurus».⁹ In einschlägigen Zeitschriften und Fachdiskursen wird gerne auch von eigentlichen Qualitätskreuzzügen und von Qualitätsmanagement als einem Virus gesprochen, den man unter die Menschheit bringen muss. Sicherlich sind dies sehr ausgeprägte Formen, die Begeisterung für das moderne Qualitätsdenken zum Ausdruck zu bringen. Aber sie deuten darauf hin, in welchem Ausmass Deming und Donabedian unser modernes Qualitätsdenken bis heute in fast jedem Berufsfeld auf fundamentale Weise prägen.

Einzug in nicht-industrielle Systeme

Dieses moderne Qualitätsdenken ist nicht «einfach so» in die nicht-industriellen Systeme eingezogen. Zahlreiche Entwicklungen wirkten wegbereitend, so bspw.:

- Nivellierung der einst hierarchischen Experten/Laien-Beziehungen (Arzt-Ärztin/PatientIn, TherapeutIn/KlientIn, LehrerIn/SchülerIn), die sich z. B. in Ansätzen wie «Patientenzentriertheit» oder «Shared Decision Making» zeigt
- Aufbrechen der Autonomie von Professionen wie dem Arzt- oder Lehrerberuf und des genuinen Vertrauens in sie durch externe Transparenzforderungen
- Bedeutungszuwachs der vom naturwissenschaftlichen Paradigma geprägten Definition von «Evidenz» als etwas quantitativ Messbarem
- Emanzipation und Professionalisierung von Arbeitsbereichen, die bislang nicht zu den klassischen Professionen gezählt wurden (z. B. Soziale Arbeit, Pflege, Suchtarbeit)¹⁰
- Sparmassnahmen in den immer teurer werdenden Systemen, z. B. in Form von Regulierungen wie Leistungsverträgen zwischen Leistungsvergütern und Leistungserbringern, in denen festgelegt ist, dass über die erbrachte Leistung Nachweise erbracht werden müssen. Dies betrifft die Finanzierung von Projekten, die Subventionen von Organisationen und die Vergütung von Leistungen wie Behandlungen und Therapien¹¹
- Zäsuren durch gesetzlich festgelegte oder staatlich verordnete Aufträge zur Qualitätssicherung wie z. B. im neuen Krankenversicherungsgesetz 1994 oder die Aufforderung an die vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) unterstützten Einrichtungen der stationären Suchttherapie, ein Qualitätsmanagement einzuführen

So komplex die Entwicklungen sind, welche als Türöffner für die breite Etablierung des modernen, industriell geprägten Qualitätsdenkens fungierten, so herausfordernd ist die Implementierung seiner Schlüsselkonzepte in nicht-industriellen Systemen. Wie eingangs erwähnt, steht die Darstellung von Qualität im Zentrum der Herausforderung: Wie wird sie abgebildet? Wer misst sie? Und was geschieht mit den Resultaten? Schauen wir uns dieses Feld genauer an.

Indikatorenbasierte Qualitätsmessung

Das Geheimnis der Qualität sei die Liebe, und zwar die Liebe zur eigenen Berufsgruppe, die Liebe zu seinen Mitmenschen und jene zu Gott.¹² Kaum jemandem würde es einfallen, auf diese Weise über Qualität zu schreiben, wie dies Donabedian in seinem letzten Buch vor seinem Tod getan hat. Ganz im Gegenteil sind wir sehr bemüht darin, Qualität auf der Basis konkreter Zahlen zu diskutieren. Qualität heute ist gerade nicht mehr Glaube und Gefühl, sondern evidenzbasiert. Wie herausfordernd dies ist, zeigt die häufige Diskrepanz zwischen Qualitätsleitbildern von Organisationen und der Art und Weise, wie in diesen Organisationen Qualität tatsächlich gemessen wird bzw. welche Kennzahlen nach ihren Qualitätsmessungen zur Verfügung stehen. Der Grund liegt darin, dass ein Qualitätsleitbild eine zusammenhängende Beschreibung einer Qualitätsvision darstellt: Wir formulieren in Qualitätsleitbildern Auftrag, Verantwortung, Grundlagen und Kernkompetenzen, Pflichten, Haltungen, Werte und Ziele einer Organisation. Die eigentliche Messung hingegen bezweckt, das Leitbild zu fragmentieren und in messbare Einzelteile zu zerlegen. Dabei erfolgen Qualitätsmessungen in der Regel quantitativ, indem die Bereiche, die gemessen werden sollen, in Form sogenannter Qualitätsindikatoren und -items operationalisiert werden.¹³ Diese werden als «messbare Grössen [erachtet], die eine Aussage über die Versorgungsqualität ermöglichen und Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten liefern».¹⁴ Dabei wird ein Bereich (z. B. Versorgung chronisch Kranker) durch eine Reihe von zu messenden Parametern abgebildet (z. B. Kontrolle bei Bluthochdruck, Medikamenten-Management, Nachuntersuchungen). Indikatoren werden eingesetzt, weil die Annahme besteht, dass mit ihnen objektive, wertneutrale, zeitlose und unpersönliche Informationen produziert werden.¹⁵ Diese werden für administrative Zwecke, Kontrolle und Vergleiche und letztlich zur Standardisierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen verwendet.¹⁶

Komplexe Wirklichkeiten

Diese oben beschriebene Messart von Qualität stellt bei all jenen komplex zusammenhängenden Phänomenen eine Herausforderung dar, die nicht oder nur schwer in die Form von Indikatoren eingepasst werden können, weil viele sogenannte «soft facts» hineinspielen: Welche Parameter sollen dort gemessen werden, und was ist die erwünschte Ergebnisqualität? Der folgende Interviewausschnitt, der im Rahmen einer ethnographischen Forschung zu hausärztlichen Qualitätsvorstellungen entstand,¹⁷ illustriert die Herausforderung der Qualitätsmessung komplexer Phänomene exemplarisch. Die interviewte, auf HIV/AIDS spezialisierte Hausärztin reflektiert darin über die Behandlungsqualität bei einer Patientin, die sich im Jahr davor das Leben genommen hatte.

Beispiel Suizid

«Das [Suizid] ist für mich irgendwie immer noch ein Misserfolg, muss ich sagen. Weil ich das Gefühl habe, ich habe das nicht gespürt, nicht gesehen, dass sie so am Rand der Kräfte war. [...] Es geht um eine randständige Behinderte, die ich zuhause betreut habe. [...] Es war ein Seiltanz mit dieser Drogensüchtigen: [Einerseits war es] etwas sehr Schönes, es ging sehr gut. Sie hatte eine HIV-Infektion, die sie immer sehr treu behandelt hat. Und sie



„Hund mit besonderen Qualitätsmerkmalen, Nr. 1“

war im Rollstuhl, gelähmt, weil sie einmal einen Abszess in der Wirbelsäule hatte [...]. Aber sie konnte weiter leben. Wir waren so weit in der Betreuung, [...] dass wir gesagt haben, wir probieren die Hepatitis C zu [behandeln], das ist auch wieder ein Jahr Therapie mit Interferon, ein Hammerschlag. Sie [...] musste eine Leberprobe entnehmen lassen im Spital. Sie ist dorthin gegangen und während der Biopsie wurde ihr Hund überfahren. Der Hund war einfach alles [für sie], sie hatte keine Eltern. Und als sie nach Hause ging nach der Leberbiopsie [...], hat sie einfach alle meine Medikamente geschluckt, das Methadon gespritzt, alles, was sie in Reserve hatte, und sie ist daran gestorben, daheim, mit 36 Jahren. Weil sie den Hund verloren hatte. Das zeigt auch die Grenzen des medizinischen Handelns. Es ist gut gegangen auf menschlicher Ebene, auf technischer Ebene, auf der Ebene hoch moderner Therapie, aber es scheitert daran, dass der Hund überfahren wird. [...] Das ist fast Ironie aber zeigt ganz klar, wo die Grenzen liegen. Ich habe für diese Patientin ein ganzes Wochenende an einer Hepatitis-C-Ausbildung verbracht und habe am Schluss nicht realisiert, dass ihre ganze soziale Situation auf einem einzigen Bein steht: Das ist dieser Hund.»

Im hier geschilderten Fall ist «objektiv» alles gut gegangen. Die Hausärztin illustriert dies an drei Dimensionen von Behandlungsqualität:

- «menschliche Ebene»: Ärztin/Patientin-Interaktion (Kommunikation und Kontinuität)
- «technische Ebene»: Organisation und Management der komplexen polymorbiden Situation
- «hochmoderne Therapie»: neueste wissenschaftliche Evidenz als Grundlage für die Behandlung polymorbider Krankheitsbilder im Suchtbereich

Trotz der erfüllten Qualität in diesen Bereichen kommt es zum Suizid der Patientin. Die Hausärztin beschreibt, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien, wie sie von ihrer Profession gefordert werden, nicht ausgereicht hat. Es gibt «Grenzen», wie sie sagt, die hinter dem Erfass-, Steuer- und Kontrollierbaren liegen. Trotz der umfassenden Sorge um diese Patientin und des aus fachlicher Sicht hohen Qualitätsstandards der Behandlung kommt es mit dem Suizid zu einem schlechten Behandlungs-«Outcome» für die Patientin. Das ist kein Fehler im engeren Sinn, aber doch ein Versagen verschiedener Systeme, von denen die Ärztin sich als eines sieht. Wie dieses Beispiel illustriert, spielen bei biopsychosozialen Phänomenen mehrere Systeme zusammen.¹⁸ Diesem Zusammenspiel im Rahmen von standardisierten Messungen gerecht zu werden, ist eine grosse Herausforderung.¹⁹

Grenzen der Messbarkeit

Das zeigen auch die jahrelangen QuaTheDA-Bemühungen im Bereich der Ergebnisqualität: Man kann sie auf verschiedene Arten zu messen versuchen, und doch bleiben es Ausschnitte eines Phänomens bzw. ein bestimmter Blick auf ein Phänomen. Dies wird in der indikatorengestützten Qualitätsmessung gerne ausgeblendet. Oft wird suggeriert, dass das, was gemessen wird, «nahe an der Wahrheit»²⁰ ist und die einzigen oder relevanten Faktoren abbildet. Was aber tatsächlich gemessen wird, ist nicht die Praxis oder das Phänomen selber. Vielmehr entscheidet man sich, dieses Phänomen durch eine bestimmte Anzahl von Fragen zu erheben. Diese Fragen formulieren wir selber, wir legen fest, welche Schwerpunkte sie enthalten. Wir messen das, worauf wir uns aufgrund von wissenschaftlichen Evidenzen, Fach- und Erfahrungswissen und expliziten oder impliziten Interessen geeinigt haben. Oder wir messen das, was uns vorgegeben wird. Indikatoren sind also Konstruktionen und aus diesem Grund weder objektiv noch wertneutral.²¹ Durch diese Satzungen werden gewisse Bereiche in den Blick genommen, während andere, durchaus qualitätsrelevante Bereiche nicht sichtbar werden, weil sie vielleicht

schwerer in einen Indikator zu «packen» sind. Indem sie nicht erfasst werden, werden sie nicht als qualitativ wirksam anerkannt und laufen Gefahr, nicht valorisiert zu werden.

Mehr als die Summe von Indikatoren

Durch diese methodische Verengung und Verkürzung sind die Qualitätsdiskussionen der vergangenen Jahre vielfach zu einem Indikatorendiskurs verkommen und begrenzen die Art und Weise, wie wir über Qualität nachdenken. Das ist bedauerlich, da Qualität mehr ist als die Summe ihrer Indikatoren. Sie ist nicht wie ein Mosaikbild, das aus einzelnen nebeneinandergelegten Steinchen besteht, sondern die Dimensionen der Qualität hängen zusammen und interagieren. Dieser «Mörtel» zwischen den Dimensionen wird durch die indikatorenbasierte Messung nicht sichtbar: Er steht für Dinge wie z.B. Organisationskultur, Werthaltungen, Teamgeist oder KlientIn/TherapeutIn-Beziehung. Hier geht es nicht nur um das, was eine Organisation tut, sondern darum, wie sie es tut und was sie zusammenhält. Es geht um ihren «Klebstoff». Somit besteht meist eine Diskrepanz zwischen dem umfassenden Phänomen (visionierte Qualität in Leitbildern) und der Erfassung dieses Phänomens (gemessene Qualität). Komplexe Wirklichkeiten oder Wünschbarkeiten können sehr gut mithilfe von verbaler Sprache ausgedrückt werden. Dahingegen ist es weitaus schwieriger, dieselbe Wirklichkeit mit der Sprache der Zahlen auszudrücken, weil dies zwangsläufig in einem Reduktionismus mündet. Aus diesem Grund braucht es für Qualitätsprozesse in Organisationen neben dem Leitbild und der quantitativen Messung einen weiteren Schritt: Die Verknüpfung der erhobenen Zahlen mit der erlebten Praxis im Rahmen von institutionalisierten, narrativen Prozessen.

Narrative Qualitätsarbeit

Indikatoren verleiten dazu, Datenberge anzuhäufen, mit denen anschliessend wenig oder gar nicht gearbeitet wird. Das Sammeln von Daten allein bedeutet im besten Fall Qualitätsmanagement, aber noch nicht Qualitätsentwicklung. Um die Ergebnisse zu interpretieren und weiterzuverwenden, ist eine intensive und reflexive Auseinandersetzung notwendig. Nur so können die Zahlen für die Entwicklung der Organisation genutzt werden. Für die Arbeit mit den Zahlen braucht es zeitliche Ressourcen, Kompetenzen und eine geeignete Sprache: die der Worte. Diese gelangt in systematischen, d.h. strukturierten, regelmässigen, moderierten und verbindlichen Diskussionen, Verhandlungen, runden Tischen, Balintgruppen, Qualitätszirkeln und dergleichen zur Anwendung. In den unterschiedlichen Berufsfeldern gibt es verschiedenste Ansätze, die auf zyklisch verlaufenden Lern- und Verbesserungsmodellen basieren, so z.B. der in diesem Heft mehrfach erwähnte PDCA-Zyklus, die ebenfalls aus der japanischen Automobilindustrie stammenden Qualitätszirkel, oder das ALACT-Modell²² in der LehrerInnenbildung. All diese Modelle zielen darauf ab, reflexive Prozesse zu initiieren, die zur Veränderung von Arbeitsprozessen führen sollen. Im Folgenden soll am Beispiel hausärztlicher Qualitätszirkel skizziert werden, welche narrativen Prozesse in ihnen ablaufen.²³

Beispiel Qualitätszirkel

Hausärztliche Qualitätszirkel finden in regelmässigen Abständen statt, in der Regel alle zwei bis vier Wochen. Ein dazu ausgebildeter Moderator führt den strukturierten Austausch zu Themen, welche von der Gruppe als praxisrelevant erachtet werden. Das können klinische Themen sein, aber auch soziale (z.B. Arzt/Ärztin/PatientInnen-Beziehung), medizinethische, technische, administrative, finanzielle, politische oder persönliche. Der Austausch ist keine reine Wissensvermittlung, sondern findet unter Einbezug des hausärztlichen Praxiserlebens statt. So wird nicht allgemein über ein Thema gesprochen, sondern das Thema

wird vor dem Hintergrund konkreter Praxiserfahrung und lokaler Arbeitsbedingungen kontextualisiert, interpretiert, und weiterbearbeitet. Bei Bedarf werden SpezialistInnen eingeladen, die vertiefte Informationen zu einem Thema liefern. Der eigentliche Zirkelschluss – Fragestellung, Veränderung, Evaluation, Reevaluation – war anfänglich Bestandteil der Qualitätszirkel. Er wird heute aber nur selektiv vollzogen, weil er für viele Qualitätszirkelmitglieder zu aufwändig ist.²⁴

Diese narrative Bearbeitung eines Themas ist eine Form des «sozialen Lernens», die über die Akkumulierung neuer Informationen hinausreicht. Informationen werden in einem gemeinsamen Prozess zu neuem, für die Teilnehmenden relevantem Wissen verwoben.²⁵ Auf diese Weise wird angewandtes Wissen produziert, welches aus Fachinformationen und durch den Vergleich der eigenen Arbeitsweise mit derjenigen der anderen entsteht.

In Qualitätszirkeln wird folglich nicht nur darüber gesprochen, was getan oder unterlassen wird, sondern auch wie dies geschieht. Auf diese Weise können selbstverständliche und deshalb unhinterfragte Arbeitsweisen kritisch reflektiert werden.²⁶ Ein Hausarzt, der im Rahmen der oben erwähnten ethnographischen Forschung interviewt wurde, beschreibt diesen Austausch so:

«Ich finde diese Qualitätszirkel so gut, weil [...] zehn oder zwölf Leute in der gleichen Situation zusammen kommen. Man schaut, was wir für Erfahrungen gemacht haben. Was sagen die anderen dazu, und was müssen wir verändern? Wo müssen wir uns wirklich hinterfragen? Ist es wirklich nötig, dass jeder der eine Sinusitis hat, ein Antibiotikum braucht?»

Damit diese Form der kollektiven Reflexion möglich wird, braucht es einen vertraulichen Rahmen, in dem sich die Mitglieder des Qualitätszirkels offen äussern können und sich dabei vor sozialen Sanktionen (Beschuldigung, Ächtung, Ausschluss) sicher fühlen können. Wenn dieser Rahmen gewährleistet ist, haben Qualitätszirkel das Potential für eine intra-professionelle Kontrollfunktion im Sinne einer positiv besetzten sozialen Kontrolle und Intervention unter Fachkollegen.²⁷ Ein interviewter Hausarzt bringt dies pointiert zum Ausdruck:

«Die ursprüngliche Idee von Qualitätszirkeln [...] ist, dass man die «autistischen» Einzelkämpfer, die irgendwelche eigenartigen Dinge tun, ein wenig zurückbindet. [...] Und dass man sie in einen Kreis einbindet, und die Ärzte einander auf diese Weise gegenseitig regulieren. Vielleicht ist das die beste Art der Qualitätssicherung.»

Funktion narrativer Prozesse

Wie sich am Beispiel von Qualitätszirkeln zeigen lässt, werden durch diese «Gefässe» narrative Prozesse in Gang gesetzt. Sie stellen eine unverzichtbare Bearbeitung quantitativer Daten und Informationen dar, weil sie sie interpretieren, analysieren, kontextualisieren und präzisieren. Durch diese narrativen Prozesse:

- kommen verschiedene Perspektiven in einer Organisation zum Ausdruck
- wird der Bezug zum Berufsalltag, zur Praxis hergestellt
- werden die ethischen Dimensionen der Strukturen und Prozesse berücksichtigt
- werden die Lücken zwischen formalen Bereichen einer Organisation (Standardroutinen, feste Abläufe, Rollen, Stellenbeschreibungen, Kompetenz- und Verantwortlichkeitsprofile), zwischen informellen, anders organisierten Bereichen und zwischen unerwarteten Aspekten (neue Denkweise, neue Arbeitsweise) geschlossen
- wird das unsichtbare, selbstverständliche, historisch gewachsene Wissen einer Organisation explizit gemacht.²⁸

In der Kombination der «klassischen» quantitativen Erhe-

bungen mit eben diesen narrativen Prozessen liegt denn auch das Potential der Qualitätsentwicklung.²⁹ Kombinierte Ansätze bringen die Organisation weiter, weil diese sich bei der Arbeit an ihrem «Haus» nicht «nur» mit dem Bau der Mauern, mit der Raumaufteilung und Raumgestaltung befasst, sondern mit dem Leben im und um das Haus. Mit dem Einbezug der narrativen Dimensionen steht nicht der Vergleich zwischen Organisationen im Vordergrund, sondern die Qualitätsarbeit innerhalb der Organisation.

Schlussgedanken

TQM-Modelle umfassen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer Organisation. Sie sind systematisch, weil sie nichts dem Zufall überlassen wollen, sondern für jeden Arbeitsschritt eine Regelung fordern. Damit eine Organisation Qualität umfassend und integrativ³⁰ entwickeln kann, braucht es neben diesen Rastern, die von aussen über sie gelegt werden, genügend Raum und Ressourcen für die organisationale Eigenart und Einzigartigkeit, die in den oben beschriebenen narrativen Prozessen bearbeitet werden. Das Raster von Qualitätsmanagementansätzen darf folglich nicht so dicht gewoben sein, dass diese narrativen Prozesse keinen Platz mehr haben.³¹ So stellen sich bei jeder Organisation, die sich auf diese Reise begibt, die folgenden Fragen: Will sie Qualität «nur» messen? Oder will sie Qualität messen, reflektieren und weiterentwickeln? Entscheidet sie sich für letzteres, beginnt ein langer Weg, der hoffentlich nicht bei Luftschlössern endet, sondern bei einem Haus mit starken Mauern und dynamischem Innenleben. ●

Literatur

- Abraham, A. (2014): Framing quality: constructions of medical quality in Swiss family medicine. Bern: Eigenverlag.
- Abraham, A./Kissling, B. (2015): Qualität in der Medizin. Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag. Im Druck.
- Best, M./Neuhauser, D. (2005): W. Edwards Deming. Father of quality management, patient and composer. *Journal of Quality and Safety in Health Care* 14: 310-312.
- Bosk, C.L. (2003): Forgive and remember. Managing medical failure. Second edition. Chicago: University of Chicago Press.
- Bröckling, U. (2004): Evaluation. S. 76-81 in: U. Bröckling/S. Krasmann/T. Lemke (Hrsg.), *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Busch, L. (2011): Standards. Recipes for reality. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Deming, W.E. (1986): Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position. Cambridge: Cambridge University Press.
- Donabedian, A. (2003): An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005, 1966): Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly* 83(4): 691-729.
- Greenhalgh, T./Russell, J./Swinglehurst, D. (2005): Narrative methods in quality improvement research. *Quality and Safety in Health Care* 14(6): 443-449.
- Greenhalgh, T. (2007): Primary health care. Theory and practice. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Jonitz, G. (2007): Vorwort. S. 7-8 in: J. Stock/J. Szecsenyi (Hrsg.): *Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis*. Frankfurt a.M.: KomPart.
- Korthagen, F.A.J./Kessels, J. (2001): Linking practice and theory. The pedagogy of realistic teacher education. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Koschorke, A. (2004): Wissenschaftsbetrieb als Wissenschaftsvernichtung. Einführung in die Paradoxologie des deutschen Hochschulwesens. S. 142-157 in: D. Kimmich/A. Thumfart (Hrsg.), *Universität ohne Zukunft?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mäkelä, M./Booth, B./Roberts, R. (2001): Family doctors' journey to quality. The WONCA working party on quality in family medicine. Helsinki: STAKES.
- Martin, E. (1994): Flexible bodies. Tracking immunity in the American culture: from the days of polio to the age of AIDS. Boston: Beacon Press.
- Mouradian, G. (2002): The quality revolution. A history of the quality movement. Lanham: University Press of America.
- Rudhart-Dyczynski, A. (2003): Die Prozesse folgen dem Patienten. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement im Krankenhaus und in Pflegeorganisationen. S. 67-93 in: H. Blonski/M. Stausberg (Hrsg.), *Prozessmanagement in Pflegeorganisationen: Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven*. Hannover: Schlütersche.

„Mobilität vs. Wohnen im Grünen, eine Frage der Lebensqualität, die man für sich selbst wünscht, und die damit verbundenen Konsequenzen für alle.“



- Schön, D.A. (1993): The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Sklair, L. (2001): The transnational capitalist class. Oxford: Blackwell Publishers.
- Szecsényi, J./Stock, J. (2007): Einleitung: Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen? S. 9-16 in: J. Stock /J. Szecsényi (Hrsg.), Stichwort. Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt: KomPart.
- Tsoukas, H. (1997): The tyranny of light. The temptations and the paradoxes of the information society. Futures 29(9): 827-843.
- Walton, M. (1986): The Deming management method. New York: Perigee Books.

Endnoten

- 1 Mäkelä et al. 2001: 9; Übersetzung der Autorin.
- 2 Vgl. Martin 1994.
- 3 Vgl. Hälg/Stamm in diesem Heft.
- 4 Vgl. Sklair 2001.
- 5 Donabedian brachte dies so zum Ausdruck: «Beobachte, interpretiere, tu etwas, überprüfe was du getan hast und mache nie eine Pause» (Donabedian 2003: xxviii; Übersetzung der Autorin des Originalzitats: «Observe, interpret, do something, assess what you have done, and never rest!»).
- 6 Der PDCA-Zyklus steht für plan, do, check, act bzw. planen, tun, überprüfen, umsetzen und wurde von Deming entwickelt (Vgl. Deming 1986). Bspw. ist die Qualitätsnorm ISO 9001: 2015 durch den PDCA-Zyklus strukturiert.
- 7 Vgl. Busch 2011; Rudhart-Dyczynski 2003.
- 8 Vgl. Donabedian 2005, 1966.
- 9 Best und Neuhauser 2005; Walton 1986; Mouradian 2002.
- 10 Vgl. Glemser/Gahleitner in diesem Heft.
- 11 Vgl. Ackermann/Studer und Balthasar/Oetterli/Winnewisser in diesem Heft.
- 12 Donabedian 2003: 81.
- 13 Vgl. Friedli/Rufin/Meier in diesem Heft.
- 14 Szecsényi und Stock 2007: 9.
- 15 Vgl. Tsoukas 1997.
- 16 Vgl. Busch 2011.
- 17 Vgl. Abraham 2014.
- 18 Vgl. Abraham/Kissling 2015.
- 19 Vgl. Wyss in diesem Heft.
- 20 Vgl. Jonitz 2007.
- 21 Vgl. Koschorke 2004; Bröckling 2004.
- 22 ALACT steht für action, looking back on the action, awareness of essential aspects, creating alternative methods of action, trial bzw. Handlung, Rückblick auf die Handlung, bewusst machen, Finden von Handlungsalternativen, Ausprobieren (Vgl. Korthagen/Kessels 2001).
- 23 In der Schweizer Hausarztmedizin bestehen drei verschiedene Formen solcher Qualitätszirkel: Qualitätszirkel von selbstständig und unabhängig tätigen Hausärzten, in Ärztenetzwerke eingebundene Qualitätszirkel, Qualitätszirkel in HMO-Praxen.
- 24 Vgl. Abraham/Kissling 2015.
- 25 Vgl. Greenhalgh 2007.
- 26 Vgl. Schön 1993.
- 27 Vgl. Bosk 2003.
- 28 Greenhalgh et al. 2005: 44.
- 29 Vgl. Interview mit Eichenberger/Kalbfuss in diesem Heft.
- 30 Vgl. Glemser/Gahleitner in diesem Heft.
- 31 Vgl. Ackermann in diesem Heft.