

## Ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement (QMM) in Gesundheits- und Sozialorganisationen: Möglichkeiten und Grenzen

Mann, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mann, B. (1996). Ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement (QMM) in Gesundheits- und Sozialorganisationen: Möglichkeiten und Grenzen. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(1), 37-49. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36146>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



## Ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement (QMM) in Gesundheits- und Sozialorganisationen Möglichkeiten und Grenzen<sup>1</sup>

Bernhard Mann

### 1 Zur Doppelseitigkeit der Qualitätssicherung

*These 1: Im Diskurs um die Definitionsmacht im QMM sind die Sozialwissenschaften im allgemeinen und die Soziologie im besonderen interdisziplinär beteiligt.*

"Die Tragik mag man darin sehen, daß sich menschliche Grundbedürfnisse im Falle von Behinderung und erheblich eingeschränkter Selbständigkeit zwar auf dingliche Hilfe, vor allem aber auf Sicherheit, 'Nestwärme' und Geborgenheit richten" (Fischer 1990). Hier bespricht die Ärztin die humanwissenschaftliche Komplexität der Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Frage nach den "Social patterns" bzw. den "Handlungsentwürfen" (Luckmann 1992) eines ergebnisorientierten QMM.

Die Entwicklung zum modernen QMM im Gesundheits- und Sozialwesen steht in Beziehung zu den Gesundheits- und Sozialwissenschaften im allgemeinen und zur Soziologie im besonderen (Oppen 1995); damit ist die *Leitthese* angedeutet, daß das QMM sich nicht ausschließlich im Refugium der betriebs-, ingenieur- oder rechtswissenschaftlichen bzw. medizinischen Disziplinen bewegt. Schließlich liegt die sozialwissenschaftliche Bedeutung des QMM in der Doppelseitigkeit der Qualitätssicherung begründet - sowohl als "dingliche Hilfe" wie auch als menschliche Nähe und Zuneigung; dabei ist der bedürftige Mensch im Mittelpunkt des Geschehens, wie es neuerdings durch die Forderung nach einer Kundenorientierung ersichtlich wird (Martin 1993; Butthof 1995; Oppen 1995). Auch der vorliegende Beitrag intendiert die Erhellung einer doppelten Zielrichtung:

---

1 Vortrag beim European Health Management Kongress in Celle 1995

Tabelle 1: Aspekte des Qualitätsmanagements

Bedeutung der Soziologie für die Entwicklung des QMM	Entwicklungslinien im Gegenstandsbe- reich des QMM
QMM repräsentiert - in der Verschränkung von Mikro-, Meso- und Makrobetrachtung - die <i>Multiperspektivität sozialen Handelns</i> in der Postmoderne (Lüscher 1990; Beywl 1995).	1. QMM leistet in gesundheitswissenschaftlicher Perspektive einen Beitrag zur <i>Reduzierung des epidemiologischen Risikos</i> (Brenner 1979). 2. QMM basiert auf dem <i>Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung</i> aller Prozesse und Abläufe in den Organisationen; alle Fähigkeiten der Mitarbeiter sollen in ein QMM einbezogen werden (Martin 1993; Butthof 1995). 3. Die aktuelle Situation im <i>Diskurs um das QMM</i> ist ein "Streit um Ansätze" (Kaltenbach 1993).
1. Im <i>interdisziplinären Diskurs</i> um das QMM bietet der Gegenstandskatalog der Soziologie ein analytisches Instrumentarium. 2. Das QMM steht in enger Verbindung mit der <i>Entwicklung</i> der Methoden der empirischen Sozialforschung.	Die gesundheitswissenschaftlichen Perspektiven des QMM liegen begründet in der entwicklungsorientierten, ganzheitlichen, gezielten und reflektierten Erfüllung von <i>Anforderungen</i> (Türk 1989; Klimecki et al. 1994).
QMM ist verknüpft mit <i>Institutionalisierungsprozessen</i> im Gesundheits- und Sozialwesen.	<i>Grenzen eines QMM</i> liegen begründet: 1. in pathologischen Organisationen; 2. in mangelnder Bereitschaft zum Diskurs; 3. in mangelnder Bereitschaft zur wissenschaftlichen Evaluation der Maßnahmen (Türk 1978; Fleming et al. 1993).

## 2 Zur Bedeutung des QMM im Gesundheits und Sozialwesen

*These 2: Das Gesellschaftsbild ist auf dem Weg zur Dienstleistungsgesellschaft - bedingt durch demographische, epidemiologische und soziologische Prozesse. Im Kontext dieses Gesellschaftstypus ist ein "ergebnisorientiertes QMM" die entwicklungs- bzw. lernorientierte, ganzheitliche und gezielte Einlösung von Anforderungen an Gesundheits- und Sozialorganisationen.*

Die moderne Gesellschaft steht in einem sozialen Wandlungsprozeß von der einstigen Agrar- und Industriegesellschaft zur Informations-, Risiko- und Dienstleistungsgesellschaft. Gleichwohl liegt ein Bündel sozialer Herausforderungen an die Akteure und Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen vor (Albrecht 1989; Faßmann et al. 1995).

Sie werden als demographische und epidemiologische Herausforderungen bezeichnet (Ackermann-Liebrich et al. 1986; Mann 1994).

Die demographische Herausforderung ist charakterisiert durch fünf herausragende Merkmale (Tews 1979; Lang 1981; Rosenmayr 1990):

1. Die mittlere Lebenserwartung erfuhr in den letzten 100 Jahren starke Umbrüche: der *homo longaevus*, wie es der amerikanische Gerontologe Birren ausdrückt, wurde geboren.
2. Die Lebensarbeitszeit ist geschrumpft; man lebt im Ruhestand eine halbe Arbeitszeit lang.
3. Die nacheelterliche Phase dauert heute zehnmals so lange wie vor 100 Jahren.
4. Der steigenden Altenquote steht ein Rückgang der Kinder- und Jugendlichenquote gegenüber.
5. Mit zunehmendem Alter nimmt die Pflegebedürftigkeit zu.

Die epidemiologische Herausforderung ist ebenfalls charakterisiert durch herausragende Erscheinungsformen.

Nach dem WHO-Verständnis ist die Epidemiologie definiert als die "Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfaktoren, die diese Verteilung beeinflussen" (Ackermann-Liebrich et al. 1986, S. 114). Aus der Sicht *deskriptiver Epidemiologie* veränderten die sozialen Umbrüche der letzten Jahrzehnte die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen wie deren Verteilung in der Bevölkerung, und in deren Gefolge die Gestalt des Gesundheits und Sozialwesens. Um ein Beispiel zu nennen: Die Prävalenz und Inzidenz der Infektionskrankheiten gingen zurück.<sup>2</sup> Gleichzeitig stiegen die chronischen Erkrankungen beachtlich - verbunden mit den sozialen Folgen eines hohen Pflegebedarfs (Rosenmayr 1990; Kühnert 1991; Faßmann et al. 1995). Ein Blick in die Rentenversicherungsstatistik bestätigt diese Befunde nachhaltig (Der Bundesminister für Gesundheit 1991). Auch ist aus der Geriatrie bekannt, daß bei Hochbetagten - vor allem nach dem achtzigsten Lebensjahr - das Risiko, multifaktoriell zu erkranken (Lang 1981), rapide steigt.<sup>3</sup>

Aus der Sicht der *analytischen Epidemiologie* stellt sich die Frage, welche dominanten Faktoren *kausal* auf das epidemiologische Risiko einwirken - nämlich in einer bestimmten Zeitperiode oder in einem bestimmten biologischen, kalendarischen oder sozialen Alter zu erkranken oder zu sterben. Harvey Brenner (1979) verweist im Zuge eines sozialepidemiologischen Modells auf die Verknüpfung von Sozialstrukturen, Gesundheitspolitik und Verhaltensvariablen; sie nehmen allesamt auf das epidemiologi-

---

2 Gemeint ist die Neuerkrankungsziffer, bezogen auf eine definierte Bevölkerung pro Zeiteinheit, wie die Deutschen in den letzten 50 Jahren.

3 Zu erinnern ist an moderne Menschheitsgeiseln, wie Schlaganfälle oder vor allem die Demenz vom Alzheimers Typ.

sche Risiko Einfluß. Dieser Befund entspricht der Public-Health-Idee: es wird von einem Bio-Psycho-Sozio-Modell im Gesundheitswesen ausgegangen (Eversmann et al. 1993; Oppen 1995). "Soziologie in der Medizin" als Beitrag zur Anamnese und Therapie und "Soziologie von der Medizin" als Beitrag zur Analyse von Sozialorganisationen im Gesundheitswesen sind im gesundheitswissenschaftlichen Modell integriert.<sup>4</sup>

Die Frage nach der Leistungskraft der Sozialorganisationen im kurativen und rehabilitativen Prozeß - pointierter formuliert bei der Reduzierung des epidemiologischen Risikos - gewinnt in dieser gesundheitssoziologischen bzw. Public-Health-Interpretation zunehmend an Bedeutung. Die Sozialorganisationen reichen von Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Altenheimen, Altenpflegeheimen über Wohnheime für Behinderte bis zu ambulanten Diensten und Sozialstationen: Es handelt sich um jenen Personenkreis, der - neben Medizin- und Gesundheitssoziologie - in der *Soziologie sozialer Probleme* ebenso wie in der *Soziologie der Randständigkeit* seinen systematischen Ort gefunden hat (Albrecht 1989). Eine soziale Handlungsform zur Operationalisierung eines Bio-Psycho-sozio-Modells im Gesundheitswesen ist die Weiterentwicklung des Qualitätsgedankens zum QMM (Kaltenbach 1993). Hierbei wird das Gesundheits- und Sozialwesen als eine Einheit beleuchtet.<sup>5</sup>

Zusammengefaßt kann festgehalten werden, daß durch den demographischen und epidemiologischen Umbruch Gesundheitsleistungen in den stationären und - vor allem - ambulanten Einrichtungen vermehrt nachgefragt werden. Dabei unterstützt die Rechtsentwicklung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) den Trend zur Versorgung in ambulanten Einrichtungen. Schließlich ist im Sozialgesetzbuch (SGB V, §§ 135a, 137) die Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der stationären Versorgung vorgesehen (Sozialgesetze der Krankenversicherung 1995).

---

4 Auf die gesundheitswissenschaftliche Problematik der analytischen Trennung von "Soziologie in der Medizin" und "Soziologie von der Medizin" hatte Horst Baier in dem zwischenzeitlich klassischen Werk "Der kranke Mensch und die Gesellschaft", herausgegeben u.a. von Alexander Mitscherlich, schon 1970 hingewiesen.

5 Diese Trennung hatte rechtliche Gründe, was mit dem Gesundheitsstruktur-Gesetz jedoch überwunden ist.

### 3 Qualitätsbegriffe, Funktionen der Qualitätssicherung und konfligierende Ansätze im QMM

*These 3: Die Anforderungen an das QMM sind verschränkt mit den Handlungs- und Organisationsstrukturen im Makro-, Meso- und Mikrobereich (Beywl 1995).*

Tabelle 2: Qualitätsbegriffe

Duden	Güte, Wert
qualitas (lat.)	Eigenschaft, Beschaffenheit
phänomenologisch orientierter Begriff	Prädikat einer Sache (Mann 1990)
wirtschaftsgeschichtlich orientierter Begriff	Gütezeichen in Handel und Industrie
DIN 555350	"Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf die Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse beziehen"
Deutsche Gesellschaft für Qualität	Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die geeignet sind zur Erfüllung vorgegebener Forderungen
European Organization for Quality Control (EOQC)	"The totality of features and characteristics of a product or service that bear on its ability, to satisfy a given need"
Krankenhausbetriebswirtschaft (Eichhorn, 1987)	Erfüllung von Anforderungen im Sinne einer prädikativen Skala von mehr oder weniger "gut"
Donabedian (1982)	Differenzierung des Qualitätsbegriffs in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
QMM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Null-Fehler-Management (Beywl 1993)</li> <li>2. Vertrauen in das Gesundheits- und Sozialwesen entwickeln (Martin 1993)</li> <li>3. Weiterentwicklung sachlich begründeter Anforderungen.</li> </ol>

Gesellschaftliche Strukturdaten wie ökonomische Daten, rechtliche Regelungen und sozialpsychologische Dimensionen des Verhaltens gegenüber Behinderten, Betagten, Kranken und Rehabilitanten, Bedarfslagen durch epidemiologische Risiken und der

Organisationsstil in den Einrichtungen beeinflussen allesamt das QMM; ihr Ziel ist eine Verbesserung der Lebenslage<sup>6</sup> der Beteiligten - allen voran die Patienten bzw. das Sozialklientel. Was heißt nun Qualität? Wie wird Qualität definiert (vgl. Tabelle 2)?

Das Institut für Gesundheitssystemforschung in Kiel (Eversmann et al. 1993) hatte allgemeine Funktionen zur Qualitätssicherung zusammengestellt.<sup>7</sup>

Tabelle 3: Funktionen der Qualitätssicherung

Monitoring	Kontrolle der Managementprozesse durch einen systematischen und routinemäßigen Prozeß der Datensammlung;
Evaluation	Identifikation von Defiziten und Chancen zur Verbesserung der Versorgung;
Important Aspects	Klärung der Frage, welche Maßnahmen von einem hohen Risiko, besonders aufwendig oder besonders problembeladen sind;
Scope of Care	Analyse des Umfangs der Versorgung: Wer wird behandelt, wie wird behandelt, welche Behandlungsverläufe liegen vor?
Responsibility	Frage nach den Zuständigkeiten für die Programmorganisation "Qualitätssicherung";
Criteria	Frage nach den Maßstäben zur Angemessenheit der Qualitätsentwicklung; d.h. auch die Frage nach den Standards;
Indicators	Hinweise über Teilaspekte der Versorgung wie Risikogruppen;
Action	Frage nach geeigneten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Risikogruppen;
Improvement	Kontinuierliche Sammlung von Daten hinsichtlich der Frage, inwiefern auftretende Probleme gelöst wurden;
Information	Frage nach dem Berichtswesen, d.h. werden die Auswertungen in den Jahresbericht integriert, soweit es die Standards erfordern?

Die Geschichte des Total Qualität Management (TQM)<sup>8</sup> (Kaltenbach, 1993, S. 164-167) gehen bis in die frühen 50er Jahre zurück: Japaner haben sich erstmalig mit Qualitäts-

6 Analytisch ist dabei das Lebenslagekonzept - von Theodor Geiger (1987) bis Stefan Hradil (1988) - geeignet, die horizontalen Differenzierungen und vertikale Strukturierung zu erfassen.

7 Das Institut kooperiert mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und hatte die Qualitätskriterien in Anlehnung an den angelsächsischen Raum entwickelt.

8 Auch als Company-wide Quality Control (CWQC) bezeichnet. Verbunden mit dem TQM ist die Entwicklung der Quality Control Circles oder Quality Circles.

problemen auseinandergesetzt.<sup>9</sup> Die *Kernthese* ist, daß Qualität nicht nur erprüft, sondern produziert wird.<sup>10</sup> Erstens sind die Konsequenzen eine unternehmensweite Ausrichtung der Qualitätssicherung mit der Partizipation aller Arbeitnehmer: vom einfachen Arbeiter bis zum Top-Management. Zweitens ist Qualitätssicherung nicht nur eine Aufgabe der Fertigung; sie wird auch zur übergreifenden Managementaufgabe mit dem anfänglichen Konzept einer Total Quality Control. Drittens beginnt die Qualitätssicherung im Konzept des TQM mit der frühesten Phase der Produktentwicklung; sie beginnt mit dem Marketing bzw. der Kontaktaufnahme mit dem Kunden.

Die theoretische Situation des QMM ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Ansätzen und eine Auseinandersetzung mit Schulen; sie werden klassifiziert in ein *integratives vs. konsequentes QMM*: Zum *integrativen QMM* zählen Ansätze von der internen und externen Qualitätssicherung, den Qualitätszirkeln wie Kleingruppen über Total Quality Management bis zur Corporate Identity. Die Ansätze eines *konsequenten QMM* reichen von Donabedian (1982) mit Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, Qualitätsbeauftragten, Qualitätsprüfung bis zur objektivierten Qualitätssicherung, wie sie als Internationale Norm ISO 9000 ff., insbesondere 9004, bekannt sind; die Möglichkeiten einer Zertifizierung sind gegeben; sie ist befristet. Gemeinsam ist allen Ansätzen, daß die Entwicklung von Standards, wie z.B. Pflegestandards, Standards der Altenheim- und Krankenhaushygiene über Standards in der Chirurgie bis zu Standards in der Krankenpflege gefordert werden (Klazinga et al. 1994).

Die Kritik - vor allem an der Zertifizierung - beinhaltet, daß externe Gutachter über die Beteiligten hinweg eine Organisation bewerten, die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen, daß Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit als Maßstab nicht hinreichend berücksichtigt wird (Butthof 1995), sich also eine "Metaphysik" in die Sozialwelt einschleicht: Gemeint ist z.B. eine "Transzendierung der Pflege" durch eine Stilisierung zur Pflegeidylle (Seyd 1994). Der aktuelle Trend läuft darauf hinaus, das Konzept der internen und externen Qualitätssicherung zu favorisieren (Eversmann et al. 1993). Interne Qualitätssicherung bedeutet, daß die Mitglieder der Sozialorganisationen z.B. durch Qualitätszirkel die Standardentwicklung erarbeiten. Beobachtbar ist ein Institutionalisierungsprozeß, in dem die Zirkel berufsgruppenorientiert sind (z.B. Pflegekräfte, Verwalter, Ärzte nach Fachgebietsbezeichnung, Hygienefachkräfte oder Medizingenieure). Konferenzen und Kuratorien mit Qualitätssicherungsinstituten bilden die weitere Stufe. Das externe QMM wird schließlich von anerkannten Instituten vorgenommen; sie sind akkreditiert bei den Kassen und dem Medizinischen Dienst.

---

9 Vgl. Seminar der Japanese Union of Scientists and Engineers.

10 Das amerikanische Verständnis von "control" - im Gegensatz zum japanischen Verständnis - beinhaltet "Inspektion".



## 4 Möglichkeiten der Qualitätspolitik in den Gesundheits- und Sozialorganisationen

*These 4: Die Möglichkeiten eines ergebnisorientierten QMM liegen in der Verbesserung der Organisationsmethoden; zu denken ist an den Differenzierungs-, Koordinierungs-, Professionalisierungs- und Programmierungsgrad (Kubicek et al. 1985).*

Die Möglichkeiten der Qualitätspolitik lassen sich als *Aufgaben-, Informations-, Komplementaritäts-, Strategie-, Partizipations- und Identitätsansätze* zusammenfassen (Türk 1989; Klimecki et al. 1994). Prinzipiell ist festzuhalten, daß der Status eines ergebnisorientierten QMM in Abhängigkeit steht vom aktuellen Methodenrepertoire: Untersuchungsskalen, analytisches Niveau, Datenbasis, Praxisreflexion etc.<sup>11</sup>

*Die Optimierung des Differenzierungsgrades* beinhaltet die Förderung des funktionalen und kognitiven Organisationsprozesses:

1. Entlastung durch die Rechtsentwicklung.<sup>12</sup>
2. Detaillierte Tätigkeitsanalysen geben Richtgrößen für den Personalbedarf auf der Basis zuvor definierter Pflegestandards wie der präzisen Dokumentation der einzelnen Leistungen.
3. Der Begriff des "gesunden Krankenhauses" rückt die innerbetriebliche Qualitätspolitik in den Vordergrund; wichtige Merkmale sind die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle über die Motivierung durch Arbeitszeitflexibilisierung bis zur Identitätsförderung durch Fort- und Weiterbildung;<sup>13</sup> letztere erklären 46 % der Arbeitszufriedenheit (Güntert et al. 1991).
4. Entwicklung neuer Berufsbilder wie der *Einsatz von Stationsassistenten*.

*Die Optimierung des Koordinierungsgrades* beinhaltet die Förderung der Kooperations- und Kommunikationsmuster. Für ambulante Einrichtungen gilt:

- 11 In einer retrospektiven Studie, welche die Zeitspanne von 1971-1990 umfaßt, wurde festgestellt, daß sich das Methodenrepertoire zur Qualitätssicherung verbessert hat (Fleming et al. 1993).
- 12 Konkrete Maßnahmen waren die Einfügung der häuslichen Pflege in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Sach- bzw. Geldleistungen nach den §§ 53 ff. SGB V; gleichermaßen der Pflegepflichtversicherung zur Qualifizierung der häuslichen Pflege mit dem Leistungsbeginn am 1.4.1995. Für pflegende Angehörige eröffnete sich die Chance, wie auch qualitative Studien zeigen, daß ihre Tätigkeit eine soziale Anerkennung erfahren haben.
- 13 Konkret geht es um die Einführung von Haupt- oder Normalarbeitszeiten für die Kernaufgaben mit der Pflege, Versorgung und Therapie zwischen 7.30 und 16.00 Uhr.

1. *Leistungsabstimmung* des niedergelassenen Arztes, des medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der sozial- und gesundheitspflegerischen Dienste und der ambulanten Pflegekräfte.<sup>14</sup>
2. *Verzahnung* zwischen der pflegerischen und hausärztlichen Betreuung durch institutionalisierte Formen der Kommunikation wie Fallbesprechungen, Supervision und Qualitätszirkel.<sup>15</sup>
3. *Motivierung* durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit vor Ort zwischen Ärzten und Pflegeern wie zwischen Ärzte- und Pflegeverbänden.

Für stationäre Einrichtungen gilt:

1. *Zusammenarbeit* mit der Verwaltung und der Ärzteschaft: Kontakte und Zusammenarbeit erklären 36 % der Arbeitszufriedenheit (Güntert et al. 1991).
2. Einführung des Mentorgedankens durch eine erfahrene Pflegekraft: Weiterbildungsmöglichkeiten erklären 46 % der Arbeitszufriedenheit (Güntert et al. 1991).
3. *Kinderhort* für die Mitarbeiter.
4. *Qualitätszirkel* mit Pflegekonferenzen: es geht um das Zusammenfinden kleiner Gruppen von Mitarbeitern; sie besprechen arbeitsbezogene Fragen, die Implementierung und Kontrolle vorgeschlagener Lösungen (Eversmann et al. 1993).<sup>16</sup>
5. *Teamarbeit* und Kollegialität anstelle ausgeprägter Hierarchie.
6. *Ressourcenförderung der Arbeitsgruppe* durch die Förderung der Arbeitszufriedenheit: ein gutes Betriebsklima erklärt 85 % der Arbeitszufriedenheit (Güntert et al. 1991).
7. *Kommunikationsförderung* zur Überwindung von Sprachbarrieren mit einem dialogisch-interaktivem Verhalten.

Die *Optimierung des Professionalisierungsgrades* durch die Förderung der funktionalen und kognitiven Differenzierung:

- 
- 14 Beispielsweise haben sich in Dortmund - unter dem Dach einer beim Paritätischen Wohlfahrtsverband angegliederten Koordinationsstelle - zwölf gemeinnützige und fünf private Anbieter für häusliche Pflegeleistungen erfolgreich zusammengeschlossen. Konsequenzen sind, daß ein gemeinsamer Pflegenotruf eingerichtet wurde. Durch die Arbeitsteilung haben die Pflegerinnen und Pfleger nur alle 10 Wochen Bereitschaft. Neben der Erarbeitung einheitlicher Pflegestandards sind gemeinsame Weiterbildungsangebote für die Mitarbeiter geplant (Dortmunder Modell 1994).
  - 15 Der Geriater Prof. Dr. Fügen berichtet, daß ältere Patienten von einer Kooperation zwischen Hausarzt und Pfleger profitieren. Eine altersangemessene Behandlung und eine bessere Einschätzung von Arzneimittelnebenwirkungen sind eher gewährleistet (Barfuß 1994).
  - 16 In einem Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen haben sich diese Zirkel bewährt. Die Fluktuation ist zurückgegangen (Ärzte-Zeitung v. 20.5.1994).

1. Beratung durch Pflegekräfte bei der Verschreibung von Pflegehilfsmitteln; Gründung eigenständiger Pflegekammern.<sup>17</sup>
2. Anerkennung der Leistung durch die Einführung von Pflegestandards.
3. Methodenentwicklung zur Qualitätsermittlung pflegerischer Arbeit z.B. durch pflegeentlastende Maßnahmen.
4. Aufbau der Pflegewissenschaften.
5. Eine Untersuchung der Initiative der "Berufe für das Leben" hat ergeben, daß der Sozialstatus der Pfleger/-innen wächst.
6. Einführung des Amtes eines Qualitätsbeauftragten.
7. Ein Verordnungsentwurf des Bonner Familienministeriums sieht striktere Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekräfte (vor allem der Heimleiter und Pflegedienstleiter) vor.
8. Supervisionsangebote.

*Die Optimierung des Programmierungs- und Zentralisierungsgrades durch die Erweiterung der Handlungsspielräume und Entscheidungskompetenzen:*

1. Abbau von Fremdbestimmung mit fachlicher Rückmeldung durch die Pflegedienste.
2. Die Vergrößerung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums fördert die Arbeitszufriedenheit (Güntert et al. 1991): von den Beziehungen zu Patienten und ihren Angehörigen (79 %), selbständig arbeiten (74 %) über Verantwortung bei der Arbeit tragen (74 %) bis zur sinnvollen, wichtigen Arbeit (70,5 %).
3. Auch erlangt die Supervision ein herausragendes Gewicht angesichts der komplexen Schnittstellen mit den verschiedenen Rollenerwartungen wie die Heimleitung/Heimträger, der Heimbewohner, die Angehörigen, der Kollegen und der Öffentlichkeit (Kühnert 1991).

## 5 Grenzen der Qualitätspolitik

*These 5: Die Grenzen eines ergebnisorientierten QMM ergeben - so der aktuelle Diskurs - folgende Folie: von inflexiblen Organisationsstrukturen mit 'überkomplizierten', 'übersteuerten' und 'überstabilisierten' Organisationen, der mangelnden Attraktivität der Pflegeberufe über qualitative und quantitative Organisationsdefizite bis zur unzureichenden Methodenentwicklung.*

---

<sup>17</sup> Hintergrund ist der Umbruch der Pflegeberufe zu einem eigenständigen freien Berufsbild mit hohen Ansprüchen an die Qualitätssicherung (Gesellschaft für Gesundheit und Krankenpflege 1994, S. 8).

Konkret belasten Abstimmungs-, Identitäts-, Kooperations-, Motivations- und Orientierungsstörungen die Dienstleistungsqualität (Fischer 1990; Rosenmayr 1990; Güntert et al. 1991; Kühnert 1991; Faßmann et al. 1995):

1. Familienungünstige Arbeitszeiten und ungeeigneter Stellenschlüssel;
2. Burnout-Syndrome;
3. Defizite in der fachlichen Unterweisung;
4. Gewalt in der Pflege;
5. Personalfuktuation;
6. unbesetzte Planstellen wie in Wohnstätten für Behinderte und ein ungünstiger Stellenschlüssel.

Auch wirft die oben angeführte Kritik an der aktuellen Entwicklung des QMM die Frage auf, inwiefern die Figuration eines TQM mit dem Merkmal der Zertifizierung sich nicht als eine - in der Sprache von Norbert Elias (1993, S. 13) - "Metaphysik gesellschaftlicher Gebilde" entpuppt; insoweit auch eine Herausforderung an die komplexen Denkqualitäten der Soziologie. Konkret weist Butthof (1995) darauf hin, daß die Zertifizierung für die Mitarbeiter mit "Bürokratismus"<sup>18</sup> verbunden ist.

## 6 Zusammenfassung

QMM im Gesundheits- und Sozialwesen hat sich zu einem Paradoxon entwickelt. Einerseits kann der Nutzen und die Sinnhaftigkeit der Organisationsentwicklung - soziologisch ausgedrückt - als ein Beitrag zum "Prozeß der Zivilisation" (Elias 1993) charakterisiert werden. Das QMM ist verknüpft mit der Sicherung, Kontrolle und Verbesserung der sachlich begründeten Anforderungen an die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Organisationen. Da die Strukturen und Prozesse mit vielzähligen Gruppenprozessen wie Qualitätszirkeln, Supervision oder Verbesserung des Betriebsklimas in Verbindung stehen, ist die Entwicklung des QMM eine Herausforderung an die Soziologie (Beywl 1995).

Andererseits ist die Frage aufmerksam zu verfolgen, inwiefern die Zertifizierungskampagnen keine neue "Metaphysik sozialer Gebilde" (Elias 1993) verfolgen bzw. eine Entwicklung vom "Pflegernotstand zur Pflegeidylle" (Seyd 1994) einleiten. Zur Überwindung dieses vermeintlichen Widerspruchs plädiert Butthof (1995, S. 132) für eine "Gratwanderung" zwischen dem QMM-Prinzip einer kontinuierlichen Verbesserung und

---

18 Durch die Zertifizierung wird das Prinzip einer kontinuierlichen Verbesserung aller Prozesse im Unternehmen blockiert. Tendenziell reduziert sich das Führungsverhalten auf die Kontrolle der Normeinhaltung und weniger auf die Unterstützung der Mitarbeiter (Otto, 1993; S. 295 f.; zit. nach: Butthof 1995, S. 120).

dem Trend zur Normierung und Zertifizierung der Qualitätssicherung; mit anderen Worten: Es wird sowohl die Forschung als Informationsmedium aufgefordert als auch der Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis gefordert. Diese Bemühungen sollten nicht den Betriebswissenschaften alleine überlassen bleiben. Hier sind die Sozialwissenschaften im allgemeinen und die Soziologie im besonderen aufgefordert (Fischer 1990; Günter et al. 1991; Eversmann et al. 1993; Oppen 1995; Bewyl 1995), an einem fundierten Kommunikationsprozeß in den Organisations- und Pflegewelten (Rosenmayr 1990) mitzuwirken; nicht zuletzt als ein Beitrag zur Weiterentwicklung der praxis- wie soziologieorientierten Disziplinen wie Pflege, Public Health und Sozialarbeit.

## Literatur

- Ackermann-Lieblich, U.; Gutzwiller, F.; Keil, Ulrich.; Kunze, M., 1986: Epidemiologie. Wien.
- Albrecht, Günther, 1989: Soziale Probleme. In: Endruweit, Günter; Trommsdorff, Gisela (Hrsg.), Wörterbuch der Soziologie, Bd. 2. Stuttgart.
- Baier, Horst, 1970: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von; Horn, Klaus (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln, Berlin.
- Barfuß, A., 1994: Ältere Patienten profitieren von der intensiven Kooperation zwischen Hausarzt und Pfleger erheblich. In: Ärzte-Zeitung v. 3.5.1994, Nr. 80, S. 2.
- Beywl, Wolfgang, 1995: Sozialwissenschaften und Qualität. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Jg. 18, Heft 1, S. 27-42.
- Bolte, Karl Martin; Hradil, Stefan, 1988: Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen.
- Brenner, Harvey, 1979: Mortality and the National Economy. In: The Lancet, Jg. 9, Heft 15, S. 568-573.
- Butthof, Wolfgang, 1995: Zertifizierung und Qualitätssicherung am Beispiel ausgewählter Dienstleistungsunternehmen: Möglichkeiten und Grenzen der Übertragung praktischer Erfahrungen auf das QMM im Krankenhaus. Universität Konstanz (Diplomarbeit).
- Der Bundesminister für Gesundheit, 1991: Daten des Gesundheitswesens. Schriftenreihe Bd. 3. Baden-Baden.
- Donabidian, Avedis, 1982: An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: Selbmann, Hans-Konrad; Überla, Karl (Hrsg.), Quality Assessment of Medical Care. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 15. Gerlingen, S. 69-92.
- Dortmunder Modell, 1994: Gemeinnützige und private Pflegedienste kooperieren. In: Ärzte-Zeitung v. 8. September 1994, Nr. 159.
- Eichhorn, Siegfried, 1987: Krankenhausbetriebswirtschaftslehre. Köln, Stuttgart, Berlin.
- Elias, Norbert, 1993: Grundfragen der Soziologie. München.
- Eversmann, Bernd; Niemann, Frank-Michael; Beske, Fritz, 1993: Qualitätssicherung im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel.
- Faßmann, Hendrik; Wasilewski, Rainer, 1995: Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie, Bd. 13. Nürnberg.
- Fischer, Gisela, 1990: Die humanitäre Herausforderung der Geriatrie. In: Ev. Impulse 4.

- Fleming, R. A., Reile, P. A., 1993: Behavioral Residential Treatment. In: Nursing Homes & Residential Care. Jg. 8, Heft 1, S. 29-43.
- Geiger, Theodor, 1987: Die soziale Schichtung des deutschen Volkes. Stuttgart, 1. Aufl. 1932. Gesellschaft für Gesundheit und Krankenpflege, 1994: Pflegekräfte sollen ihre eigene Kammer erhalten. In: Ärzte-Zeitung v. 11. April 1994, Nr. 64, S. 8.
- Güntert, Bernhard; Orendi, Bennina; Weyermann, Urs, 1991: Die Arbeitssituation des Pflegepersonals. Bern, Stuttgart, Toronto.
- Kaltenbach, Tobias, 1993: Qualitätsmanagement. Melsungen.
- Klazinga, Niek; Swertz, Paul, 1994: Gute Chancen für europaweit koordinierte Entwicklung. In: Krankenhausumschau, Jg. 12, S. 934-937.
- Klimecki, Rüdiger; Probst, Gilbert; Eberl, Peter, 1994: Entwicklungsorientiertes Management. Stuttgart.
- Kubicek, H., 1975: Empirische Organisationsforschung. Stuttgart.
- Kühnert, Sabine, 1991: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Frankfurt a. M.
- Lang, Erich, 1981: Geriatrie. Stuttgart.
- Lüscher, Kurt, 1990: Zur Perspektivik des Handelns in unserer Gegenwart. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, Jg. 10, Heft 3.
- Luckmann, Thomas, 1992: Theorie des sozialen Handelns. Berlin, New York.
- Mann, Bernhard, 1990: Anpassungsqualitäten behinderter Volljähriger in der stationären Altenhilfe. Frankfurt a. M.
- Mann, Bernhard, 1994: Problemlagen in der häuslichen Pflege - Wirkungsaspekte der Neuregelung zum Sozialgesetzbuch V. Egelsbach, Frankfurt a. M., Washington.
- Martin, Lawrence, 1993: Total Quality Management in Human Service Organizations. Newbury Park-London-New Dehli.
- Oppen, M. 1995: Qualitätsmanagement - Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. Modernisierung des öffentlichen Sektors. Bd. 6. Berlin.
- Rosenmayr, Leopold, 1990: Die Kräfte des Alterns. Wien.
- Seyd, Wolfgang, 1994: Qualitätskriterien für die berufliche Bildung. Vortrag im Berufsförderungszentrum Essen am 30.1.95. Hamburg (Ms.).
- Sozialgesetze der Krankenversicherung, 1995: Sonderausgabe für die Betriebliche Krankenversicherung. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Tews, Hans Peter, 1979: Soziologie des Alterns. Heidelberg.
- Türk, Klaus, 1978: Soziologie der Organisation. Stuttgart.
- Türk, Klaus, 1989: Neuere Entwicklungen in der Organisationsforschung. Stuttgart

**Dr. Bernhard Mann, M. S. P.**

**Universität Konstanz**

**Sozialwissenschaftliche Fakultät**

**Postfach 5560 D 32**

**D-78434 Konstanz**

**Tel.: 07531/ 88 23 50**

**Fax: 07531 / 88 30 31**