

Kompetenzorientierte Qualitätsprozesse

Teil 1: Prolog

Qualität neu denken

Auch wenn sich sehr viele Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens mit Qualitäts-Labels oder Auszeichnungen zieren: Es ist nicht alles gut rund um den Begriff der Qualität. Denn selbst die ausgeklügeltsten Qualitätsverfahren stoßen auf einen lästigen Störfaktor: den Menschen. Dieser Ansicht ist Stefan Knobel.

Literatur:

- > **Giovannelli-Blocher, J. (2011):** Die etwas anderen Clowns. Wieso soll man eigentlich im Alter nichts zu lachen haben? In: Stiftung lebensqualität (Hrsg.) (2011): Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics. Siebten, Nr. 1: Verlag Lebensqualität. S. 38–40.
- > **Binswanger, M.; Knobel, S. (2011):** „Manche Messungen verschleiern den Blick auf das Wesentliche“. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. In: Stiftung lebensqualität (Hrsg.) (2011): Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics. Siebten, Nr. 3: Verlag Lebensqualität. S. 41–43.

Störfaktor Mensch. „Qualität beginnt damit, die Zufriedenheit des Kunden in das Zentrum des Denkens zu stellen.“ Das soll der ehemalige CEO von IBM, John F. Akers, einmal gesagt haben. Und genau das ist die große Herausforderung im Sozial- und Gesundheitswesen. Wenn man die Zufriedenheit der sogenannten KundIn tatsächlich an den Anfang der Qualitätsüberlegung stellt, werden die weit verbreiteten Systeme des Qualitätsmanagements (QM)- infrage gestellt. Denn die Zufriedenheit der KundIn lässt sich nicht vorausbestimmen. Und vor allem lässt sie sich nicht mit Kennzahlen erfassen. Doch man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass in unserer so zahlgläubigen Welt all das, was sich nicht in Zahlen ausdrückt, zum Störfaktor wird. Matthias Binswanger (2011) drückt das so aus: „Man glaubt den Zahlen – selbst wenn sie nicht stimmen. Dabei verwechselt man die Indikatoren, die man messen kann mit Qualität. Echte Qualität kann man nie messen“ (S.42). So wird der Mensch als unberechenbare Größe zum Störfaktor eines ansonsten so gut funktionierenden Systems.

Eine Weiterentwicklung ist notwendig. Bei aller Kritik an den QM-Systemen: Sie sind nicht ersetzbar. Denn das Problem sind nicht diese Systeme und deren Instrumente. Das Problem liegt in der Annahme, dass sie eine umfassende Qualität garantieren können, was nicht der Fall ist. Deshalb möchten wir eine Diskussion anstoßen, die sich den Fragen widmet, wie wir aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre mit den QM-Systemen einerseits alle Vorteile nutzen können, die diese Systeme gebracht haben, und andererseits, was wir tun können, dass da, wo sich Nachteile zeigen, neue Ideen diskutiert und ausprobiert werden.

Zahlen reichen nicht. Judith Giovannelli-Blocher (2011) drückt das Dilemma rund um das Thema Qualität wie folgt aus: „Das Leben kann man nicht in einem Punktesystem abhaken. Es ist unberechenbar und unmessbar. Ebenso alle Menschen, die in diesen Berufen tätig sind, in denen es zentral um das geht, was im Erfassungsformular gar nicht abhakbar ist, im Qualitätssystem, das heute in all den Institution so viel Zeit wegfrisst, dass man keine Zeit mehr hat zum Lachen und Spazieren und Zusammensitzen mit den Alten. Um das geht es aber eigentlich. Und darum dürfen alle Menschen, die in diesen Berufen tätig sind, stolz sein. Sie können stolz sein, dass sie etwas vertreten, das nicht messbar ist – aber zu tun hat mit echter, lohnender Lebensqualität.“ (S.38)

Handeln anstatt zu jammern. Mit dem Thema Qualität möchten wir einen Beitrag leisten, dass sich die Berufe aus dem Sozial- und Gesundheitswesen aus dem Jammertal heraus bewegen können. Denn wer, wenn nicht die Profis im Feld selbst, kann aufzeigen, dass es neue Wege braucht, dass das Thema Qualität neu gedacht werden muss? Einen neuen Denkansatz zeigen Hennessey und Knobel im zweiten Teil des Leitthemas auf: Sie schlagen vor, das Qualitätsmanagement durch „kompetenzorientierte Qualitätsprozesse“ zu ergänzen. Dass das Nachdenken nicht reicht, zeigt Elisabeth Nachreiner im 3. Teil auf: Wirklich nötig sind Verhaltensänderungen – insbesondere auch Verhaltensänderungen der Führungskräfte.

Die Qualität bin ich

Wir sind weit gekommen mit dem Qualitätsmanagement, das in den 1990er-Jahren im Sozial- und Gesundheitswesen eingeführt wurde. Nun müssen aber die nächsten Schritte folgen, die beim Menschen, seiner Verantwortung und Kompetenz ansetzen; nur dann wird aus Qualität auch Lebensqualität. Das meinen Richard Hennessey und Stefan Knobel.

Was bisher geschah

Sonnen- und Schattenseiten. Traditionelle Qualitätsmanagement-Systeme (QM-Systeme) haben dazu beigetragen, dass auch in sozialen Organisationen interne Arbeitsprozesse und Organisationsstrukturen kritisch durchleuchtet wurden und auf diese Weise Effizienzgewinne realisiert werden konnten. Es erfolgte auch eine stärkere Mitarbeiter- und Kundenorientierung. Die erhöhte Einbindung der MitarbeiterInnen steigerte die Identifikation mit dem Unternehmen und dessen Qualitätsentwicklung. Diese Systeme haben aber auch ihre Schattenseiten. Der Dokumentationsaufwand stieg und die MitarbeiterInnen haben dadurch weniger Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben, was qualitätsmindernd wirken kann. Ein wesentlicher Nachteil dieser QM-Systeme ist, dass sie zu wenig auf das Verantwortungsgefühl des Einzelnen für die Qualität der Produkte und Dienstleistungen abzielen. Diese Nachteile führen dazu, dass nicht das volle Potenzial der Organisationen in einem produktiven Sinne ausgeschöpft werden kann. Knobel (2013, S. 49) geht davon aus, dass mit den herkömmlichen Qualitätssystemen nur zwischen 30–50 % des Qualitätsgeschehens beeinflusst werden können. Auf der Suche nach den „blinden Flecken“ in den traditionellen QM-Systemen finden wir sowohl einen inhaltlichen als auch einen methodischen Mangel.

Was ist Qualität? Es mag unglaublich klingen, aber in den bisherigen QM-Systemen wurde das, was Qualität sein sollte, inhaltlich nie ausreichend bestimmt. Schauen wir uns stellvertretend dazu die ISO-Definition von Qualität an: „Qualität ist ein Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (Norm EN ISO 9000:2000). Diese abstrakte Definition sagt nichts über den Inhalt von Qualität aus. Zech (2015) geht davon aus, dass es bei ISO-Prozessen lediglich um eine Systematisierung und Verbesserung von Prozessen geht (S. 14). Matul und Meinhold (2011) halten fest, dass ein ISO-Zertifikat folglich auch nicht die Qualität der Produkte

und Dienstleistungen belegen kann (S. 147). Um diesen blinden Fleck zu beseitigen, müsste deshalb der Begriff „Qualität“ von allen Beteiligten inhaltlich bestimmt werden.

Passt die Methode? Etwas schwieriger ist es, den blinden Fleck in den Methoden zu finden, scheint es doch durch die Einführung des sogenannten Qualitätszyklus gelungen zu sein, die Qualität kontinuierlich weiterzuentwickeln. In der Industrie hat es doch wunderbar funktioniert! Deshalb stand dieser PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act) genannte Optimierungsprozess des legendären Qualitätsgurus William Edwards Deming auch für den Pflegeprozess Pate, manchmal sogar eins zu eins, wie die Abbildung 1 zeigt.

Einer der Gründe, warum sich der PDCA-Zyklus in der Pflege festsetzen konnte, liegt in den tief verwurzelten defizitorientierten Modellen, die das Denken der Pflegenden bis heute prägen. Der pflegebedürftige Mensch wird wie ein Gegenstand von außen und hinsichtlich seiner Defizite betrachtet. Die Pflegekraft schaut gleichsam von außen aus der Position der unabhängigen BeobachterIn, ob dieser ein Problem, eine Ist-Soll-Abweichung hat (z. B.: „Er hat Gangstörungen.“). Wenn ja, holt man Informationen ein, legt ein pflegerisches Soll fest und plant die dazu passenden Maßnahmen (Plan). Die geplanten Maßnahmen werden durchgeführt (Do). Der pflegebedürftige Mensch dient der Pflegekraft sozusagen als Sensor und gibt ihr Bescheid, ob und wie mit den Maßnahmen das Ziel (Ist-Soll-Übereinstimmung) erreicht wurde (Check). Falls nicht, werden die Ursachen des Misserfolgs über das Einholen von neuerlichen Informationen erforscht und erneut Maßnahmen gesetzt (Act). Auch wenn es scheint, dass der Pflegeprozess zirkulär ist und den ganzen Menschen erfasst, besteht bei solchen Methoden die Problematik, dass der Mensch trivialisiert und damit auf seine Defizite oder Pflegediagnosen reduziert wird – Defizite und Pflegediagnosen, die letztlich mit bestimmten im Voraus definierten Massnahmen zu behandeln sind.





Nun hat die Einführung dieses Zyklus sicherlich seine Vorteile, indem er ein Bewusstsein schafft, dass Qualität nicht ein Zufall ist, sondern ein systematischer Prozess, der Verbesserungen schafft. Festzuhalten ist allerdings, dass dieser Zyklus für die Optimierung der industriellen Produktion geschaffen wurde. Im kybernetischen Sinne geht es in industriellen Prozessen um die Produktion von „trivialen Maschinen“ (vgl. Kasten: Triviale und nicht-triviale Maschinen). Und es stellt sich die Frage, ob diese Methoden aus der Industrie geeignet sind, in Situationen, in denen Menschen als „nicht-triviale Maschinen“ im Spiel sind, das Qualitätsgeschehen zu managen.

Ja – aber nur zum Teil. In Pflegesituationen gibt es zwar durchaus einige Situationen, die die Kriterien einer trivialen Maschine aufweisen. So ist es z. B. bei der Vorbereitung von Infusionen enorm wichtig, dass die Hygienestandards eingehalten werden. Ein Infusionsbesteck ist möglichst keimfrei oder eben nicht. Und es gibt klare Standards und Regeln, die beim Handling mit diesen Medikamenten die Keimfreiheit sicherstellen. Die Einhaltung der Abfolge der einzelnen Schritte ist zwingend; sie begründet sich durch lineare Zusammenhänge von Ursache und Wirkung. Eine Nicht-Einhaltung kann fatale Folgen haben: Desinfektionsmittel muss vor der Injektion verwendet werden; nach der Injektion nützt es herzlich wenig. Aber grundsätzlich scheint hier ein beschreibbares Verhalten (gezielter Einsatz von Desinfektionsmitteln) zu einem bestimmten Resultat (Keimfreiheit) zu führen, banal formuliert: Wenn man das und das tut, dann passiert das und das.

Die traditionellen QM-Systeme wurden für solche Situationen mit klaren kausalen Zusammenhängen bzw. „Wenn ... dann-Beziehungen“ entwickelt. Was aber, wenn Prozesse nicht mehr kausal sind und sich gegenseitig so beeinflussen, dass sie nicht mehr in einfache „Wenn ... dann-Beziehungen“ aufgelöst werden können?

Viele Pflegesituationen sind komplex

„Ja, mach nur einen Plan / sei nur ein großes Licht / Und mach dann noch 'nen zweiten Plan / Gehn tun sie beide nicht.“

(Brecht 1988, S. 291)

Skepsis gegenüber QM-Systemen. In der Pflegepraxis kann ein gewisser Widerstand gegenüber

QM-Systemen und linearen Lösungsansätzen beobachtet werden. Die Ursache könnte darin liegen, dass viele Qualitäts-Instrumente oder -Verfahren im Pflegeprozess dem Prinzip eines trivialen Systems folgen, aber meistens nicht-triviale Probleme vorliegen. Kompetente Pflegekräfte spüren intuitiv, dass hier etwas nicht zusammenpasst.

Pflegesituationen sind nicht trivial ... Es gibt zwar, wie bereits oben erwähnt, Pflege Themen, die linearen Prozessen folgen und so Merkmale einer „trivialen Maschine“ zeigen. Die meisten Herausforderungen der Pflege unterliegen aber komplexen, zirkulären Zusammenhängen. Je komplexer das Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren (z. B. Schmerzen, Desorientiertheit, Inkontinenz und Angst) in einer Pflegesituation wird, desto mehr Interpretationsmöglichkeiten bestehen und desto schwieriger wird es, von überschaubaren eindeutigen Kausalbeziehungen auszugehen. Kybernetisch erklärt ist das so, weil das menschliche Verhalten auf internen Rückkopplungs-Prozessen beruht, die durch das Zusammenspiel zwischen dem motorischen System, dem Wahrnehmungs- und dem Nervensystem das Verhalten fortlaufend und zirkulär neu „erfinden“. Dies ist besonders eindrücklich bei der Entwicklung der menschlichen Bewegungskompetenz zu beobachten. Sie ist ja keinesfalls eine fixe Größe, im Gegenteil: Sie entwickelt sich durch die Qualität des eigenen Bewegungsverhaltens und insbesondere durch die Interaktion mit anderen Menschen ständig neu. Das zeigt sich in Pflegesituationen: Wenn ein Mensch aus irgendeinem Grund z. B. nicht selbst vom Liegen ins Sitzen kommen kann, ist die Qualität der Unterstützung durch die helfenden Menschen dafür ausschlaggebend, in welche Richtung sich dieses Unvermögen entwickelt.

Wenn die helfenden Menschen die KlientIn wie einen Gegenstand bewegen und ihr Gewicht heben, passt sie sich in den meisten Fällen so an, dass sie ihre Muskeln steif macht. Die Unfähigkeit, selbst aufzusitzen, wird durch die Qualität der Hilfe verstärkt. Mit anderen Worten: Die Pflegeintervention führt dazu, dass die KlientIn in ihrem „Nicht-aufsitzen-Können“ noch bestärkt wird. Doch die Inkompetenz der Pflegekraft ist ein Teil des Problems.

Wenn die helfenden Menschen die KlientIn nicht wie einen Gegenstand bewegen, sondern ihre Aufgabe darin sehen, ihr zu helfen, dass sie ihre eigene Bewegung finden kann, führt das

dazu, dass die KlientIn sich selbst durch die Qualität der Hilfe besser verstehen lernt. Sie setzt ihre eigene Bewegung differenzierter ein, so wie sie es auch ohne Hilfe tun würde. Die Hilfe der Pflegenden besteht darin, dass sie viabel handeln und im aktuellen Moment etwas Passendes tun, was einen Beitrag dazu leistet, dass die KlientIn die selbstständige innere Steuerung der Aktivität wieder erlernen kann. Mit anderen Worten: Die Kompetenz der helfenden Person wird zum Teil der Lösung.

... und die Pflegearbeit als Gesamtes auch nicht. Nicht nur der Mensch, sondern auch viele soziale Situationen im Pflegealltag entziehen sich der Planbarkeit und der Standardisierung. Das soll mit einem fiktiven Beispiel illustriert werden: „Wenn eine Pflegekraft im Pflegeheim am Morgen die Schicht übernimmt, ist meistens die Arbeit, die zu erledigen ist, fein säuberlich geplant. Der Reihe nach ist zuerst Herr X zu waschen, anschließend bekommt Frau Y das Morgenessen serviert. Als nächster Schritt ist bei Frau Z der Blutzuckerspiegel zu bestimmen und ihr danach das Insulin zu verabreichen. So weit, so gut. Nun ist es aber so, dass die Pflegekraft zuerst ins Zimmer von Frau Z gerufen wird. Ihr ist ein Ausscheidungs-Missgeschick passiert, das dringend bereinigt werden will. In dem Moment, in dem die Pflegekraft mit dieser Arbeit beginnt, öffnet eine offenbar verwirrte Frau der Nachbarstation die Zimmertür und sucht nach der Bushaltestelle. Sie möchte endlich nach Hause fahren. Noch bevor dieses Problem gelöst ist, betätigt Herr X die Glocke; er möchte vermutlich fragen, wann das allmorgendliche Waschprozedere beginnt. Für Außenstehende tönt das nach einem Horrorszenerario. Für Pflegekräfte ist das der normale Alltag. Mit anderen Worten: Pflege ist eigentlich gar nicht von außen planbar.“ (Knobel 2013, S. 46f)

Die Sehnsucht nach Vereinfachung

„Eindeutig sind wir als Kinder unserer Kultur in triviale Systeme vernarrt, und wann immer die Dinge nicht so funktionieren, wie man es erwartet, werden wir versuchen, sie zu trivialisieren.“
(von Foerster 1993, S. 144)

Standardisierungen ... Das Zauberwort, das nicht nur in der Pflege, sondern auch in vielen anderen Bereichen angewendet wird, heißt „Standardisierung“ bzw. „Standards“. Meinhold und

Matul (2011) beschreiben es folgendermaßen: „Man strebt an, dass gewisse Tätigkeiten unabhängig von der Person in der gleichen Weise erbracht werden können.“ (S. 150). Wenn Probleme auftreten, die lineare Zusammenhänge betreffen, sind solche Standards sehr gut. Auch bei Routinetätigkeiten sind sie hilfreich. In Krisenfällen wie z. B. bei Epidemien bieten Standards eine ausgezeichnete Möglichkeit, rasch und effektiv zu handeln. Diese „Krisenstandards“ sind vor allem dann sinnvoll, wenn sie nach jedem Ereignis aufgrund der aktuellen Erfahrungen überarbeitet werden und somit den Status von „Best Practice“ repräsentieren.

... und Trivialisierungen. In komplexen Situationen werden Standardisierungen oft selber zu einem Teil der Problematik. Schrems (2003) drückt das so aus: Statt „einer Diversifizierung, um dem Wesen des Menschen zu entsprechen, kommt es zu einer Trivialisierung, um Komplexität zu reduzieren. Anstatt die Möglichkeiten zu vermehren ... werden die Möglichkeiten verringert und die Sicht aufs Ganze noch mehr verstellt.“ (S. 93)

Solche Bestrebungen der Trivialisierung lassen sich denn auch fachlich problemlos begründen. Ein Beispiel: In der Pflege von demenziell erkrankten Menschen hält sich hartnäckig die Idee, dass diese Menschen sich besser orientieren können, wenn z. B. der Transfer vom Bett in den Rollstuhl einem strengen Plan folgt. Man begründet mit dem Orientierungsdefizit dieses Menschen, dass er nur einem fixen Ablaufschema zu folgen in der Lage wäre. Bei genauerer Untersuchung zeigt es sich, dass das Gegenteil zutrifft. Standardisierte Bewegungsanleitungen können ein effektiver Beitrag zu zusätzlicher Desorientierung sein, dies insbesondere, wenn sie verhindern, dass sich die betroffene Person aktiv an der Aktivität beteiligen und diese mitgestalten kann, sich in sich selbst orientieren kann. In der Folge führt diese Trivialisierung dazu, dass sie immer mehr Bewegungsspielraum und Eigenaktivität verliert – bis hin zum Resultat, dass es tatsächlich nur noch diese eine Möglichkeit gibt, um der Person zu helfen, an den Bettrand zu sitzen. Wie sagte doch schon Mark Twain: *„Als wir das Ziel aus den Augen verloren hatten, verdoppelten wir unsere Anstrengungen.“* (Twain 1984)





Die Effizienzfalle

„Wer vom Ziel nicht weiss / kann den Weg nicht haben, / wird im selben Kreis / all sein Leben traben.“
(Christian Morgenstern, 1914, S. 40)

Ökonomisierung ist oft unökonomisch. Standards dienen auch dazu, soziale Einrichtungen zu ökonomisieren und damit effizienter (vgl. Kasten „Effizienz und Effektivität“) zu gestalten. Man versucht in der Praxis, die Standards mit einem minimalen Aufwand an Geld umzusetzen (Warzecha, 2010, S. 120) Man geht davon aus, dass die Standards ermöglichen, die Effizienz zu steigern. Gegen dieses Vorhaben ist per se nichts einzuwenden, denn auch soziale Organisationen agieren nicht in einer Schlaraffenland-Ökonomie und sollten daher mit ihren finanziellen Ressourcen sinnvoll haushalten.

Wenn aber nicht-triviale Situationen in Standards hineingepresst werden und diese Standards anschließend effizient umgesetzt werden, dann macht man mitunter die falschen Dinge richtig. Eine solche Situation ist besonders reformresistent, weil man ja vordergründig die Dinge richtig macht, aber leider die falschen. Die Ef-

fizienzfalle ist zugeschnappt und es ist sehr schwer bzw. oftmals mit großem Aufwand verbunden, aus ihr herauszukommen.

Ein Beispiel ... Dies lässt sich z. B. folgendermaßen bildlich illustrieren: Ich fliege mit einem Flugzeug und will nach New York. Der Start ist optimal, der Flug auch, und ich lege eine saubere Landung hin. Ich habe also die Dinge richtig gemacht. Pech ist, dass ich in die falsche Richtung geflogen und statt in New York in Moskau gelandet bin. Ich habe also die falschen Dinge (Moskau statt New York) richtig gemacht (fehlerfrei geflogen). Um nach New York zu gelangen, muss ich nochmals Treibstoff tanken und Zeit aufwenden, um dorthin zu fliegen. In diesem Szenario war ich nicht nur ineffektiv, sondern auch ineffizient.

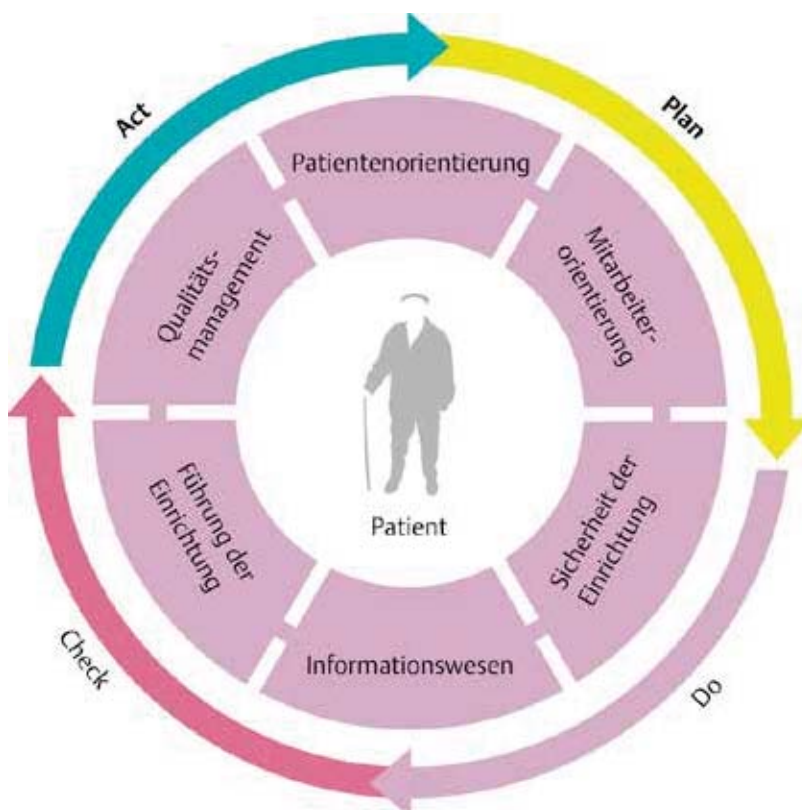
... und noch eines. Genauso verhält es sich in vielen Pflegesituationen. Aus zahlreichen Studien weiß man, wie ein Druckgeschwür die Lebensqualität von Menschen nachhaltig beeinflusst und erst noch enorme Kosten für das Gesundheitssystem verursacht. Deshalb schreibt der Standard auf vielen Intensivstationen vor, dass alle beatmeten Menschen in einem superweichen Luftmatratzenbett zu liegen haben.

Dieser Standard berücksichtigt nicht, dass ein Druckgeschwür keine Erkrankung, sondern nur ein Symptom ist, das auf die verminderte Bewegungsfähigkeit bzw. auf die mangelnde Kompetenz der Pflege zurückzuführen ist. Die Superweichlagerung verhindert in der Folge zwar oft den Dekubitus – führt aber potenziell zu einer Verstärkung der Einschränkungen der Beweglichkeit der PatientIn und dazu, dass die Pflegenden noch weniger mit ihr in Bewegungsinteraktionen kommen. Wenn die Pflegenden sich dessen nicht bewusst sind, können sich die Bewegungseinschränkungen verstärken und insgesamt infolge der sich selbst aufschaukelnden Immobilität die Kosten noch weiter erhöhen. Man ist quasi auf dem falschen Flugplatz gelandet.

Die Qualität bin ich: Kompetenzorientierte Qualitätsprozesse

QM-Systeme vs. kompetenzorientierte Qualitätsprozesse. Die blinden Flecken der traditionellen QM-Systeme sollten nicht dazu verleiten, das Kind mit dem Bade auszuschütten und diese Systeme pauschal zu verwerfen. Das Erkennen ihrer Grenzen sollte als ein Anlass zum Lernen gesehen werden, um ein neues QM-System zu

Abb. 1

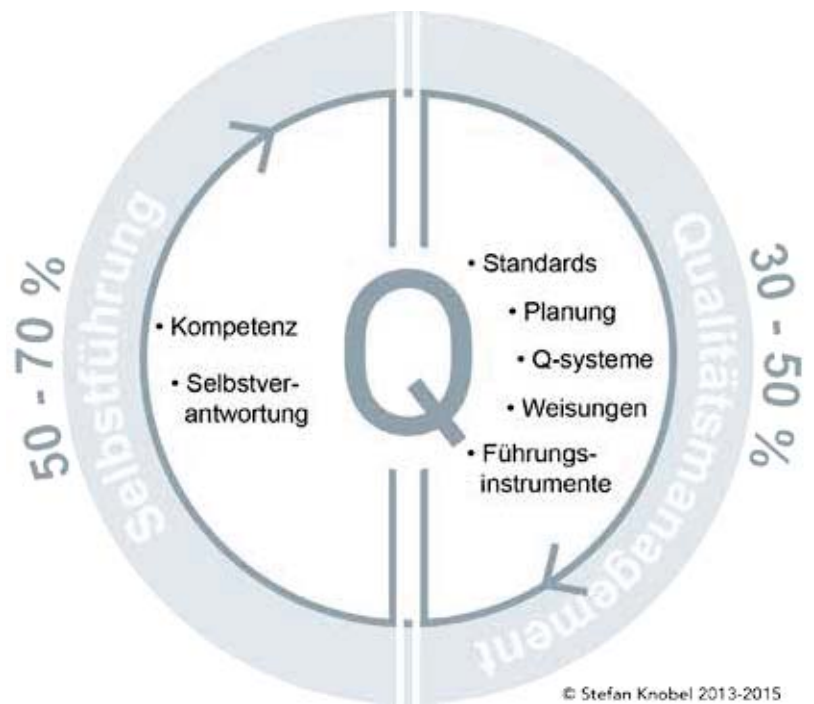


entwickeln, das die Vorteile seiner Vorgänger nutzt und deren Probleme produktiv löst. Das hier skizzierte Modell (Abbildung 2) geht von einem synergetischen Nebeneinander von traditionellen QM-Systemen und den kompetenzorientierten Qualitätsprozessen (Selbstführung) aus.

Standards, wo Standards helfen. Mit anderen Worten: Es geht nicht darum, die QM-Maßnahmen abzuschaffen und durch etwas „Besseres“ zu ersetzen. Ein prominentes Beispiel dafür sind die bereits erwähnten Standards. Sie sind unter anderem sehr nützlich bei komplizierten Routineaufgaben, wie z. B. dem Handling anspruchsvoller Verbandswechsel. Es ist aber eine triviale Aufgabe in dem Sinn, dass es wichtig ist, dass die einzelnen Schritte in der richtigen Reihenfolge vollzogen werden. Für nicht-triviale Prozesse sind sie hingegen nicht geeignet. Eine Sonderklasse bilden wie schon erwähnt Krisen wie Epidemien, bei denen schnell gehandelt und man sich auf standardisierte „Best Practice“-Verhaltensformen verlassen muss.

Kompetenz und Selbstführung, wo immer es um den Menschen geht. Immer wenn es um die direkte Interaktion zwischen Menschen oder die Unterstützung ihrer alltäglichen Aktivitäten geht, handelt es sich um komplexe Situationen. Um Situationen mit den Merkmalen von „nicht-trivialen Maschinen“ mit der notwendigen Qualität zu begegnen, hilft nur die Kompetenz, viabel handeln zu können. Das heißt: im aktuellen Moment das Richtige zu tun. Dieses Handeln kann nicht vorausgeplant werden. Es entsteht in der aktuellen Interaktion und kann nur von den interagierenden Personen im Moment beurteilt und verändert werden. Deshalb unterliegen diese Qualitätsprozesse der Selbstführung, die sich durch individuelle Kompetenz und Selbstverantwortung auszeichnet. Im Zusammenhang mit komplexen, nicht-trivialen Situationen sind also kompetenzorientierte Qualitätsprozesse gefragt.

Von der Effizienz zur Effektivität. Wir müssen also zwischen Effizienz (dem Beitrag des Qualitätsmanagements) und Effektivität (dem Beitrag der Selbstführung) unterscheiden. Effizienz fordert, die Dinge richtig zu tun, und Effektivität, die richtigen Dinge zu tun. Das ist nur möglich, wenn eine Institution den Rahmen schafft, in dem sich die kompetenzorientierten Qualitätsprozesse der Selbstführung entwickeln können. Es



© Stefan Knobel 2013-2015

Abb. 2 Kompetenzorientierte Qualitätsprozesse

Das aktuell entstehende Modell der kompetenzorientierten Qualitätsprozesse vereint das bisherige Qualitätsmanagement mit den Prozessen der Selbstführung zu einem Gesamtmodell.

braucht ein Klima der „wirkungsorientierten Arbeit“ und die Auseinandersetzung mit der Frage, ob man sich an den „richtigen“ oder besser passenden Wirkungen orientiert. Das wiederum hängt damit zusammen, auf welches Paradigma bzw. Menschenbild sich die Berufsgruppe stützt.

Nehmen wir das Beispiel Sturzprophylaxe.

Defizitäres Menschenbild: Wenn eine Organisation oder ein Team im Kontext der Pflege und Betreuung mit dem Thema der Sturzgefahr von KlientInnen konfrontiert ist und sich auf ein defizitorientiertes Paradigma stützt, geht es darum, Stürze auf jeden Fall zu vermeiden, weil sie offensichtlich zu Verletzungen führen können. Um das zu vermeiden, werden folgende Maßnahmen ergriffen: Es werden alle äußeren Faktoren, die zu Sturz führen können, beseitigt. Teppiche sind tabu, Schwellen werden entfernt – man könnte ja darüber stolpern. Die KlientInnen müssen rutschfeste Schuhe tragen. Bei besonders sturzgefährdeten Personen werden freiheitseinschränkende Maßnahmen ergriffen; denn sie könnten ja stürzen, wenn sie selbst vom Stuhl aufstehen und herumlaufen. Alle Ursachen, die zum Defizit des Stürzens führen können, werden beseitigt.





Kompetenzorientiertes Menschenbild: Wenn das Team sich auf ein Lern- und Entwicklungsparadigma stützt, sieht das Verhalten folgendermaßen aus: Man versteht Stürzen nicht als Unfall, den es zu verhindern gilt, sondern als einen Teil der alltäglichen Aktivitäten eines Menschen. Jeder Mensch ist, weil er ein lebendes System ist,

ständig sturzgefährdet. Anstatt Stürze zu vermeiden, geht es darum, die notwendige Kompetenz zu erwerben, um negative Auswirkungen der unausweichlichen Fehler in der Kontrolle des eigenen Körpergewichts in der Schwerkraft zu minimieren. Dabei können Pflegende die grundlegenden Kompetenzen der Person analysieren und versuchen, die Zusammenhänge zwischen Gehen, Positionswechseln und Stürzen erfahrbar zu machen. Die Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit werden in jeder Pflegeintervention gefördert. Je nach Situation wählt man Aktivitäten aus, in und durch welche eine Klientin ihre Kompetenz erweitern kann. Es kann sein, dass man mit ihr täglich mehrere Male die Positionswechsel vom Liegen ins Stehen gestaltet, damit sie die Möglichkeiten ihrer Gewichtskontrolle erweitern kann. Eventuell werden an bestimmten Orten wieder Schwellen eingebaut, um Personen zu ermöglichen, wieder zu lernen, ihre Füße an gewissen Stellen zu heben und dadurch ihr Gewicht in der Schwerkraft besser zu kontrollieren.

Verantwortung übernehmen. Wenn ein Mensch sein Verhalten in nicht-trivialen Situationen anpassen will, liegt es nahe, sich vom trivialisierenden „Richtig-Falsch-Schema“ zu lösen. Die notwendige Kompetenz ermöglicht, im aktuellen Moment, während der Interaktion einen gang- oder machbaren Weg zu suchen. Dieses viable Handeln (vgl. oben) ist damit verbunden, dass der Mensch die Verantwortung für sein Handeln übernimmt. Im institutionellen Kontext bedingt das aber, dass eine Kultur gepflegt wird, die ermöglicht, dass nicht-triviale Situationen als solche behandelt werden können.

Peter F. Drucker (2011) hat diesen Kulturwechsel wie folgt beschrieben: „If I put a person into a job and he or she does not perform, I have made a mistake. I have no business blaming that person...“ (S. 120: „Wenn ich einer Person einen Job gebe und er oder sie hat keinen Erfolg, dann habe ich einen Fehler gemacht. Ich habe doch kein Geschäft, um diese Person zu blamieren und verantwortlich zu machen.“ Übers. der Autoren).

Drucker dreht hier die gängige Sicht von Verantwortung um, indem er an erster Stelle die Führungskräfte für die mangelnde Performanz der MitarbeiterInnen verantwortlich macht. Eine auf diese Weise verantwortungsvolle Führungskraft dient als ein Vorbild für die MitarbeiterInnen, selber Verantwortung zu übernehmen.

Komplex oder kompliziert?

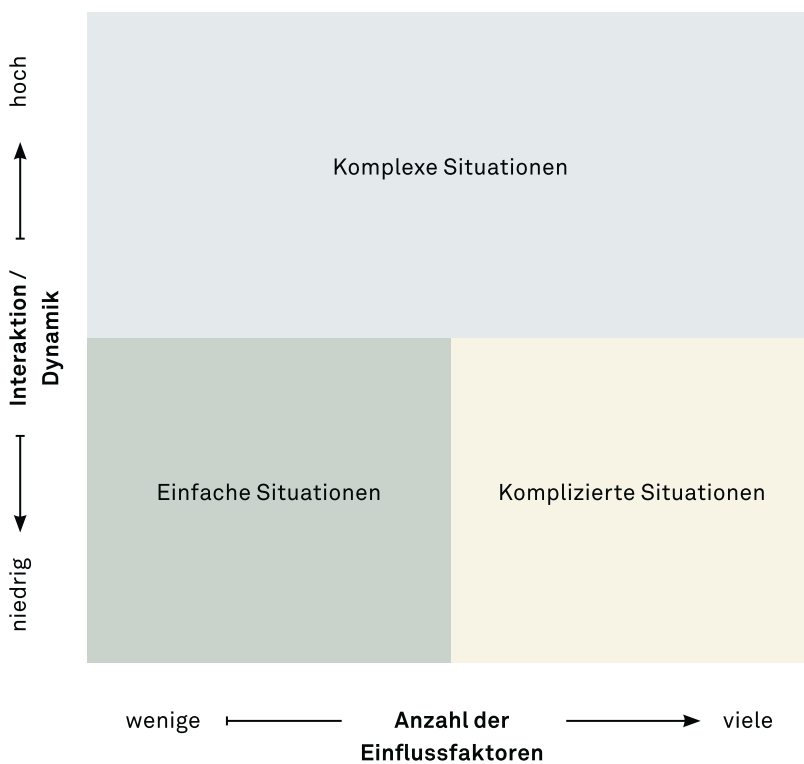


Abb. 3: Einfache, komplizierte und komplexe Situationen (angelehnt an Gomez, Probst 1995)

Wir lehnen uns beim Gebrauch der Begriffe „kompliziert“ und „komplex“ an Gomez und Probst (1995), die die beiden Begriffe wie folgt definieren:

Komplizierte Situationen

„Komplizierte Probleme zeichnen sich durch eine Vielzahl relativ stark verknüpfter Einflussfaktoren aus, wobei das Verknüpfungs- und Interaktionsmuster sich im Zeitablauf nicht stark verändern.“ (ebd. S. 19)

Komplexe Situationen

„Im Gegensatz zu den komplizierten Problemen, mit denen sie die Vielzahl von Einflussfaktoren und die starke Verknüpfung teilen, sind komplexe Probleme durch Dynamik charakterisiert. Art und Intensität der Beziehungen können sich verändern, Einflussfaktoren dazu stoßen oder wegfallen. Das Muster der Zusammenhänge – die Vernetzung – ist einem Wandel unterworfen.“ (ebd. S. 22)



Triviale und nicht-triviale Maschinen

Es mag mechanistisch tönen, wenn Heinz von Foerster zur Frage, wie ein Lebewesen funktioniert, den Begriff Maschine verwendete. Allerdings hat das historische Gründe. Das Wort Maschine wurde zu seiner Zeit regulär benutzt, um Systeme zu bezeichnen. Mit der Unterscheidung zwischen trivialen und nicht-trivialen Maschinen versuchte von Foerster darzustellen, dass zwischen lebenden Systemen und mechanischen Apparaten ein grundsätzlicher Unterschied besteht. Von Foerster stellte in der folgenden Tabelle einige zentrale Eigenschaften der beiden Maschinentypen einander gegenüber:

Triviale Maschinen

- synthetisch determiniert
- vergangenheitsunabhängig
- analytisch bestimmbar
- Verhalten voraussagbar

Nicht-triviale Maschinen

- synthetisch determiniert
- vergangenheitsabhängig
- analytisch unbestimmbar
- Verhalten nicht voraussagbar

Mit „synthetisch determiniert“ meint von Foerster, dass beide Systemtypen aus verschiedenen, bekannten Bestandteilen zusammengesetzt sind. Im Zusammenwirken dieser Bestandteile ist der Zufall grundsätzlich ausgeschlossen. Übertragen auf den Menschen heißt das, dass man z. B. nicht urplötzlich im Ellbogen ein Kugelgelenk zur Verfügung hat. Der Zufall kommt erst durch die Zirkularität der Verhaltenssteuerung bzw. Feedback-Kontrolle der „Maschine“ ins Spiel. (Knobel, Marty-Teuber 2012, S. 52)

Viabel/Viabilität

Die Infobox „Viabel/Viabilität“ aus „Lernen und Bewegungskompetenz“ (EKA 2012), einer Einführung in Kinaesthetics für Basiskurse: „Der Philosoph Ernst von Glasersfeld (1917 – 2010) führte diese Begriffe im Rahmen des von ihm begründeten ‚radikalen Konstruktivismus‘ in die wissenschaftliche Diskussion ein. Sie bezeichnen die Lösung eines Problems, die sich nicht an der Idee der (‚wissenschaftlichen‘) Wahrheit, an der Idee von richtig und falsch orientiert, sondern an der Gang- oder Brauchbarkeit im Kontext der Problemstellung und der verfolgten Absicht – im Wissen, dass es viele gangbare Lösungen gibt. Glasersfeld braucht das Wort „passend“ (bezüglich Kontext und Absicht) als Synonym von „viabel“ (S. 33).

Aus dem Fließtext im Kontext der Komponenten der Bewegungskompetenz:
„Viabel handeln: Die Entwicklung produktiver Verhaltensmöglichkeiten.

Ich kann gleichzeitig eine komplexe Herausforderung des Alltags bewältigen, auf die Qualität meiner eigenen Bewegung achten und dadurch mein Verhalten passend und zum Ziel führend steuern. Ich bin imstande, meine eigene Bewegung bewusst und produktiv an meine individuellen Voraussetzungen, an diejenigen von InteraktionspartnerInnen sowie an die Absicht und den Verlauf der Situation anzupassen. Ich bin in der Lage, die Achtsamkeit auf meine Bewegung im Verlauf einer Situation differenziert zu lenken und so die eigene Bewegung möglichst optimal am Kriterium von Lernen und Entwicklung zu orientieren.“ (ebd. S. 33).

Literatur:

- > **Brecht, B. (1988):** Die Dreigroschenoper. In: ebd.: Werke. Band 2. Stücke 2. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M..
- > **Deci, E.; Ryan, R. (2000):** The „What“ and „Why“ of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behaviour. In: Psychological Inquiry. S. 227 – 268.
- > **Drucker, P. F.:** zitiert in: Unbekannter Verfasser, Unternehmenskybernetik, S. 4: http://www.kopf-beratung.de/_UPLOAD/bw_allgemein.pdf (abgerufen am 15.1.2015)
- > **Drucker, P. F. (2011):** The Frontiers of Management. Routledge, London, New York.
- > **Frey, K. (1997):** Qualitätsmanagement-Systeme im Vergleich. In: Qualität und Qualitätsstandards in der außerschulischen Jugend- und Erwachsenenbildung.. Vereinigte Verlagsanstalten, Düsseldorf, S. 16 – 20
- > **Friedrich, K.; Malik, F.; Seiwert, L. (2014):** Das große 1x1 der Erfolgsstrategie. EKS – Die Strategie für die neue Wirtschaft. GABAL Verlag GmbH, Offenbach.



Literatur:

- > **Gomez, P.; Probst G. (1995):** Die Praxis des ganzheitlichen Problemlösens. Vernetzt denken. Unternehmerisch handeln. Persönlich überzeugen. Haupt Verlag, Bern.
- > **Hennessey, R.; Kreyer, I. (2014):** Das Konzept Worklife Quality. Gesundheitsförderung am Beispiel der Gailtal-Klinik und des LKH Laas in Kärnten. In: Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift der Österreichischen Sozialversicherung, S. 535 – 539.
- > **von Foerster, H. (1993):** KybernEthik. Merve-Verlag, Berlin.
- > **von Foerster, H. (2011):** Radiokolleg – Der Zauber der Zirkularität. Heinz von Foerster und die Kybernetik (1–3). Gestaltung: Ina Zwerger und Armin Medosch. Radiosen- dung des Oe1.ORF. AT. vom 14. – 17. November 2011.
- > **European Kinaes- thetics Association (Hrsg.) (2012):** Kinaesthetics – Wissenschaftliche Grundlagen Teil 1: Kybernetik. Euro- pean Kinaesthetics Association (EKA), Linz.

Aber es reicht nicht aus, nur ein gutes Vorbild zu sein. Es sollte auch ein Umfeld gestaltet werden, das die Übernahme von Verantwortung ermög- licht. Verantwortung kommt sprachlich von „Ant- wort geben“. Antworten umfasst folgende Grundbedürfnisse oder „Basic Needs“ (Ryan/ Dec, 2000, S. 227f.):

- antworten können (Kompetenz)
- antworten wollen (Sinn)
- antworten dürfen (Autonomie)
- die eigenen Antworten mit KlientInnen, MitarbeiterInnen und Vorgesetzten kri- tisch hinterfragen (Partizipation)

Kompetenz, Sinn, Autonomie und Partizipation sind zentral, damit Verantwortung im Unterneh- men gedeihen kann.

Kompetenzorientierung. „Was immer du in die Welt hineingibst, kommt auf dich zurück.“ (von Foerster 2011)

Eine besondere Dynamik wird entfacht, wenn Menschen in Organisationen erkennen, dass nicht nur sie selber diese „Basic Needs“ haben, sondern auch die Mitmenschen – die Mitarbeite- rIn, die KollegIn, die KundIn.

Im Gegensatz zu industriellen Gütern werden Dienstleistungen mit der KundIn zusammen erst- ellt (Koproduktion). Gerade in dieser Situation sich selbst und den anderen mit seinen Bedürf- nissen zu erkennen, ist unerlässlich für einen ge- lingendenden und qualitätsschaffenden Kreislauf von Geben und Nehmen.

In einem solchen Umfeld können Pflegende und Betreuende ihre eigenen Kompetenzen nut- zen und sie zugleich erfahren, wenn sie Men- schen diese erfahrbar machen bzw. ihnen eine höhere Selbstständigkeit ermöglichen. Im Zuge einer beiderseitigen Kompetenzerfahrung wer- den zugleich die anderen „Basic Needs“ – Auto- nomie, Partizipation und Sinn – wechselseitig er- fahren, was zu einer höheren Lebensqualität auf beiden Seiten führt. Das kann am Beispiel eines Kinaesthetics-Bildungsprojektes in zwei Kärnt- ner Krankenhäuser empirisch belegt werden (Hennessey/Kreyer, 2014, S.537).

Literatur:

- > **European Kinaesthetics Association (Hrsg.) (2014):** Lernen und Bewegungskompetenz. European Kinaesthetics Association (EKA), Linz.
- > **Knobel, S. (2013):** Bildung braucht Führung. Aufbau von Kompetenz und Selbstverantwortung. In: Stiftung lebensqualität (Hrsg.) (2013): Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthe- tics. Nr. 3. Verlag Lebensqualität, Siebnen, S. 46 – 50.
- > **Meinhold, M.; Matul, C. (2011):** Qualitätsma- nagement aus der Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- > **Morgenstern, C. (1914):** Wir fanden einen Pfad. R. Piper & Co, München.
- > **Schrems, B. (2003):** Der Prozess des Diagnos- tizierens in der Pflege. Facultas, Wien.
- > **Twain, M. (1984):** Bummel durch Europa. Aufbau Verlag, Berlin.
- > **Warzecha, B. (2010):** Ungesunde Ordnung. In: brand eins. Wissen, was gut ist. Schwerpunkt Qualität. Heft 10, S. 120 – 124.
- > **Wittenberg, R. (2006):** Finanzierungsstrategi- en und deren Auswirkungen auf Gleichberech- tigung, Wahlmöglichkeiten, Effektivität und Nachhaltigkeit. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, Heft 3 und 4, S. 38 – 49.
- > **Zech, R. (2015):** Qualitätsmanagement und gute Arbeit. Grundlagen einer gelingendenden Qualitätsentwicklung für Einsteiger und Skeptiker. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

„Die Qualität bin ich“ - Baustellen

Vorläufig lassen sich folgende Baustellen ausmachen, wenn eine Institution sich mit dem Thema „Ich bin die Qualität“ auseinandersetzt. Diese Baustellen haben den Charakter von „Bearbeitungs-Hypothesen“.

Baustelle 1: Qualität kann nur dann realisiert werden, wenn alle Beteiligten eine inhaltlich konkrete und umfassende Vorstellung von Qualität entwickeln. Erst dann kann die gewünschte Wirkung definiert werden.

Baustelle 2: Notwendig ist eine Orientierung an der Effektivität.

Baustelle 3: Eine inhaltliche Orientierung an der Qualität führt indirekt von selbst zu mehr Effizienz. (vgl. auch: Wittenberg, 2006, S. 41)

Baustelle 4: Die partizipative Entwicklung einer inhaltlichen Vorstellung von Qualität ermöglicht auch die Unterscheidung von trivialen und nicht-trivialen Qualitätslösungen und damit eine Lösung der Frage der Zuständigkeit traditioneller QM-Systeme.

Baustelle 5: Für die Lösung nicht-trivialer Qualitäts-Herausforderungen ist die Übernahme von individueller Verantwortung zentral. Dabei spielt zum einen das Vorbild der Führungskraft eine Rolle, die die Verantwortung bei Problemen mit den MitarbeiterInnen auch bei sich sucht und gleichzeitig die Rahmenbedingungen so gestaltet, dass die MitarbeiterInnen ebenso Verantwortung übernehmen können. Führungskräfte sind aus dieser Sicht Systemgestalter.

Baustelle 6: Verantwortung können MitarbeiterInnen dann übernehmen, wenn sie die Möglichkeit haben, ihre Kompetenzen zu entwickeln und zu erfahren.

Baustelle 7: Dabei sollten innerbetrieblich Engpässe bei der Kompetenzentwicklung identifiziert und überwunden werden. Engpässe sind kybernetisch wirkungsvolle Punkte, an denen zentrale Probleme gelöst werden. (Friedrich/Malik/Seiwert, 2014, S. 26) Kompetenzen können nur dort entwickelt werden, wo es Sinn macht, wo es Freiräume (Autonomie) gibt und ein angstfreies, menschliches Miteinander herrscht, in dem auch Neues ausprobiert werden kann (Partizipation). Eine solche Umgebungsgestaltung ist Führungssache.

Baustelle 8: Die „Basic Needs“ der Kompetenz-, Autonomie-, Partizipations- und Sinnerfahrung entfalten sich im Rahmen eines zirkulären Geschehens.

Der Schlüssel zur Qualität

Sie ist ein Qualitäts-Fan und hat Standards entwickelt, strukturiert und alle Pflegehandlungen auf Papier abgebildet. Doch dann lernte Elisabeth Nachreiner Kinaesthetics kennen und bemerkte: Auf dem Papier fehlt der Mensch.

Erste Führungserfahrung. Als ich im Jahr 2000 meine Weiterbildung zur Stationsleiterin begann, hatte ich noch wenig Ahnung davon, was auf mich zukommt und wie ich die kommenden Anforderungen gestalten kann.

Soviel war sicher: Ich wollte Verantwortung übernehmen, gestalten können, ein Mitspracherecht haben. Ich wollte auch ein Bindeglied zwischen meinen KollegInnen und Vorgesetzten, mehr noch eine Interessenvertretung zwischen den Parteien sein. Auch während meiner Weiterbildung veränderte sich dieses Bild nicht.

Eine liebe Kollegin schenkte mir das Buch „Was die PDL wissen muss“ (PDL: Pflegedienstleitung). Ich habe es gelesen. Es geht darin um Gesetze und Verordnungen, allgemeine Regelungen bzgl. Dokumentation, Abrechnung und im letzten Kapitel um Qualität.

Das Kapitel über Qualität interessierte mich besonders, denn ich hatte schon immer den Anspruch, dass gute Qualität nicht reicht.

Was bedeutet Qualität? Was bedeutet Qualität und wie kann ich sie erreichen? Das war die große Frage. Ich orientierte mich an diversen Definitionen: „Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“, so die Definition nach DIN ISO 8402. Oder: „Pflegerqualität ist der Grad an Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem erreichten Erfolg in der Pflege“ (Schiemann 1990, Zitat nach Giebing, 1996, S. 12), aber auch an weiteren Aussagen wie:

- Qualität ist, wenn die KundIn wiederkommt, nicht das Produkt.
- Qualität ist, wenn alles funktioniert.
- Qualität muss messbar sein.
- Qualität braucht motivierte MitarbeiterInnen.
- Qualität ist das Anständige. (Theodor Heuss)
- Qualität ist das Erste und das Wichtigste. (Ishikawa)

Hinein ins Qualitätsmanagement. Nun, das war die Ausgangslage. Ich brauchte ein Instrument,

um beste Qualität zu erreichen. Wir bauten in unserer Klinik ein Qualitätsmanagement auf.

Mein Thema! Ich wollte mitwirken, wollte mich einbringen. Ich schrieb alle Prozesse auf, erstellte Standards, Checklisten, Formulare und ordnete alles in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Mehr noch: Die Prozesse sollten transparent nach außen sichtbar sein. Ziele und Werte sollten definiert werden und allen Beteiligten bekannt sein, um sich an der Umsetzung aktiv beteiligen zu können. Ich sah mich als Vordenker und die MitarbeiterInnen sollten die Vorgaben ausführen und der Prozessbeschreibung folgen, frei nach dem begründeten Prinzip von Frederick W. Taylor zur Prozesssteuerung von Arbeitsabläufen, auch Taylorismus genannt. Ich hatte nur nicht damit gerechnet, dass ich es mit Menschen zu tun habe.

Ich hatte Prozessbeschreibungen für alle möglichen Abläufe entwickelt. Ich legte z. B. fest, wann und wie die PatientIn nach einer Operation mobilisiert werden soll. Der Ablauf sollte von allen MitarbeiterInnen auf die gleiche Art und Weise durchgeführt werden, sodass die PatientIn sich darauf einstellen kann. Dies gelang bei einigen PatientInnen ganz gut, bei anderen aber mussten wir uns furchtbar anstrengen. Meine Annahme war, dass manche PatientInnen einfach nur furchtbar steif sind. Niemand dachte daran, dass es vielleicht an unserer Unterstützungsqualität liegen könnte, wenn die PatientInnen Schmerzen hatten.

Ich erstellte „Lagerungspläne“ als Vorlage für meine KollegInnen, um sicherzustellen, dass unsere PatientInnen keine Druckgeschwüre bekommen. In diesen Plänen wurde festgelegt, wann welche Position eingenommen werden muss: Rückenlage, rechte Seite, linke Seite, usw.

Es entstanden Ablaufstandards zur Grundpflege, Behandlungspflege und zu allen erdenklichen Prophylaxen; ich wollte sicher sein, dass niemand einen Fehler macht. Ich weiß gar nicht, ob die KollegInnen heute überhaupt noch wissen, was alles geregelt war und was alles in diesen Dokumenten gestanden hat. Was für ein Wahnsinn!

So war ich 5 Jahre lang damit beschäftigt, Prozesse zu überprüfen, anzupassen und auszuwer-

ten. Ich versuchte alles zu messen, zu vergleichen – und am Ende hatte ich einen Stapel Papier. Mein Verwaltungsleiter war zufrieden, ich nicht.

Der Faktor Mensch. Ich war verzweifelt, weil es immer wieder zu Abweichungen kam, was die Übereinstimmung der Prozessbeschreibung mit der Realität betraf. Damals konnte ich mir nicht erklären, warum eine Prozessbeschreibung einerseits zur Darstellung der Komplexität verschiedener Abläufe nicht ausreicht und andererseits nicht die gewünschte Wirkung bringt, warum jeder Mensch unterschiedlich auf die gleiche Maßnahme reagiert. Heinz von Foerster beschrieb die Unvorhersehbarkeit von menschlichem Verhalten mit seiner Unterscheidung zwischen trivialen und nicht-trivialen Maschinen: Bei trivialen Maschinen ist klar, welches Ergebnis bei einer bestimmten Eingabe erfolgt. Bei nicht-trivialen Maschinen ist die Situation viel komplizierter. Es ist eben nicht klar, welche Wirkung eine bestimmte Eingabe hat. Und so ist es auch beim Menschen. Es kommt auf sehr viele Umstände an, so z. B. in welcher Situation sich der Mensch befindet, aber auch wie ihm bestimmte Sachverhalte vermittelt werden und wie er sich mit seinem Erfahrungshintergrund daran anpassen kann. (vgl. Margraf; Schneider 2009, S. 53)

Durch Kinaesthetics habe ich gelernt, dass jeder Mensch ein autonomes selbstregulierendes Wesen ist. Heute ist mir klar, dass die Wirkung nicht in der Maßnahme liegt, sondern in der individuellen Anpassung der Menschen. Aber wie schaffe ich es dann, für Qualität zu sorgen?

Motivieren reicht nicht. Ishikawa, der Vater des gruppenorientierten Konzepts des Qualitätszirkels, sagte: „Man kann Mitarbeiter nicht zwingen, 10 % mehr zu arbeiten, aber man kann sie dazu motivieren, 20 % besser zu arbeiten.“ (in: König 2007, S. 257) Der Mensch trägt eine Vielzahl von Motiven mit sich. Das Ausmaß der Motivation variiert aber von Mensch zu Mensch sehr stark. Diese Motive haben Konsequenzen für eine Organisation. Meine Aufgabe als Führungskraft sehe ich darin, die Umgebung so zu beeinflussen, dass die einzelnen Menschen es schaffen, einen Sinn in ihrer Arbeit zu sehen, um so die Arbeit bedeutungsvoll werden zu lassen. (vgl. Pfläging 2013, S. 24)

Begegnung mit Kinaesthetics. 2006 machte ich einen Grundkurs „Kinaesthetics in der Pflege“, denn ich hatte Probleme mit meinem Bewegungsapparat und dieser Kurs versprach Hilfe. Außerdem hatte ich eine Kollegin beobachtet, die bereits an einem Kinaesthetics-Kurs teilgenommen hatte und dachte bei mir, dass das nicht schlecht ist, wie sie das macht. Schnell war ich davon überzeugt, dass Kinaesthetics meinen Pflegealltag erleichtern wird. Der Aufbaukurs bestätigte dies.

Als ich dann 2009 als Verantwortliche Pflegefachkraft von der Klinik in die Altenpflege wechselte, stellte sich wieder die Frage nach der Qualität: Wie können wir unser Leitbild, unsere Werte und Ansprüche umsetzen und Transparenz schaffen? Wir wollten die Grundsätze des Bayerischen Roten Kreuzes realisieren: Menschlichkeit, Universalität, Unabhängigkeit, aber auch Individualität und Professionalität. Kinaesthetics konnte einiges bieten, das wusste ich. Immer wieder beobachtete ich, dass Menschen gehoben wurden und die MitarbeiterInnen dies durch „gute Teamarbeit“ zu kompensieren versuchten. Anfangs wollte ich nur „ein paar Kurse“ für einige MitarbeiterInnen durchführen lassen. Heute bin ich dankbar für die damaligen Einwände von Andreas Kössler, einem Kinaesthetics-Trainer, den ich aus der Klinik kannte. Er gab zu bedenken, dass Schulungen, die nach dem „Gießkannen-Prinzip“ durchgeführt werden, wenig Wirkung zeigen. Wie recht er damit hatte!

Das Bildungsprojekt. 2011 begannen wir in meiner neuen Einrichtung ein Bildungsprojekt „Kinaesthetics in der Pflege“. Alle MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung machten einen Grund- und Aufbaukurs. Wir ließen Peer-TutorInnen und TrainerInnen ausbilden, um die Nachhaltigkeit sicherstellen zu können.

Das Projekt fand 2013 seinen Abschluss (vgl. lq 03/2013). In dieser Zeit fand in unseren Köpfen eine große Veränderung unserer Vorstellungen von professionellem pflegerischem Handeln statt. Die Projekt-Auswertung durch Kinaesthetics Deutschland konnte nur einen Bruchteil davon abbilden.

Verändertes Qualitätsverständnis. Der Qualitätsgedanke war ein völlig neuer. Wir stellten fest, dass es keine Standards braucht, sondern dass wir viabel handeln, uns an die jeweilige Situ-





ation anpassen müssen. „Handlungen, Begriffe und begriffliche Operationen sind dann viabel, wenn sie zu den Zwecken oder Beschreibungen passen, für die wir sie benutzen“. (v. Glasersfeld 1997, S. 43) Es nützt nichts, Prozesse zu beschreiben, weil es sowieso anders kommt. Wir brauchen die Kompetenz, jeden Tag die Unterstützungen geben zu können, die im Moment erforderlich sind – nicht mehr und nicht weniger.

Der Schlüssel zur Qualität ist die eigene Wahrnehmung, die Verfeinerung der Sensibilität. Es braucht Bewegungskompetenz und keine Stan-

dards. Wir müssen variieren können und unseren Gestaltungsspielraum ständig erweitern. Da hilft uns keine Prozessbeschreibung. Wir müssen auf die Qualität der eigenen Bewegung achten und dadurch unser Verhalten anpassen, um die komplexen Herausforderungen zielführend bewältigen zu können.

Seitdem sind wieder 2 Jahre vergangen und mir wird immer klarer, welches Potenzial hinter Kinaesthetics steckt. Es gibt mir als Führungskraft die Möglichkeit, einen tiefen Einblick in die tägliche Versorgung unserer Heimbewohner zu

Elisabeth Nachreiner in einer Coaching-Situation. Die Kompetenzentwicklung der MitarbeiterInnen ist die Hauptaufgabe der Führungsebene.



bekommen. Niemals hätte ich es für möglich gehalten, dass es als Führungsinstrument so wertvoll und mittlerweile unverzichtbar für mich werden könnte.

Als Kinaesthetics-TrainerIn Stufe 2 gebe ich Grundkurse für die neuen MitarbeiterInnen sowie regelmäßige Workshops mit Fallbeispielen und zu geplanten Projekten für die KollegInnen der Betreuung und Pflege. Im Rahmen der Pflegevisiten kann ich Situationen und Aktivitäten mit den KollegInnen anhand des Konzeptrasters analysieren und dadurch den Entwicklungsprozess der HeimbewohnerIn darstellen. Eine Dokumentation mit Videoclips ist hier sehr hilfreich.

Mittlerweile nutze ich auch mein kinästhetisches Sinnessystem und meine Bewegungskompetenz zur Personalentwicklung und Auswahl von BewerberInnen. Dabei ist mir bewusst, dass

meine Position als Führungskraft einen Einfluss auf das Interaktionsverhalten der KollegIn hat. Hier versuche ich die Aufmerksamkeit auf einen gemeinsamen Lernprozess zu lenken.

Bewegungskompetenz – der Schlüssel zur Qualität. Bewegungskompetenz ist das Kernthema für die Gesundheitsentwicklung der MitarbeiterInnen und der zu Pflegenden. Die tägliche Unterstützungsleistung hat eine unmittelbare Wirkung auf alle Beteiligten. Wenn es gelingt, dass die Gepflegten die Aktivitäten selbst mitgestalten und in ihrer eigenen Bewegung nachvollziehen können, entsteht ein Lernprozess in die Richtung von mehr Möglichkeiten. Dadurch kann man ihre grundsätzlichen Einschränkungen nicht beseiti-



Da ich ja doch ein Kind der ISO, der internationalen Organisation für Normung, bin, möchte ich zum Schluss doch noch ein paar Zahlen anführen, die meiner Meinung nach sehr wohl Kennzahlen sein können, mit denen Qualität gemessen werden kann:

Krankentage der MitarbeiterInnen. Obwohl 40 % der MitarbeiterInnen älter sind als 50 Jahre, verzeichnet die Institution nur 3,1 % Ausfälle durch Krankheit. Im Landesdurchschnitt dieser Branche (Pflegeheime) sind nur 30 % der Mitarbeitenden älter als 50 Jahre. Die Krankenquote liegt durchschnittlich bei über 6 % (Auswertung der Krankenkasse AOK Bayern von 2013 bei 75 % der Versicherten). Eine interne Umfrage bei den MitarbeiterInnen hat ergeben, dass sich ein Großteil vorstellen kann, bis zum Pensionsalter und auch darüber hinaus im Pflegeberuf tätig zu sein. Sie erleben, dass Pflege keine körperliche Schwerstarbeit mehr ist.

Mobilität der HeimbewohnerInnen. Während und nach dem Bildungsprojekt konnte festgestellt werden, dass unsere HeimbewohnerInnen mobiler wurden. Das wirkte sich anfänglich auf die Anzahl der Stürze aus, die zunahm. Allerdings verringerten sich gleichzeitig die verletzungsbedingten Sturzfolgen. Die Anzahl der BewohnerInnen, die nach einem Sturz zur Nachbehandlung ins Krankenhaus mussten, reduzierte sich um 50 %: Sie haben gelernt zu stürzen! Inzwischen ist es so, dass auch die Anzahl der gestürzten HeimbewohnerInnen rückläufig ist. Die medizinisch zu behandelnden Sturzfolgen haben sich auf dem tiefen Niveau stabilisiert.

Verbesserung der Lebensqualität. Durch die Verbesserung der Bewegungskompetenz der MitarbeiterInnen wie auch der HeimbewohnerInnen kann die Institution seit dem Jahr 2013 auf freiheitsentziehende Maßnahmen verzichten. Zum Vergleich gibt es im Landkreis Cham 23 Pflegeeinrichtungen, in denen ca. 1250 pflegebedürftige Menschen versorgt werden (Stand 1.7.2014). In diesen Pflegeeinrichtungen gibt es laut Auskunft der Betreuungsstelle ca. 259 Menschen (20,7 % mit Beschlüssen für freiheitsentziehende Maßnahmen. Zusätzlich kann eine Reduktion von Schmerzmitteln und Psychopharmaka (Sedativa, Antidepressiva) nachgewiesen werden. Diese Reduktion ist auf die höhere Autonomie und Selbstständigkeit der Menschen zurückzuführen.



Die Autorin:

Elisabeth Nachreiner ist von Beruf examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und Kinaesthetics-Trainerin Stufe 2. Sie arbeitet als Verantwortliche Pflegefachkraft im BRK Pflegezentrum in Furth im Wald.

gen. Man kann aber einen Beitrag dazu leisten, dass sie lernen, ihr vorhandenes Potenzial auszuschöpfen. Dadurch nimmt ihre Selbstständigkeit zu und der Pflege- und Unterstützungsbedarf verringert sich. Die MitarbeiterInnen erfahren: „Ich bin kompetent!“, die BewohnerInnen: „Ich kann selbst noch vieles tun“. Dieser Zuwachs an Lebensqualität führt bei allen Beteiligten zu Motivation und Selbstvertrauen.

Die Fähigkeit und die Kompetenz der MitarbeiterInnen ist der Schlüssel zu bester Ergebnisqualität. Dadurch kann erreicht werden, dass Verantwortung übernommen wird und in jeder Situation ein passendes Angebot für pflegebedürftige Menschen erfolgt. Einerseits müssen die MitarbeiterInnen alles hinterfragen dürfen, andererseits ist es von enormer Bedeutung, dass wir erklären können, warum und wie wir welche Unterstützungsleistung anbieten. Damit ist die Sinn-/Zweckfrage beantwortet, um Motivation zu verstärken. Für die Führungskräfte bedeutet dies, dass Verantwortung abgegeben werden muss oder kann. Vertrauen ist hier gefragt. Dadurch entsteht bedeutungsvolle Arbeit für jeden Einzelnen. Ich habe als Leiterin einer Organisation erkannt, dass ich weder Papier noch MitarbeiterInnen managen muss. Oder wie einst der Management-Übervater Peter Drucker schrieb: „90 % der Praktiken, die wir Management nennen, würden weiter nichts bewirken, als Menschen von ihrer Arbeit aufzuhalten.“ (in: Pfläging 2013, S. 24)

Kinaesthetics als Führungsinstrument. Mit Kinaesthetics kann die MitarbeiterIn ihren Entwicklungsprozess gestalten. Das Kinaesthetics-Instrument der „Spirale des Lernens“ ist hier das Mittel der Wahl; die Analyse und die Reflexion ihres Tuns lenken die Aufmerksamkeit der MitarbeiterIn hin zu ihrem Lern- und Entwicklungspotenzial und weg vom Versuch, Probleme zu lösen. Nach dem Motto von Milton Erickson: „Wenn du mit einem schwierigen Problem zu tun hast, mach daraus ein interessantes Muster, dann kannst du dich auf das interessante Muster konzentrieren und die mörderische Arbeit dabei außer Acht lassen.“ (in: Rosen 2013, S. 38) Meine Achtsamkeit liegt dabei darauf, für die MitarbeiterInnen eine Lernumgebung zu gestalten, in der Entwicklung möglich ist. Ich bringe nicht die Lösung, sondern wir arbeiten gemeinsam an vielen Möglichkeiten. Das Klischee, der Anspruch an mich als Führungskraft, dass ich wissen muss, wie's geht, ist nicht relevant. Es verbindet mich

mit meinen KollegInnen, dass wir alle – egal ob Hilfskraft, BetreuungsassistentIn oder Fachkraft – im gleichen Boot sitzen und die Potenziale ausloten.

Die Organisation muss in Kurse „Kinaesthetics in der Pflege“ investieren, damit wir wieder lernen, unsere eigene Bewegung bewusst wahrzunehmen. Das wird die Welt verändern!

Wir müssen MitarbeiterInnen nicht motivieren, wir müssen ihnen das notwendige Wissen zur Verfügung stellen und passende Rahmenbedingungen schaffen, nur dann bekommen wir Qualität. Wir müssen uns als Lernende und den pflegebedürftigen Menschen als gleichwertige LernpartnerIn verstehen – erst dann können wir von professioneller Pflege und wertschätzendem Umgang miteinander sprechen.

Literatur:

- > **Rosen, M. H. (Hrsg.) (2013):** Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Herausgegeben und kommentiert von Sidney Rosen. 10. Auflage. iskopress, Salzhausen.
- > **Schiemann, D. (1990):** Grundsätzliches zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 7/90, S. 526–529.
- > **König, J. (2007):** Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH, Hannover.
- > **Pfläging, N. (2013):** Organisation für Komplexität. Wie Arbeit wieder lebendig wird – und Höchstleistung entsteht. Redline Verlag, München.
- > **Margraf, J.; Schneider, S. (Hrsg.) (2009):** Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- > **von Glasersfeld, E. (1997):** Radikaler Konstruktivismus. suhrkamp taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt a. M.

