Ulrike Höhmann

# Kooperative Qualitätsentwicklung als Herausforderung für die Berufsgruppen im Gesundheitssystem

## *1. Problemstellung*

Qualitätsentwicklungsaktivitäten sind allerorten modern. Selbst die Hexe Sandra stellte auf der Esoterik-Messe in München 1995 Überlegungen zur Entwicklung eines Gütesiegels zur öffentlichen Demonstration der Qualität ihrer Beratungsleistung an (Ebertz 1998: 115). Im Gesundheitswesen werden vor allem seitens der Kostenträger und politisch Verantwortlichen Qualitätssicherungs-/-entwicklungsmaßnahmen oft unter der Zielsetzung von »Beitragsstabilität« und als Mittel zur »Begrenzung der Kostenexplosion« gesehen. Unter der Bedingung knapper Ressourcen verbinden die Einrichtungsträger damit in der Regel Hoffnungen auf verbesserte Effektivität und Effizienz der professionellen Leistungen und damit eine Verbesserung der Wettbewerbsposition und Außenlegitimation der eigenen Einrichtung.

Gleichzeitig setzen steigende gesetzliche Anforderungen sowie Autonomie- und Professionalisierungsbestrebungen der Berufsgruppen die Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend unter Aktivitätsdruck zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999: 24ff.). Hinzu kommen die politisch hochgesteckten Zukunftsanforderungen (Entschließungspapier der Gesundheitsministerkonferenz 1999), die bei vielen Einrichtungen und Akteuren – gerade unter der Bedingung zunehmender Deregulierung im Gesundheitswesen – hektische Suchbewegungen und wenig koordinierte Qualitätsaktivitäten auslösen. So steht bei vielen Aktivitäten zu befürchten, daß sie jenseits akzeptabler Gewinnspannen für Unternehmensberatungen wenig inhaltliche Verbesserungen für Patienten erreichen.

In diesem Zusammenhang wird ein zentrales Merkmal gerade der organisationsbezogenen Qualitätsentwicklungsansätze deutlich: Ihre weitgehende inhaltliche Offenheit verleitet dazu, ihnen eine Platzhalterfunktion für unterschiedlichste Legitimationsbemühungen der Einrichtungen zuzuweisen. Ihre potentielle Orientierungshilfe für die Kunden geht oft verloren, und auch in vielen Fachkreisen werden Qualitätsdiskussionen schnell auf Verfahrensfragen reduziert (Schardt 1997). Auf

die Forderung, inhaltliche Fragen öffentlich zu erörtern, reagieren vor allem die mächtigen Interessengruppen mit zum Teil aggressiven Schließungstendenzen zur Wahrung ihrer potentiell bedrohten Privilegien. Eine in der politischen Verfahrenssystematik strukturell verankerte wirksame Mitsprachemöglichkeit von Patienten fehlt weitgehend oder steckt bestenfalls in den Kinderschuhen. So wird die eigentlich brisante Frage nach konsensfähigen inhaltlichen Bestimmungsgrößen von Qualität und den zur Erreichung akzeptierten Zweck-Mittel Relationen kaum öffentlich thematisiert. Ebenso wenig unterliegen die divergierenden Interessenkonstellationen, die Moralvorstellungen der beteiligten Akteure und deren intendierte und nicht intendierte Folgewirkungen einer breiten Diskussion. Die Presse weist nur gelegentlich darauf hin, daß die Berücksichtigung der Gesundheitsbedarfe »unattraktiver Kundengruppen«, wie zum Beispiel chronisch kranker, älterer multimorbider Menschen, zunehmend gefährdet erscheint.

Unter einer zivilgesellschaftlichen Perspektive ergibt sich daraus die Forderung nach der »Rückkehr der Öffentlichkeit« in die anstehenden Gestaltungsdiskussionen für das Gesundheitssystem. Die Frage, welche Qualität wir uns leisten wollen, darf nicht den interessengeleiteten Handlungsrationalitäten einzelner Berufsgruppen unterworfen bleiben, sondern muß in einem Diskurs um gesellschaftlich aushandlungsbedürftige Fach-, Moral- und Wertentscheidungen geklärt werden (Loras Publik II 1998; Feuerstein 1998).

Die folgende Diskussion über die Schwierigkeiten, dies im Rahmen einer »patientenorientierten« Qualitätssicherung zu realisieren, geht von den komplexen Gesundheitsbedarfen einer zunehmenden Anzahl chronisch kranker und langzeitpflegebedürftiger Menschen aus. Anhand ihrer typischen Unterstützungserfordernisse lassen sich zum einen die Lücken traditioneller Versorgungssysteme exemplarisch aufzeigen. Zum anderen ergeben sich daraus aber auch Anforderungen an Form und Inhalt von Qualitätsentwicklungsaktivitäten. Meine Ausgangsthese lautet, daß die traditionellen Qualitätsentwicklungsansätze nicht mehr ausreichen, um die Gesundheitserfordernisse der zunehmenden Anzahl älterer, multimorbider, chronisch kranker, pflegebedürftiger Menschen angemessen in den Blick zu nehmen. Es bedarf neuer Ansätze, um den übergreifenden Versorgungserfordernissen dieser Patientengruppen gerecht werden zu können. Die folgenden Überlegungen gründen auf einem vom Hessischen Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Projekt über die Verbesserung der Versorgungskontinuität schwerpflegebdürftiger Patienten (Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999, auch hier Abschnitt 4).

## 2. *Inhaltliche Qualitätserfordernisse*

Patientenorientierte Inhalte von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen müssen auf subjektive und objektive Erfordernisse Bezug nehmen, die aus den unterschiedlichen Perspektiven der Betroffenen und ihrer Angehörigen, der Professionellen, der Organisationen, der Kostenträger usw. unter definierten Rahmenbedingungen auszuhandeln sind. Die folgenden inhaltlichen Überlegungen gehen von der »subjektiven Stimme« der Patienten und ihrer Angehörigen aus, also von den von ihnen selbst geäußerten gesundheitsbezogenen Qualitätserwartungen. Im zweiten Schritt erst beziehe ich die eher »objektiven« Bedarfe ein, die sich aus der Lebenssituation und den darauf bezogenen Unterstützungserfordernissen multimorbider und langzeitpflegebedürftiger Patienten ergeben.

### 2.1 *Qualitätserwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen*

Für Patienten und ihre Angehörigen stehen demnach folgende, zu sieben Dimensionen zusammengefaßte Qualitätserwartungen im Mittelpunkt (Gerteis 1993; Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 1998):

- Die Patienten wollen als Individuen gesehen werden, deren Würde, Wertüberzeugungen und Lebenskonzepte respektiert werden.
- Die Patienten erwarten eine integrierte, koordinierte Versorgung, bei der die unterschiedlichen Professionen und Einrichtungen ihre Interventionskonzepte abstimmen.
- Die Patienten erwarten Information, Kommunikation und Beratung bezüglich ihres Gesundheitszustandes und der geplanten professionellen Maßnahmen.
- Die Patienten erwarten die Unterstützung ihres physischen Wohlbefindens, vor allem hinsichtlich einer sicheren Schmerzbekämpfung.
- Die Patienten erwarten von den Professionellen emotionale Unterstützungsleistungen besonders im Umgang mit eigenen Ängsten und Unsicherheiten und bei einer krankheitsbedingten Notwendigkeit zur Neuorientierung der eigenen Lebenskonzepte.
- Die Patienten erwarten von den Professionellen eine Einbeziehung der eigenen Familie und eigener Unterstützungsnetze.
- Die Patienten erwarten professionelle Unterstützung bei lebensbezogenen Übergängen im Hinblick auf emotionale und Planungsschwierigkeiten.

Für den hiesigen Argumentationszusammenhang lenke ich den Blick besonders auf die Erwartungen, die sich als typisch für chronisch Kranke und langzeitpflegebedürftige Patienten und deren Angehörige erweisen

und deren Verwirklichung die Professionellen vor die Aufgabe einer möglichst naht- und reibungslosen berufs- und einrichtungsübergreifenden Koordinationspraxis stellt: nämlich die Erwartung abgestimmter Interventionskonzepte, gerade bei lebensweltlichen Übergängen wie gesundheitsbezogenen Statusveränderungen und Einrichtungswechseln. Integrierte Versorgungskonzepte sollen sich hier gleichermaßen auf physische und psychosoziale Unterstützungsbedarfe beziehen und die Lebenskonzepte der Betroffenen aktiv einbeziehen.

### *2.2 Gesundheitsbedarfe multimorbider pflegebedürftiger Menschen unter den Strukturbedingungen des Gesundheitswesens*

Für die Frage nach dem »objektiven« Versorgungsbedarf, also den notwendigen Inhalten berufs- und einrichtungsübergreifend integrierter Qualitätskonzepte, erscheinen vor allem die folgenden Situationscharakteristika beachtenswert (Corbin/Strauss 1993):

- die Langfristigkeit der Krankheitsverläufe und die damit einhergehenden Unsicherheiten in fast allen Lebensbereichen für die Betroffenen,
- die Notwendigkeit zu einem oft aufwendigen und langwierigen Experimentieren mit Maßnahmen zur Linderung der wechselnden Symptome,
- die Gefahr der Überforderung des sozialen Netzes und damit einhergehender sozialer Isolation,
- die Gefahr von Selbstwertproblemen und der Erosion des Selbstbildes,
- die Notwendigkeit der parallelen Inanspruchnahme unterschiedlicher Dienste und Professionsgruppen,
- Interpretations- und Autoritätskonflikte zwischen Betroffenen, Professionellen und Kostenträgern.

Unter Qualitätsgesichtspunkten sind für die hier geschilderten Problemlagen und unter Berücksichtigung der von Patienten und ihren Angehörigen selbst genannten Anforderungen nahtlos aufeinander bezogene Versorgungsleistungen notwendig (z.B. Gerteis 1993; Schaeffer/Moers 1995). Dem steht jedoch ein zunehmend durch Differenzierung und Spezialisierung geprägtes Gesundheitssystem gegenüber (Mayntz/Rosewitz 1988), in dem die unterschiedlichen Dienste eher nebeneinander als miteinander arbeiten.

Die Zergliederung der institutionellen und professionellen Zuständigkeiten ist zwar mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit innerhalb der einzelnen Teilbereiche verbunden, sie birgt jedoch gleichermaßen die Gefahr einer Fragmentierung des Versorgungsprozesses für die Betroffenen. Zeitliche und personelle Brüche führen dazu, daß wertvolle

Rehabilitationspotentiale der Betroffenen verloren gehen ( z.B. Joosten 1995; Garms-Homolova/Schaeffer 1990).

Die geltenden Finanzierungsregelungen unterstützen diesen Prozeß der Verselbständigung »funktionaler Teilsysteme« des Gesundheitswesens (Mayntz/Rosewitz 1988), so daß der geforderten Abstimmung professioneller Interventionen oft schwer überwindbare Hindernisse entgegentreten und so die Berücksichtigung der Gesamtsituation der Betroffenen letztlich aus dem Blickfeld gerät.

In Anlehnung an Feuerstein (1993) möchte ich hier vor allem auf zwei systembedingte, analytisch zu trennende »Sollbruchstellen« der Versorgung Bezug nehmen: auf Brüche im institutionellen und im konzeptionellen Versorgungszusammenhang.

- Auf der Ebene des institutionellen Versorgungszusammenhangs kommen Tendenzen zur Verselbständigung des Leistungsangebotes und der Leistungserbringung zum Tragen. Spezialisierte Einrichtungen orientieren sich an einer oftmals sehr engen institutionell-professionellen Handlungslogik und, gerade unter Wettbewerbsbedingungen, an ihren jeweiligen ökonomischen Interessen. Komplexe, den Schwerpunktauftrag einer Einrichtung sprengende Betreuungs-/Behandlungserfordernisse langzeitpflegebedürftiger Patientengruppen geraten systematisch an den Rand institutionalisierter Handlungsabläufe. Für Patienten kann dies beispielsweise bedeuten, daß bestimmte notwendige Therapie-, Trainings- oder Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden, wenn entsprechende Budgetvorgaben (z.B. Fallpauschalen) dies nicht vorsehen.
- Brüche im konzeptionellen Versorgungszusammenhang beziehen sich auf unterschiedliche Orientierungsmuster und Handlungsbezüge der Professionellen und begünstigen damit die Herausbildung »spezifischer Werte, Normen, Sinnbezüge und Zielsysteme« des professionellen Handelns (Feuerstein 1996: 212). Unterschiedliche professionelle Deutungen des Krankheitsgeschehens und daraus resultierende Prioritätensetzungen können zu teilweise sogar widersprüchlichen Handlungsanweisungen führen und den Betroffenen vollends verwirren.

Mit Blick auf die Bedarfe gerade langfristig pflegebedürftiger Menschen gilt es vor allem auf diesen beiden Ebenen Reintegrationsleistungen zu erbringen, um die notwendige Kontinuität im Umgang mit komplexen physischen und psychosozialen Gesundheitserfordernissen zu fördern. Qualitätskonzepte für diese Patientengruppe müssen sich im Hinblick auf ihre Problemlösungskapazität für diese beiden Systemphänome befragen lassen.

### *2.3 Kooperationserfordernisse aus Sicht der Professionellen*

Die hier geschilderten Versorgungsbrüche gehören zum Teil auch zu den Alltagserfahrungen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, nicht nur zu denen der Patienten. Sie werden in der Literatur schon seit längerem diskutiert (Garms-Homolova/Schaeffer 1998; Eichhorn 1993; Thierau 1997; Engelhardt/Herrmann 1999) und haben in den Bereichen der Pflege und Medizin zur Initiierung zahlreicher Vernetzungs- und Überleitungsaktivitäten geführt. Bemerkenswert ist jedoch die Zurückhaltung bei professionsübergreifenden Ansätzen (Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1996 u. 1999). Schweitzer (1998) arbeitet für den Gesundheitsbereich als die wichtigsten Kooperationsprobleme aus Sicht der Professionellen »mangelnde Koordination«, »widersprüchliche Zielorientierung« und »akute Defizitorientierung« aus der je eigenen professionellen Perspektive heraus. Er zeigt dabei, daß der Wunsch nach mehr Kooperation meist von den abhängigeren ausgeht, sich auf den Informationsfluß von seiten der mit Deutungsmacht ausgestatteten übergeordneten Berufsgruppen bezieht und verbunden ist mit dem Bedarf nach mehr Transparenz und »Durchblick« für die Handlungsbedingungen des eigenen Aufgabenfeldes.

### *2.4 Falldarstellung Frau C.*

Die folgende Fallstudie verdeutlicht eindrücklich die patientenbezogenen Qualitätseinbußen, die sich hier besonders aus der institutionellen und konzeptionellen Desintegration des Versorgungszusammenhangs ergeben. Es handelt sich um den zentralen Ausschnitt einer von zwölf Fallstudien, die neben Befragungsdaten von ambulant und stationär tätigen Gesundheitsberufen und der statistischen Analyse der Patientenströme und Belegungsziffern von zwei Krankenhäusern im Rahmen eines Multimethodenansatzes zum Ausgangspunkt der Projektinterventionen genommen wurden. (Zur weiteren Methodik und Vorgehensweise: Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999.)

*Ausgangssituation*

Frau C. bewältigte auch mit 85 Jahren ihren Alltag weitgehend selbständig. Enger Kontakt besteht zu einer Nichte, die in der näheren Umgebung wohnt und sie regelmäßig besucht. Die Versorgungskette und Verlaufskurve nach dem Manifestwerden der Pflegebedürftigkeit von Frau C. erscheinen relativ untypisch. Vor allem ihre Rückkehr aus der Langzeitpflege in die häusliche Versorgung ist außergewöhnlicherweise möglich,

da sie ausreichend private Unterstützungskompetenz mobilisieren kann, um Qualitätsmängel der Versorgung zu kompensieren.

*Das Vorstadium: Aufschichtung des Verlaufskurvenpotentials*
Seit geraumer Zeit machen ihr gesundheitliche Beschwerden zu schaffen: Sie leidet an einer beidseitigen Gonarthrose, Hypertonie und Herzinsuffizienz. Ein grauer Star beeinträchtigt ihre Sehfähigkeit erheblich. Dank einer speziellen Lesebrille kann sie, wenn auch mühsamer als früher, lesen, was ihr viel bedeutet.

*Auslösendes Ereignis der Verlaufskurve*
Rückblickend kommentiert Frau C. den alles umwälzenden Schlaganfall mit knappen Worten: *»Der Schlaganfall war am (Datum). Und dann war es fertig.«* (P08, Z. 71-72)

In der Klinik wird eine komplette linksseitige Hemiparese diagnostiziert, es bestehen anfänglich leichte Schluckbeschwerden. Frau C ist jedoch bewußtseinsklar und orientiert, auch die Sprache ist nicht beeinträchtigt.

*Einleitung einer Steigkurve: Herstellung eines labilen Gleichgewichts*
Am dritten Tag des Klinikaufenthalts wird der Sozialdienst zur Vorbereitung der klinischen Nachsorge eingeschaltet und mit der Bewegungstherapie begonnen. Während der akutklinischen Behandlungsphase werden erste Remobilisierungserfolge erzielt (Rumpfkontrolle, Sitzen an der Bettkante etc.). Frau C. dazu: *»Ein Mann und eine Frau, die haben gleich mit Gymnastik angefangen, das war auch sehr gut und sehr schön, aber ich mußte dann fort.«* (P08, Z 82-84)

*Folgeprobleme treten auf:*
*Entwicklung von Problemen zweiter Ordnung*
Aufgrund der linksseitigen Lähmung ist Frau C. weitgehend auf Hilfe bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen, so auch beim Gang zur Toilette. Die weitere Entwicklung der Krankheitsverlaufskurve wird entscheidend durch den Umgang mit diesem Folgeproblem geprägt. In der umfangreichen Pflegeplanung sind unterschiedlichste Prophylaxen vorgesehen, eine Inkontinenzprophylaxe fehlt jedoch völlig. Es wird mehr »Nachsorge« (Bettwäsche wechseln) als »Vorsorge« betrieben. Als vermeintlich einfache Lösung wird das Legen eines Dauerkatheters einem gezielten Blasentraining vorgezogen. Frau C., bestärkt von ihrer Nichte, wehrt sich anfangs dagegen und verweist immer wieder auf die von einer Pflegenden zu Beginn zaghaft vorgeschlagenen Möglichkeit eines Blasentrainings.

Die Unberechenbarkeit der Hilfeleistung bei diesem für Frau C. zentralen Problem führt schließlich zu einer ständigen Angst, den Urin nicht halten zu können. Die Vermutung liegt nahe, daß sie – obwohl zum Trinken angehalten – aus diesem Grund nur sehr wenig Flüssigkeit aufnimmt. Frau C. resigniert schließlich:

*»In (KH-Name) wollte ich den nicht. Und dann ging es aber nicht, die Blase hat nicht mehr funktioniert nach dem Schlaganfall, es ging nicht mehr gut. Ich konnte das nicht mehr abschätzen. Dann wurden die nervös. Dann habe ich es mir machen lassen (nach 14 Tagen). ... meine Nichte hatte mir gesagt, laß Dir keinen Katheter legen, das gibt Schwierigkeiten. Da hatte ich lange drauf bestanden. Aber dann ging es nicht mehr, das war zu umständlich. Und dann bin ich ihn nicht mehr los geworden.«* (P08, Z. 463-484)

Der Dauerkatheter führt in wenigen Tagen zu einem hartnäckigen und schmerzhaften Harnwegsinfekt. Nach sechs Tagen wird er entfernt, da das Lumen durch kalkartige Ablagerungen verstopft ist. Am Tag vor der Verlegung in die Rehabilitationsklinik wird ihr erneut ein Dauerkatheter gelegt, als Anforderung der aufnehmenden Rehabilitationsklinik, die die Aufnahme »inkontinenter« Patienten wegen der zusätzlichen pflegerischen Anforderungen ablehnt.

### *Das labile Gleichgewicht gerät ins Trudeln: Erschöpfung von Handlungskapazitäten*

Nach der etwa vierwöchigen akutklinischen Behandlung beginnt für Frau C. die Anschlußheilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung. Sie ist, entgegen hoffnungsvoller Erwartungen, nicht von Erfolg gekrönt. Deutlich wird, daß der Dauerkatheter Frau C. an der Mitarbeit bei der Bewegungstherapie hemmt:

*»Ich hatte die Therapie ... und immer die Schläuche um die Beine. Das können Sie sich gar nicht vorstellen. ... Das rutscht runter, ach die Schläuche, die rutschen! Die werden wohl festgemacht in der Wade, aber die rutschen. Das ist schrecklich. Das sind so junge Männer, mit denen man die Therapie hat. ... das ist ganz furchtbar.«* (P08, Z.485-501)

Der Mangel an Erfolgserlebnissen und das Gefühl der Überforderung beeinträchtigen das Selbstvertrauen von Frau C. zusehends und führen zur Entmutigung:

*»... ich hatte das Gefühl, daß meine Kräfte nicht hingereicht haben, um da mit zu tun. Ich habe es wohl mit versucht, aber meine Kraft hat da nicht hingehauen.«* (P08, Z. 87-89)

*Einleitung einer Steigkurve: erneutes labiles Gleichgewicht*
Frau C. erlebt den Heimeintritt als weiteren schmerzlichen Verlust von Unabhängigkeit: »*... das wälzt alles um, man ist ja nicht mehr Herr der Dinge*« (P08, Z. 316f). Sie nutzt den Einrichtungswechsel jedoch für einen neuen Versuch, endlich den Blasenkatheter loszuwerden:

*»Dann bin ich hierher gekommen, und da habe ich gleich gesagt, ich möchte den Katheter weg haben. Der Dr. (Name des Urologen), der hat es auch gemacht. Der hat mich erlöst. ... das wurde dann aufgeschrieben, in welcher Zeit ich Druck hatte und das ist nach kurzer Zeit gut gegangen.«* (P08, Z. 205-214)
*»Ich habe mich wie ein neuer Mensch gefühlt, als sie mir hier das abgemacht haben. Es gab auch keine Schwierigkeiten, die Blase hat sofort funktioniert. Ich mußte lange viel, viel trinken und dauernd gehen. Aber es ist dann gegangen.«* (P08, Z. 501-506)

Das anfängliche »dauernd gehen müssen« ist eine große Belastung für Frau C. und für die Pflegenden, die seit geraumer Zeit 44 BewohnerInnen in »Minimalbesetzung« betreuen (jeweils 1,5 bis zwei Pflegende in Früh- bzw. Spätschicht). Kontinenztraining ist hier unbekannt – und darüber hinaus wohl auch kaum zu leisten. So werden BewohnerInnen mit Kontinenzproblemen »vorsichtshalber« gewindelt. Bei allem Verständnis für das Pflegepersonal kann und will Frau C dies nicht hinnehmen:

*»... irgendwie hatte ich mir das ein bißchen anders vorgestellt. ... ich habe mir mehr Pflege vorgestellt. Hier ist zu wenig Personal. Die haben ja keine Zeit für die einzelnen Patienten. Zum Beispiel, wenn man es mal nötig hat, daß man jemanden bekommt, der einem hilft. Zur Toilette bringt oder auf den Stuhl, da fehlt es überall, na ja. ...*
*Ich bin wacker froh, wenn ich mal in Nöten bin, wenn ich gehen kann, wenn ich muß. ... Das sind oft die Probleme. Ich soll viel trinken. Aber wie oft soll ich zur Toilette gehen? ... Man will sie ja auch nicht so viel belästigen. Ich muß aber (viel Trinken), weil es ja auch durchlaufen muß.«* (P08, Z. 132-236)

Deutlich wird hier im Heim das Dilemma vor dem Frau C. steht: einerseits dem ärztlichen Rat, ausreichend zu trinken, nachkommen zu wollen und andererseits restriktiven pflegerischen Rahmenbedingungen ausgesetzt zu sein. Dieser kaum lösbar scheinende Konflikt veranlaßt sie und ihre Nichte, sich nach anderen Versorgungsformen umzusehen. Bereits zum Interviewzeitpunkt mit Frau C. steht fest, daß sie drei Wochen später zu einer befreundeten Familie ziehen wird. Ein Familienmitglied ist Krankenschwester und will die häusliche Pflege übernehmen.

*Fazit:*

Am Beispiel der komplexen Gesundheitsbedarfe von Frau C. lassen sich die gravierenden physischen und psychischen Folgen des durch institutionelle und konzeptionelle Brüche entflochtenen sachlichen Versorgungszusammenhangs illustrieren. Sowohl gegen die Qualitätserwartungen der Betroffenen als auch gegen das gesundheitspolitische Erfordernis einer integrierten Versorgungspraxis wurde verstoßen. Unter Qualitätsgesichtpunkten wäre es in diesem Beispiel darum gegangen, daß jeder Professionelle seine Interventionen – unter Berücksichtigung der Bewältigungskapazitäten von Frau C. – abgestimmt in den gesamten Behandlungsverlauf eingeordnet hätte. Auftretende Probleme zweiter Ordnung wären früh erkannt und therapiert worden. Damit erst hätte Frau C. koordinierte und systematische Unterstützung bei ihrer eigenen krankheits-, biographie- und alltagsbezogenen Bewältigungsarbeit (Corbin/Strauss 1993) erfahren können.

Statt dessen driften die professionellen Behandlungskonzepte auseinander: In der Akutklinik wird die Inkontinenz als Randphänomen der im Vordergrund stehenden »Akuterkrankung« vernachlässigt, in der Rehabilitationsklinik werden nur »kontinente« Patienten aufgenommen. Das bedeutet für Frau C., daß sie nur kontinent oder mit Katheter in den Genuß einer Frührehabilitation nach Schlaganfall kommen kann. Später im Altenheim wird zwar – mit hoher psychosozialer Kompetenz – die identitätserodierende Bedeutung des Blasenkatheters erkannt, allein es fehlen die fachlichen und zeitlichen Ressourcen für ein systematisches Kontinenztraining. Die Professionellen verharren hier in ihrer jeweiligen Berufsperspektive, wobei die konzeptionellen Engführungen ihrer Behandlungsstrategien allerdings im Einklang mit dem jeweiligen Schwerpunktauftrag ihrer Institutionen stehen. Integrierte, auf physische und psychoziale Unterstützungskontinuität gleichermaßen ausgerichtete Qualitätserwartungen der Patientin werden nicht erfüllt. Frau C. bekommt das eine immer nur auf Kosten des anderen.

Um in einem solchen Geflecht von einrichtungs- und berufsgruppenspezifischen Handlungskonzepten notwendige übergreifende Qualitätsverbesserungen erreichen zu können, sind Ansätze erforderlich, die unter Einbeziehung der Betroffenen übergreifende Zielperspektiven verfolgen, damit nicht gerade solche Problemlagen, die eines besonderen Nahtlosaufeinander-bezogen-Seins bedürfen, systematisch aber folgenreich an den Rand professioneller Handlungsstrategien gedrängt werden. Welche Qualitätsentwicklungsansätze stehen uns bislang zur Verfügung und wie ist deren Problemlösungskapazität für die hier geforderten komplexen Inhalte zu bewerten?

## 3. *Ansätze zur Qualitätsentwicklung und -sicherung im Gesundheitssystem*

Auf der Grundlage ihrer zentralen Charakteristika werden die beiden typischen Qualitätsentwicklungsansätze im Gesundheitssystem, die eher berufsgruppenorientierten und die eher einzelorganisationsbezogenen Ansätze, im Hinblick auf ihre Integrationskapazität vor allem konzeptioneller und institutioneller Versorgungsbrüche befragt. Im Anschluß daran werden – am Beispiel des zitierten Projektes – Grundzüge ergänzender, dort erprobter Prinzipien dargestellt.

### 3.1 *Berufsgruppenbezogene Ansätze der Qualitätsentwicklung*

Allgemein dienen berufsgruppenbezogene Qualitätskonzepte den Professionellen zur Darstellung ihres Leistungsniveaus, mit dem Patienten und Kostenträger bei einer Intervention rechnen können. In der Praxis werden zu diesem Zwecke vor allem Standards, Leit- und Richtlinien entwickelt. Solche Normvorstellungen können sowohl in innerbetriebliche Qualitätskontroll- und -sicherungssysteme eingehen als auch in überbetriebliche fachbezogene Qualitätsvergleiche. Sie stellen zum einen die erforderliche Ausführungsqualität der als fachlich korrekt zu wertenden Interventionen klar, die »high quality performance« (Donabedian 1989). Vorausgesetzt werden dabei notwendige methodisch-technische und interaktionsbezogene Handlungskompetenzen. Zum anderen beschäftigen sie sich aber auch mit Kriterien eines »high quality decision making«, also der Angemessenheit professioneller Situationseinschätzungen und der daraus abgeleiteten Interventionskonsequenzen.

Frau C. hätte wahrscheinlich in jeder Einrichtung von professionsbezogen entwickelten Qualitätskonzepten zur Prävention und Behandlung von Inkontinenzproblemen profitiert.

Deutlich wird jedoch, daß zur Verwirklichung guter Beurteilungs-, Entscheidungs- und Ausführungsqualität Rahmenbedingungen erforderlich sind, die auf personaler Ebene ausreichend Qualifikation für eine entsprechende Tätigkeit sicherstellen, die auf institutioneller Ebene entsprechende Entscheidungsspielräume fördern und unterstützen und die auf der Ebene des Gesundheitssystems Strukturen für eine fallangemessene Flexibilität zur Verfügung stellen. Für die letzten beiden Punkte sind berufliche Sozialisations- und gesundheitspolitische Finanzierungsstrukturen in erheblichem Maße mitentscheidend.

Eine systematische Begrenzung der Problemlösungskapazität berufsgruppenintern entwickelter Qualitätsvorstellungen liegt vor allem darin,

daß sie vorrangig monoprofessionelle und standesbezogene Perspektiven einnehmen. Dies bezieht sich sowohl auf die Auswahl der als für Qualitätssicherungsaktivitäten relevant anzusehenden Bereiche als auch auf die Festlegung der Maßstäbe für »Güte«. So definierte Qualitätsmaßstäbe können zum einen in Konflikt geraten mit denen anderer Berufsgruppen, zum anderen mit den in einer Organisation zur Verfügung stehenden Handlungsressourcen, zum dritten aber auch mit den Prioritätensetzungen der Betroffenen selbst:

- Konflikte mit den Vorstellungen anderer Berufsgruppen können Patienten vor allem dann treffen, wenn sie, wie im vorliegenden Fallbeispiel, auf die Interventionen mehrerer Berufsgruppen angewiesen sind. So hat zum Beispiel der Physiotherapeut in der Rehabilitationsklinik versucht, die Beweglichkeit wiederherzustellen, dabei jedoch die psychosoziale Bedeutung des Blasenkatheters für Frau C. außer Acht gelassen. Die Altenpflegerinnen erkannten diesen hingegen durchaus als einen für deren Identität bedeutsamen Einflußfaktor, allein sie konnten fachlich und institutionell nicht angemessen darauf reagieren.
- Ein konfliktorisches Verhältnis von professionsbezogenen Maßstäben zu organisationalen Ressourcen und Schwerpunktaufträgen kann sich vor allem dann ergeben, wenn das berufsgruppenbezogene Qualitätsverständnis es vielleicht sogar fordert, auf komplexe, teure Gesundheitsbedarfe einer Person einzugehen, obwohl eine Behandlung gegen den betriebswirtschaftlichen Nutzen der Einrichtung verstößt. In einem solchen Fall könnten hohe fachliche Standards Schutzwirkung für Patienten bekommen gegen eine zu starke Rationalisierung und Rationierung von Leistungen. Für Frau C. ist beispielsweise die Frage zu stellen, ob es nicht doch Aufgabe der Pflege und Medizin im Akutkrankenhaus gewesen wäre, ein zwar aufwendiges, aber systematisches Kontinenztraining zu beginnen, und ob die Fortführung eines solchen »Trainingsplanes« nicht auch in der nachgeschalteten Rehabilitationseinrichtung zu einem umfassenden medizinisch-pflegerischen Förderkonzept gehört hätte, um spätere lebensqualitätsmindernde und kostenverursachende Folgewirkungen zu verhindern.
- Zum dritten bleibt bei berufsgruppenorientierten Qualitätsvorstellungen vor allem aus der Perspektive der Betroffenen die Frage offen, ob und inwieweit hier faktisch die inhaltlichen Bereiche getroffen werden, in denen mit Blick auf die Lebens- und Versorgungsqualität der Patienten ein zentraler Bedarf besteht. Mit Frau C. hätte beispielsweise durchaus Aushandlungsbedarf über die sehr frühe Verlegung in die Rehabilitationsklinik und das zu diesem Zweck notwendige Legen eines Dauerkatheters bestanden. Die erforderliche »Zusammenschau«

von krankheits-/körperbezogenen und psychozozialen Aspekten einer Gesundheitsstörung erweist sich auf Grund der beruflichen Sozialisation, der Professionskonzepte und letztlich der institutionellen Zusammenhänge, unter denen konkrete professionelle Leistungen erbracht werden, als äußerst fragil (Eichhorn 1993; Feuerstein 1993). Diese im »professionellen Blick« verankerten Schwierigkeiten bestehen, obwohl bekannt ist, daß der individuelle Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsversorgung oftmals gerade davon lebt, daß abgestimmte professionelle Handlungen sich in die sinnhaften Lebensziele und Prioritäten der Betroffenen einfügen und diese aktiv unterstützen.

### *3.2 Organisationsbezogene Ansätze der Qualitätsentwicklung*

Als Ausweg aus den Problemen monoprofessioneller standortgebundener Qualitätsvorstellungen treten Qualitätsentwicklungskonzepte an, die sich vorwiegend auf die berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden Arbeitsabläufe der Gesamtorganisation, z.B. des Krankenhauses, beziehen. Die weitreichendsten sind im Augenblick die »total quality«-Ansätze (Hummel/Malorny 1997; Brauer/Kühme 1997; Kamiske/Brauer 1993). Sie nehmen die Verfahrensabläufe der Gesamtorganisation ins Visier und versuchen so, berufsgruppenübergreifend den oben beschriebenen professionellen »Ausblendungsgefahren« zu begegnen. Dazu stellen sie den Begriff des Kunden, des internen (Kollegen) wie des externen (Verbraucher, zum Teil auch vor- und nachgeschaltetet »Zulieferer« und Geschäftspartner), in den Vordergrund. Mittels organisationsbezogener Verlaufsplanung und -kontrolle (performance monitoring und performance development) soll die Befriedigung der Wünsche und Bedürfnisse von internen und externen Kunden als den zentralen Zielgrößen sichergestellt werden.

Auch diese Ansätze weisen typische Begrenzungen ihrer Problemlösungskapazität auf. Im Alltagshandeln unterliegt diese »Kundenorientierung« fast zwangsläufig praktischen Engführungen, die zumeist unterstellten und realen Marktzwängen und darauf bezogenen Wettbewerbsorientierungen der Anwender geschuldet sind:

- Bei einer nahtlosen Übertragung auf den Gesundheitsbereich stellt sich zum einen die Frage, ob es zulässig ist, die Patientenrolle auf eine Kundenrolle zu beschränken.
- Des weiteren ist auf die zuweilen herrschende Praxis hinzuweisen, daß die erfolgreiche Befriedigung von Kundenwünschen als Indikator für gute Ergebnisqualität mißverstanden wird. Notwendige patienten-

bezogene berufs- und einrichtungsübergreifende Koordinationsleistungen liegen hier oft nur dann im Zielkorridor der geplanten Qualitätsmaßnahmen, wenn sie sich als deckungsgleich mit den Betriebszielen des jeweiligen Gesundheitsunternehmens erweisen. Bei Koordinationserfordernissen wie bei Frau C., vor allem bezüglich des aufwendigen Kontinenztrainings, geschieht dies wohl allenfalls zufällig.

- Stehen betriebswirtschaftliche Handlungsmaxime in den Einrichtungen im Vordergrund (z.B. die Orientierung an engen Fallpauschalen, so daß die »Abflußgeschwindigkeit« von Patienten erhöht werden muß), so geraten die Professionellen im Alltag schnell unter Druck, ihre eigene Problemwahrnehmung auf eine betriebswirtschaftlich verengte Entscheidungspraxis zu beschränken. Institutionell lukrative Interventionen erweisen sich vor allem bei finanziell unattraktiven Kunden wie Frau C. allerdings nur selten als deckungsgleich mit professionellen Handlungsstandards. Umfassende Versorgungserfordernisse bringen die Professionellen schnell in Rollenkonflikte. Diese begegnen stark widersprüchlichen Rollenerwartungen dann in der Praxis mit den üblichen Einbrüchen in der eigenen Arbeitszufriedenheit und -motivation (burn-out), aber auch mit schützender Dissonanzreduktion und konzeptionellen Horizontverengungen, so daß komplexe Problemlagen, gerade wenn sie aufwendige Maßnahmen erfordern und organisationsübergreifende »Kundenbedarfe« signalisieren, aus dem Blick geraten (z.B. Feuerstein 1993; Eichhorn 1993; Hoefert 1997; Schaeffer 1998; Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999).

Bisher gängige berufsgruppenbezogene und organisationsbezogene Qualitätssicherungsansätze – so die hier vertretene These – sind für die systematische Bearbeitung übergreifender Gesundheitsprobleme unzureichend. Selbmann (nach Schardt 1997) arbeitet bei der Evaluation gängiger Qualitätsaktivitäten vor allem drei zentrale Defizite bisheriger Herangehensweisen heraus:

- es fehlen sowohl berufsgruppen- als auch institutionenübergreifende Ansätze,
- die Qualitätsentwicklung und -beurteilung ist bislang zu sehr eingeschränkt auf harte medizinische Daten,
- es fehlt die Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Lebenswelt.

Mit Blick auf die Problemlagen besonders multimorbider langzeitpflegebedürftiger Patienten werde ich nun kurz einen, gerade für diese »Kundengruppe« notwendig ergänzenden, Qualitätsentwicklungsansatz skizzieren, der im Rahmen des genannten Projektes (Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999) berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend entwickelt

und erprobt wurde. Es handelt sich um eine immer wieder Systemgrenzen aufspürende Form der »Kooperativen Qualitätsentwicklung«.

## 4. *Projektvorgehen*

Unter dem Motto »Gesundheitsdienste in der Vernetzung: Gemeinsam planen – zielgerichtet handeln« haben zwischen Oktober 1995 und September 1998 Vertreter aus ca. 30 Gesundheitseinrichtungen gemeinsam mit Patienten, Kostenträgern und politisch Verantwortlichen in einer Region begonnen, berufs- und einrichtungsübergreifende Konzepte zur Verbesserung der Versorgungskontinuität praxisnah zu entwickeln. Diese sollten, ausgehend von Kliniken in zwei Versorgungsregionen eines hessischen Landkreises, modellhaft für multimorbide pflegebedürftige Patienten erarbeitet werden, die in besonderem Maße auf eine integrative Versorgungspraxis angewiesen sind (zu Fragestellung und Vorgehensweise: Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999).

Grundlegende Projektbedingung war, daß die Einrichtung zusätzlicher care- oder case-management-Stellen zur Überwindung von Versorgungsbrüchen vermieden werden sollte. Vielmehr galt es, Möglichkeiten zu entwickeln, um die berufliche Handlungsperspektive der Akteure zu erweitern und die Bedingungen vor- und nachgeschalteter Versorgungungsinstitutionen mit in das eigene professionelle Interventionskonzept zu integrieren. Damit stand also die Notwendigkeit und das Ziel einer kooperativen Selbstqualifikation zum gegenseitigen Perspektivabgleich für die beteiligten Akteure im Vordergrund.

Ausgehend von qualitativen und quantitativen patienten- und institutionenbezogenen Defizitanalysen wurden in beiden Modellregionen, unter Beteiligung von Patientenvertretern, interdisziplinäre Arbeitsgruppen auf zwei Ebenen gegründet. Die Bildung von Qualitätszirkeln innerhalb der beiden Krankenhäuser – unter Beteiligung von je zwei Modellstationen – sollte hausinterne Voraussetzungen für eine abgestimmte Versorgungspraxis schaffen. Zum anderen wurde im Umkreis der beiden Kliniken je eine regionale Qualitätskonferenz etabliert, um einrichtungs- und berufsgruppenübergreifend in dem jeweiligen Versorgungsgebiet Informations- und Koordinationserfordernisse abzustimmen und zu realisieren. Zur Verzahnung der krankenhausinternen und -externen Gremien wurden jeweils Vertreter der klinikinternen Berufsgruppen aus den Qualitätszirkeln in das regionale einrichtungsübergreifende Gremium eingebunden. Der direkte Austausch zwischen den Vertretern der Klinik, den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, den niedergelassenen Ärzten und Physiotherapeuten wurde als

Ansatzpunkt gewählt, um die jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Versorgungskonzepte gegenseitig ins Blickfeld der Beteiligten zu rücken. Die in den Arbeitsgruppen formulierten wechselseitigen Informationserfordernisse unterstreichen die Bedeutsamkeit eines direkten Perspektivabgleichs, um Mißverständnisse zu vermeiden, unterschiedliche Handlungsvoraussetzungen, Interventionsschwerpunkte und -ziele kennenzulernen und diese dann mit den Patienten zusammen in deren Lebenskonzept zu integrieren. Als zentrale Ansatzpunkte zur Sicherstellung von Versorgungsqualität entschieden sich die Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Maßnahmen mit folgenden Prioritäten:

- Sicherstellung des Abgleichs von Perspektiven und therapeutischen Konzepten,
- Sicherstellung von Information, Koordination und Förderung der direkten Zusammenarbeit auch über Institutionen- und Berufsgrenzen hinweg,
- Sicherstellung der Kooperation zwischen Laien/Betroffenen und Professionellen.

Der Schwerpunkt der in den Kliniken eingeleiteten Maßnahmen lag auf der Verbesserung der internen Informations- und Koordinationsprozesse durch die Etablierung direkter interdisziplinärer Abstimmungsformen (»Blitzlicht« und Fallbesprechungen). Initiatoren und Träger dieser Prozesse sind typischerweise Pflegende, Sozialarbeiter und zum Teil Physiotherapeuten, die einen verbesserten Informationsfluß seitens der Mediziner zur Stabilisierung der eigenen Handlungsgrundlage forderten. Bereits während der Projektlaufzeit gelang es, die neuen Abstimmungsformen mit Leitungsunterstützung für andere Klinikbereiche zu adaptieren. Auf mehreren Stationen sind sie mittlerweile in den Regelbetrieb übernommen.

Auf der einrichtungsübergreifenden Ebene ging es darum, Informationswege, Kommunikations- und Kooperationsformen zu finden, die eine koordinierte Überleitung pflegebedürftiger Menschen bei institutionellen Übergängen sicherstellen. Von den Beteiligten wurde ein direkter Austausch nahezu einhellig als optimale Lösung eingestuft. Denn »Sozialvisiten« als direkte Überleitung am Krankenbett, bieten den Vorteil, daß die Betroffenen nach der Klinikentlassung nicht mit ihnen völlig fremden Personen konfrontiert werden (Gill/Mantej 1997). Zugleich wird ein Abgleich zwischen den unterschiedlichen Handlungskonzepten und Zielvorstellungen ermöglicht. Angesichts der bestehenden Kostenerstattungsmodalitäten wurde ihre Einführung als Regelinstrument der Überleitung besonders von den ambulanten Diensten als unrealistisch eingestuft, ihre Durchführung aber als Überleitungsform der Wahl bei

komplexen Versorgungserfordernissen empfohlen. Unter Beachtung der restriktiven Bedingungen erarbeiteten die Akteure dennoch konkrete Durchführungshilfen für den Einzelfall.

Um Informations- und Koordinationsdefizite zu beheben, erschien allerdings zunächst die Gewährleistung schriftlicher Information praktikabel. Kernstück sind ein interdisziplinärer Überleitungsbericht und ein bei Bedarf einsetzbares Patientenbegleitbuch. Der Überleitungsbericht wurde konzipiert für aktuelle Informationen über das Befinden und die Versorgungsbedarfe der Betroffenen. Er ist für alle Patienten mit einem weitergehenden, auch kurzfristigen Versorgungsbedarf gedacht, aufgrund dessen ergänzende Informationen der Pflege, der therapeutischen Berufsgruppen und/oder des Sozialdienstes zum Arztbericht angezeigt sind. Zielgruppe des Begleitbuchs bei Pflegebedürftigkeit sind Patienten mit einem komplexen, längerfristigen Hilfebedarf. Das Buch ist interdisziplinär angelegt und dient der Bereitstellung grundlegender Informationen auch für nicht planbare Übergänge. Mit Blick auf die intendierte Realisierung von Patientenorientierung ist hervorzuheben, daß das Begleitbuch Eigentum der Betroffenen ist, gemeinsam mit ihnen und ggf. pflegenden Angehörigen angelegt und aktualisiert wird. Dazu gehört auch, daß die Betroffenen und/oder deren Angehörige in besonderen Rubriken eigene Prioritäten, Bedürfnisse und Wünsche festhalten können.

In der Evaluation des Probelaufes betonten die Beteiligten vor allem den Nutzen nun verfügbarer Informationen, die es erleichterten, zielgenauer und patientenorientierter zu arbeiten. Die seit dem Abschluß der Projektphase nunmehr eigeninitiativ getragene Entwicklung zeigt nach Evaluationen auf unterschiedlichen Ebenen, daß es den Akteuren in den Modellregionen, in denen die Leitungen das Konzept aktiv unterstützten, gelungen ist, einen Grundstein für eine bereichs- und berufsgruppenübergreifende Kultur des Austausches und der Zusammenarbeit zu legen: Die vereinbarte regelhafte Einführung der Dokumentationshilfen (Überleitungsbogen und Patientenbegleitbuch) sind erste Schritte hin zu einer inhaltlich verbindlicheren Kooperation. Auf Kreisebene wurden mit der Etablierung einer problembezogen arbeitenden Qualitätskonferenz – als Ergänzung der politisch-planerisch arbeitenden Pflegekonferenz – eine strukturelle Grundlage für die Realisierung einer kontinuierlichen regionenbezogenen Qualitätsentwicklung geschaffen. Die vom Altenhilfebeirat des Kreises auch politisch zur Erarbeitung inhaltlicher Vorgaben autorisierte Qualitätskonferenz hat sich die Aufgabe gestellt, den Fortgang der eingeleiteten Maßnahmen zu stützen, zu bewerten und in turnusmäßig stattfindenden kreisweiten Tagungen zur Diskussion zu stellen. Zu klinischen Themenbereichen mit besonders hohem regionalen

Abstimmungsbedarf finden zudem regelmäßig berufs- und einrichtungsübergreifende Fortbildungsveranstaltungen statt, die sehr gut besucht werden. Die Einrichtungen planen zur Zeit, sich aktiv der Konzeptabstimmung im Hinblick auf das Problem Inkontinenz in der Region zu widmen. Im Sinne des organisationalen Lernens ist es bis jetzt im Rahmen des Projektes gelungen, Lernprozesse zu initiieren und Kreativitätspotentiale zu aktivieren, die als Erfahrungswissen in der Region verfügbar und wirksam sind. Die intensivierte Kooperation der Professionellen mit regionalen Selbsthilfegruppen bietet die Chance, daß die Sicht der Betroffenen auch langfristig Eingang in Versorgungsplanung und -praxis findet. Träger der Entwicklung sind Pflegende, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten aus ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen, die den Mut haben, trotz Konkurrenz und Dömaneproblemen eine gemeinsame inhaltliche Entwicklung voranzutreiben. Aufgrund offensichtlicher Interessenunterschiede beteiligen sich die Mediziner nur sporadisch.

## 5. *Das Konzept »Kooperative Qualitätsentwicklung«*

Der hier erprobte Ansatz »Kooperative Qualitätsentwicklung« zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

- Er stellt die Gesundheitserfordernisse der Patienten in den Mittelpunkt gemeinsamer berufs- und einrichtungsübergreifender Entwicklungsarbeiten und ergänzt damit die Perspektive isoliert professions- oder organisationsbezogen argumentierender Ansätze.
- Die Definition von Qualitätskriterien geschieht im Perspektivabgleich zwischen den verschiedenen Interessenträgern: den Betroffenen, den Professionellen, den Kostenträgern und den politisch Verantwortlichen. Den Barrieren betriebswirtschaftlich bedingter Systemgrenzen wird die Sinnhaftigkeit institutionenübergreifender Abstimmungsprozesse, gerade für wenig »lukrative Kunden« des Gesundheitssystems, gegenüberstellt.
- Ziel »kooperativer Qualitätsentwicklung« ist eine professionelle Perspektiverweiterung durch Förderung der Sach-, Sozial- und Personalkompetenz der Beteiligten, auf der Grundlage eines neuen »Systemdenkens« (Senge 1990). Berufsgruppen unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen, Kostenträger und Betroffenen lernen gemeinsam in einem Prozeß »kooperativer Selbstqualifikation« (themengebundene Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel) die eigenen, meist unhinterfragten, beruflichen Handlungskonzepte mit denen anderer Berufsgruppen auszutauschen. Sie lernen, die Bedeutung der

eigenen Interventionen als einen Mosaikstein im komplexen Lebenszusammenhang der Betroffenen wahrzunehmen und auf dieser Grundlage mit den an der Versorgung Beteiligten realisierbare Ziele und Handlungsstrategien auszuhandeln.

- Kooperative Qualitätsentwicklung zielt damit weiterhin auf die Förderung kontextbezogener, patientenorientierter Arbeitsabläufe ab. Die Engführung der Handlungskonzepte der Professionellen wird, so weit möglich, von innen her aufgebrochen. Ziel ist eine problembezogene Arbeits- und Organisationskultur, ohne daß die Professionellen durch widersprüchliche Loyalitätserwartungen systematisch unter crosspressure gestellt werden.
- Alle diese Entwicklungsaktivitäten bedürfen der systematischen institutionellen Einbindung in Personal- und Organisationsentwicklungskonzepte der Einzeleinrichtungen und der aktiven Abstützung seitens der Leitungen und der Arbeitsteams (Engelhardt 1999). Einzelne professionelle Idealisten drohen sich in ihrem Engagement »totzulaufen«. Eine sinnvolles Wechselspiel von bottom-up und top-down Verfahren ist erforderlich.
- Dies alles ist nur als regionales Konzept zu verwirklichen, das die in einem Versorgungsgebiet vorhandenen Besonderheiten und Ansatzpunkte für Wettbewerb, Kooperationen, Qualifikationserwerb und Abstimmungsprozesse einbezieht, aber auch die strukturell verschiedenen Interessenlagen der zu beteiligenden Institutionen und Professionellen. Als Ausgleich für »teure« Leistungen, die eine Einrichtung zum Nutzen von anderen erbringt, ist zum Beispiel die Etablierung regionaler »Kompensationsbudgets« in Erwägung zu ziehen.
- Das strikte Einhalten gezielter Absprachen zwischen den Institutionen sowie ein gleichzeitiger, gemeinsamer Beginn der »aufwendigen« Aktivitäten, wie zum Beispiel die Einführung von gezielten Fallbeprechungen, Hospitationen usw., sind nach augenblicklicher Einschätzung zwingend erforderlich. Nur so kann im Rahmen einer realen Wettbewerbssituation interorganisationale Vertrauensbildung gefördert und zu einer einigermaßen gleichen »Kostenverteilung« für alle Einrichtungen beigetragen werden (Sofaer 1994).
- Das Konzept »Kooperative Qualitätssicherung« kann vor allem durch seine intensive Einbeziehung der Betroffenen und durch die Förderung einer neuen Berufsorientierung der Professionellen einen Beitrag leisten zu einer patientenorientierten Gestaltung des Gesundheitsmarktes. Gleichzeitig fördert es neues bürgerschaftliches Engagement.
- Die in einem solchen Prozeß formulierten Qualitätsinhalte können weiterhin einen Beitrag leisten zur dringend notwendigen Aus-

formulierung der Begriffe »Kundenorientierung« und »gesellschaftliche Verantwortung« im Rahmen organisationsbezogener Qualitätssicherungs-/Qualitätsentwicklungsansätze.

Im Ergebnis dieser Aktivitäten können so Qualitätskonzepte in Einrichtungen einer Region inhaltlich synchron ausgerichtet und die Gesundheitserfordernisse der Patienten in den Mittelpunkt gerückt werden. Damit kann ein Grundstein gelegt werden zur Verbesserung der Versorgungskontinuität für Patienten, die gerade mit komplexen Problemlagen Übergänge zwischen unterschiedlichen Einrichtungen bewältigen müssen. Institutionelle und konzeptionelle Versorgungsbrüche können bearbeitet werden.

Die mit den genannten Zielvorstellungen einhergehende Interaktions- und Interventionspraxis der Professionellen kann regelmäßig auf die Einhaltung dieser Prinzipien überprüft werden. Eine Möglichkeit dazu bieten retrospektiv und prospektiv ausgerichtete Verlaufs- und Planungskontrollen. Dessen Kriterien sind nun allerdings die erfolgte und antizipierte patientenbezogene Problemlösungskapazität, nicht die Einhaltung von Ablaufstandardisierungen und routinisierter Domäneorientierung. Zur Beurteilung der gesundheitlichen Entwicklung in Abhängigkeit von professionellen Interventionen eigenen sich dazu beispielsweise sogenannte Krankheitsverlaufskurven (vgl. Frau C.), die in Anlehnung an soziologische Karrierekonzepte entwickelt wurden (Corbin/Strauss 1993; Höhmann/Müller-Mundt/Schulz 1999). Solange diese nicht auf die Funktion eines isolierten Kostenmanagementinstruments reduziert werden, lassen sich anhand dieses Kontrollmediums der retrospektiven Verlaufskurven typische Schwachstellen der Versorgung erkennen, so daß daraus neue Handlungsstrategien und -prinzipien abgeleitet und in eine veränderte Arbeitskultur integriert werden können.

Die hier im Forschungsprozeß herausgearbeiteten Merkmale »Kooperativer Qualitätsentwicklung« gilt es weiter zu systematisieren und theoretisch zu fundieren, gerade weil die Erschwernisse dieser Herangehensweise offensichtlich sind: Es handelt sich um das Einleiten und Fördern einer langfristigen Entwicklung, schnelle »reengineering«-Erfolge sind kaum zu erwarten, die engen betriebswirtschaftlichen Systemgrenzen der Einrichtungen, die Machtstrategien und Domäneorientierungen der einzelnen Berufsgruppen, sowie deren spezialisierte, kulturell sehr unterschiedliche und jeweils abgeschottete Berufssozialisation können nur langsam bearbeitet werden.

Um solchen Entwicklungen eine dauerhafte Chance zu geben, sind neue Finanzierungsregelungen, rechtliche Absicherungen und Sozialisationskonzepte (Klie 1998; Hoefert 1995; Eichhorn 1993) für die Professionellen

erforderlich. Nur so können Rahmenbedingungen und notwendige Voraussetzungen für eine stabil veränderte Berufsorientierung geschaffen werden, in der die fall- und situationsbezogenen Bedarfe der Nutzer von Gesundheitsleistungen im Vordergrund stehen. Dies wird allerdings nur gelingen, wenn zukünftig eine übergreifende Orientierung bei der Gesamtgestaltung des Gesundheitssystems in den Vordergrund tritt.

Korrespondenzadresse:
Prof. Ulrike Höhmann
Evangelische Fachhochschule Darmstadt
Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft
Zweifalltorweg 12
64293 Darmstadt
E-Mail-Adresse: uhoehmann@efh-darmstadt.de

## *Literatur*

Brauer, J.-P.; Kühme, E.U. (1997): DIN EN 9000 – 9004 umsetzen. München, Wien
Corbin, J.; Strauss, A: (1993): Weiterleben lernen. München, Zürich
Donabedian, A. (1989): Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. Quality Assurance in Health Care 1, 1: 3-11
Ebertz, M.N. (1998): Kirche im Gegenwind. Freiburg
Eichhorn, S. (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hg.): System Krankenhaus. Weinheim, München, 241-253
Engelhardt, v. M.; Herrmann, C. (1999): Humanisierung im Krankenhaus. Weinheim, München
Feuerstein, G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hg.): System Krankenhaus. Weinheim, München, 41-67
Feuerstein, G. (1996): Schnittstellen im Gesundheitswesen. In: Badura, B.; Feuerstein, G. (Hg.) Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim, München, 211-253
Feuerstein, G. (1998): Quality of Life – Ein Kriterium für Entscheidung über Ressourcen? In: Kampen-Haas, H.; Rothmaler, C. (Hg.): Strategien der Gesundheitsökonomie. Frankfurt a.M. , 43-64
Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D. (1990): Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Neue Praxis 20, 2: 111-124
Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Wiesbaden
Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich (1998) Loras Publik 2. Zürich
Gill, W.; Mantej, W. (1997): Die Sozialvisite. Pflege Aktuell 51, 6: 376-380
Hoefert, H.-J. (1995): Berufliche Sozialisation und Zusammenarbeit im Krankenhaus. In: Ders. (Hg.): Führung und Management im Krankenhaus. Göttingen, 23-48
Höhmann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B. (1996): Vernetzungsmodell im Vergleich. Pflege Aktuell 50, 5: 345-348
Höhmann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B. (1999): Qualität durch Kooperation. Frankfurt a.M.
Hummel, T.; Malorny, C. (1997): Total Quality Management. München, Wien

Joosten, M. (1995): Von der Lücke zur Brücke. Pflege Aktuell 49, 10: 683-686

Kamiske, G. F.; Brauer J.-P. (1993): Qualitätsmanagement von A-Z. München, Wien

Klie, T. (1998): Rechtliche Aspekte der Kooperativen Qualitätssicherung. In: Ders. (Hg.) Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Ev. Fachhochschule Freiburg. Freiburg

Mayntz, R.; Rosewitz, B. (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Mayntz, R.; Rosewitz, B.; Schimank, U.; Stichweh, R.: Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a.M., New York

Schaeffer, D.; Moers, M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten. WZB Paper P95-201. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung. Berlin

Schaeffer, D. (1998): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation. In: Garms-Homolova/ Schaeffer (1998), 83-102

Schardt, T. (1997): Künftige Aufgabenschwerpunkte zur Sicherung von Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Schönhals, K.-M.; Höhmann, U.; Möhrle, A. (Hg.): Qualität im Medizinbetrieb – für wen, mit wem, zu Lasten von wem? Frankfurt a.M., 26-47

Senge, P. M. (1990): The Fifth Discipline. New York

Sofaer, S. (1994): Applying Organisational Theory to Improve the Continuity of Health Services for Older People. Journal of Applied Gerontology 13, 1: 73-85

Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation. Weinheim, München

Thierau, D. (1997): Die Rolle von Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken. Aachen