

Qualität als das Andere der Quantität: Wie bildet sich «Sinn für Qualität»?

Erster von drei Teilen

Philipp Stoellger¹

Qualität ist nicht Quantität. Das weiss jeder Mensch – und jeder Arzt. Qualität zu quantifizieren, ist der Mainstream von Industrie, Politik, Management und Evaluationen. Daran leidet der Arzt wie der Patient. Diesem Leiden an der Quantifizierung kann geholfen werden: mit «Sinn für Qualität». Dieser ist nicht durch Ausbildung allein zu haben, sondern durch Bildung und Erfahrung. Weil der Erfahrenste nicht immer der Beste ist, bedarf es auch der Nachdenklichkeit: mit Messer und Gabel darüber nachzudenken, was das genau ist, die Qualität.

La qualité et la quantité sont deux choses bien différentes, comme le sait tout un chacun – et tout médecin. Cependant, quantifier la qualité est une tendance dominante dans l'industrie, la politique, le management et les évaluations. Le médecin souffre de cette situation autant que le patient. On peut remédier à cette quantification en développant le «sens de la qualité». Celui-ci peut s'apprendre mais il doit aussi être acquis à l'aide de culture et d'expérience. Comme l'expérience la plus grande n'est pas forcément la meilleure, il faut encore s'attaquer à la réflexion suivante: qu'est-ce c'est exactement, la qualité?

*«Die Kunst des Arztes besteht darin,
den Kranken so lange zu amüsieren,
bis die Natur ihn geheilt hat.»*

Voltaire

Als Theologe und Hermeneut etwas zur Qualität zu sagen mit Blick auf die Medizin, ist so heikel, dass es für jeden Mediziner vorab manch gute Gründe geben dürfte, den ganzen Versuch zurückzuweisen. Aber da Irritationen gelegentlich auch produktiv werden können, wäre vielleicht nicht die schlechteste aller Möglichkeiten, sich das Folgende gefallen zu lassen und zu schauen, ob es die eine oder andere Anregung bieten kann.

Es gehört zu den Segnungen der Reflexion, von etwas reden zu können, ohne es gleich sein zu müssen – auch in Fragen der Qualität. In diesem Sinne sei im folgenden versucht, auf die mir zugespielte Frage nach Sinn und Bedeutung von «Qualität» Antwort zu geben. Nicht weil ich im Besitz von Antworten wäre, die ich Ihnen als Geheimwissen meiner Zunft zu offenbaren hätte, sondern um Ihnen die eine oder andere Unterscheidung zur Hand zu geben, mit der Sie Ihre Frage vielleicht genauer bearbeiten können. Wenn es gut geht, wäre das ein Beitrag zur Qualität der Arbeit an der Qualität – nach dem Motto, es könnte sich lohnen «mit Messer und Gabel zu denken».

Einleitung

Qualitätsprobleme

Anfang April 2005 ging kurz und folgenlos eine bemerkenswerte Meldung durch die Medien²: Forscher des amerikanischen «Institute of Medicine» haben herausgefunden, dass in den USA jährlich ca. 98000 Menschen an Fehlern bei ihrem Krankenhausaufenthalt sterben. Studien aus England und Australien hätten ergeben, dass zwischen 12 und 16% aller Klinikpatienten bei ihrer Behandlung «ein unerwünschtes Ereignis widerfährt». An Kunst- und Behandlungsfehlern im Krankenhaus zu sterben, gehöre zu den zehn häufigsten Todesarten – noch vor Aids und Brustkrebs.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Prof. Dr. Matthias Rothmund, meinte (ohne dass es für Deutschland gesicherte Zahlen gibt): Jede Woche werden in Deutschland 122000 Menschen operiert. Wenn zu 99% alles richtig gemacht wird, dann heisst das, dass wöchentlich bei

¹ Nach einem Referat anlässlich des Kaderseminars der SGAM auf dem Bürgenstock, 29.4.2005.

² Vgl. <http://www.sueddeutsche.de/wissen/artikel/566/50516/>: 4.4.2005, Mehr Tote durch Ärztepusch als im Strassenverkehr.

1200 Patienten Operations- oder Behandlungsfehler gemacht werden. Kunstfehler kosten mehr Menschenleben als der Strassenverkehr. Ca. 6700 Menschen sterben jährlich in Deutschland durch Auto-unfälle. Noch mehr Tote gibt es jedes Jahr durch ärztliche Kunstfehler und Behandlungsfehler im Krankenhaus.³ Das Risiko, eine schwere oder tödliche Komplikation zu erleiden, liege im Krankenhaus bei 1 : 200, im Luftverkehr dagegen bei 1 : 2000000.

Antworten auf das Qualitätsproblem

Nun wird man aufgrund dieser Zahlen einen Patienten wohl kaum auf eine Fernreise schicken, statt ihn ins Krankenhaus zu überweisen. Aber die Zahlen stimmen doch einigermaßen nachdenklich. Wer mag sich da noch in die Hände der Ärzte begeben. Nicht nur vor Gericht und auf hoher See scheint man in Gottes Hand zu sein.

Was soll man auf diese Zahlen antworten?

1. Rothermund meinte, in Deutschland gebe es «eine Politik des Schweigens». Über Fehler müsse im Sinne einer «Fehlerkultur» geredet werden, damit sie in Zukunft vermieden werden können.⁴ Ärzte müssten die Möglichkeit – und wohl auch die Fähigkeit – haben, offen Fehler eingestehen zu können. Zugleich aber gelte es auch, die Patientenrechte zu stärken.
2. Viele Fehler liessen sich vermeiden, indem Chirurgen ihre handwerklichen Fähigkeiten besser trainieren, bevor sie Patienten operieren.
3. Verwechslungen von Namen, Medikamenten oder der richtigen Dosis könne man vermeiden, wenn man anstelle der oft schwer leserlichen Handnotizen bei der Visite «Laptops am Krankenbett» einsetzte.
4. Ferner müsse die Fort- und Weiterbildung besser kontrolliert und effizienter werden.
5. Ärzte wie Personal dürften nicht überlastet werden: «Das kostet Geld», betonte der Chirurgen-Präsident.

Die Therapie des Qualitätsproblems ist nachvollziehbar: Verschrieben werden Thematisierung, Training, Effizienzsteigerung, Kontrolle (statt Vertrauen) und schliesslich das Recht als Ultima ratio.

Therapie vor Diagnose?

Die vorgeschlagenen «Medikamente» sind nicht besonders spezifisch – und wie zu erwarten auch nicht frei von Risiken und Nebenwirkungen. Dasselbe könnte auch einer Firma oder einer Universität verschrieben werden, um die Qualität des Betriebs zu steigern. Die Therapievorschläge kommen auch erstaunlich schnell. Jedenfalls kommen sie der eingehenden Diagnose *zuvor*. Das ist einigermaßen ungewöhnlich. Ein Arzt jedenfalls würde so wohl kaum

mit seinen Patienten umgehen. Täte er es, gäbe es sicherlich ein «Qualitätsproblem».

Bemerkenswert ist die *Quelle* der Krisendiagnose: Eine *Fehlerstatistik*. Lassen sich mit statistischen Mitteln Krankheiten *diagnostizieren*? Was Zahlen zeigen können, sind interpretierbare Korrelationen, genauer gesagt: Konditionalverhältnisse (wenn ..., dann ... – wie das zusammenhängt, ist eine offene Frage), keine Kausalrelationen (*weil* dies, dann das). Zahlen einer Statistik können einen Hinweis geben, *dass* etwas nicht in Ordnung ist, aber ersetzen keine Diagnose.

Das Problem scheint mir diesseits der konkreten Qualitätsprobleme darin zu bestehen, dass für so komplexe Organismen wie ein Gesundheitssystem oder auch das Wissenschaftssystem keine etablierten *Diagnostika* zur Verfügung stehen. Wie soll man hier den Puls messen, die Blutwerte kontrollieren oder die Reflexe prüfen? Wenn man überlegt, wie lange es dauerte, bis man für die heute diagnostizierbaren Krankheiten des Menschen zuverlässige Diagnostika entwickelt hatte, wie lange dürfte das dann für hoch komplexe kulturelle «Organismen» dauern? Wer entwickelt die, und gibt es entsprechende Feldversuche? Das den Statistikern zu überlassen, wäre jedenfalls so, als würde man die Kranken zählen, statt sie zu untersuchen.

Kontrolle und Verrechtlichung?

Als *Diagnostikum* dienen dem Chirurgenpräsidenten Elemente der derzeit so erstaunlich florierenden Evaluationspraxis: Professionalisierung, Ausdifferenzierung, Spezialisierung, Fortbildung, Kommunikation über Probleme, Kontrollmechanismen etc. Im Grenzwert und als harter Rahmen dient die *Verrechtlichung* (Patienten- und Ärzterechte).

Letzteres scheint ein *Mainstream* der «Krisenbewältigung» und Problembearbeitung zu sein, die «ultima ratio» soweit ich sehe in allen Bereichen unserer Kultur. Überall, wo der tragende Konsens erodiert, «das Universum an Selbstverständlichkeiten» (wie Husserl die «Lebenswelt» nannte), treten explizite Regeln an die Stelle dessen. Da Regeln aber nur eingehalten werden, wenn sie überwacht und sank-

3 Am Rande des Chirurgenkongresses, der vom 5. bis 8. April 2005 im Kongresszentrum ICM in München stattfand, sagte Rothmund, dass das Thema Ärztepfusch in Deutschland bisher unter den Teppich gekehrt werde. Um dem entgegen zu wirken, steht der diesjährige Kongress unter dem Motto «Patientensicherheit».

4 «Wir dürfen Fehler nicht mehr unter den Teppich kehren und so tun, als wenn keine passieren würden.» Es seien vor allem die kleineren, aber oft verhängnisvollen Fehler, die leicht vermieden werden könnten, wie Verwechslung von Namen der Patienten oder Verwechslung von Medikamenten.

tioniert werden, braucht es letztlich eine *rechtliche* Regelung mit den riskanten Nebenwirkungen von «Überwachen und Strafen». Kurz gesagt: *Was sich nicht mehr von selbst versteht, wird rechtlich geregelt.* Das führt zu einer ungeheuren – mir jedenfalls nicht ganz geheuren – Regelungswut. Die EU ist ein groteskes Beispiel dafür, nicht nur mit ihren Nahrungsmittelnormierungen. Alles zu regeln, um überall dieselben Standards zu haben zur vermeintlichen «Qualitätskontrolle», soll zur Vergleichbarkeit, Durchlässigkeit, Transparenz und «Vereinigung» führen – aber es führt zu einem Kontrollwahn mit ständigen Problemen der Koordinierung.

Steigerung der Kontrolle ist m.E. kontraproduktiv. Die derzeit grassierende Studienreform à la bolognaise ist ein Beispiel dafür. Wenn man alles mit einer Ordnung regeln will, führt das zu unendlichen Regelungsproblemen. Einen überall geltenden «Bildungseuro» einzuführen und jeder Fakultät das Münzprägerecht zu überlassen, führt zu Konvertibilitätsproblemen und Inflationserscheinungen. Der Blick für die Phänomene wie das gesunde Augenmaß und Ermessensspielräume gehen dann ebenso verloren wie das Spiel von Vertrauen und intrinsischer Motivation. Seitens der Ökonomie würde man von einem Raubbau am «Sozialkapital» sprechen. Wenn auf Kontrolle vor Vertrauen gesetzt wird, macht sich die Voraussetzung dieser Einstellung selbständig: Der Erosion von Selbstverständlichkeiten und Motivationen, auf die man sich verlassen kann, wird mit der Regel von Kontrolle und Misstrauen Vorschub geleistet.

Im Blick auf die Kultur, in der wir leben, sollte man sich fragen: Wollen wir das? Wollen wir eine Kultur, in der möglichst alles rechtlich geregelt und einklagbar ist? Patientenrecht ist gut und recht – aber ist der Ruf danach nicht eher eine Problemanzeige? Vertrauen ist gut und schön, aber Kontrolle ist besser – kann das ein Grundsatz der Qualität sein? Qualitätskontrolle statt -vertrauen? An der Differenz zeigt sich, dass die Kontrollmechanismen ein Anzeichen sind für den Verlust dessen, was «eigentlich» selbstverständlich sein sollte. Und je mehr Kontrolle, desto weniger wird man sich auf das Vertrauen verlassen. Das Therapeutikum der Qualitätskontrolle könnte auch die Krankheit verschlimmern.

Ein Effekt von Kontrollen ist, dass sie zur «Produktion nach Vorschrift» führen, etwa «Dienst nach Vorschrift» – und das ist in den meisten Zusammenhängen faktisch *weniger* (quantitativ wie qualitativ), als *ohne* die Kontrolle geleistet würde. Für Motivation, Einstellung und Kommunikation ist Kontrolle in der Regel kontraproduktiv. Kontrolle dient bestenfalls dazu, Probleme zu entdecken, aber keineswegs, sie zu beheben, und erst recht nicht, die Qualität zu ver-

bessern. *Kontrollierte Qualität ist nicht gesicherte Qualität, sondern vor allem Qualität unter Verdacht.*

Morbus Evaluitis

Derzeit wird alles und jeder evaluiert in einer so epidemischen Breite, dass man geneigt sein könnte, von einem akuten *Morbus Evaluitis* zu sprechen.⁵ Morbus, weil dieses Diagnostikum selber kaum kontrollierbar ist. Hier kehrt die antike Frage wieder «*Quis enim custodiet custodes ipse?*» (Wer wacht über die Wächter?) – wer evaluiert die Evaluatoren?

Das drängendere Problem ist aber, ob Evaluationen etwas über die *Qualität* sagen können? Das wird gemeinhin unterstellt – seltsam selbstverständlich – aber ich jedenfalls habe bisher keine im Ernst so zu nennende *qualitätssensible* Evaluation kennen gelernt.

Um es am Beispiel der Wissenschaften zu verdeutlichen: Gemessen und bewertet werden die *Effizienz* (der Absolventenproduktion und der Kosten), *Zahl und Ort* von Publikationen (nach dubiosen Ratings der Organe), öffentliche *Resonanzen* (Auflagen, Zitationen) und das *Design*, die Oberfläche eines Instituts (oder einer Fakultät). Darauf beruht die öffentliche Wahrnehmung und Einschätzung, der zuliebe dann *Öffentlichkeitsarbeit* nötig ist, mit der möglichst eindrucksvoll zu präsentieren ist, was alles geleistet wurde.

Der implizite *Wirklichkeitsbegriff* dieser Evaluitis ist an der Sichtbarkeit für Aussenstehende orientiert: «Was nicht sichtbar ist (auch für Ahnungslose), *ist nicht*». Es gilt das Prinzip der *Visibilisierung*. Worüber sich nicht berichten lässt, was sich nicht Unkundigen zeigen lässt, ergo was nicht sichtbar wird, ist wie nicht gewesen.

Dahinter steht eine Hermeneutik des *Verdachts*, desjenigen Verdachts, der die Wissenschaften für einen modernen Priesterbetrug hält, solange sich nicht «an ihren Früchten» erkennen lässt, was sie nützt.

Quantität statt Qualität?

Im wesentlichen geht es in der Perspektive der Evaluitis um *Quantitäten*:

1. Um *Effizienz* in Kosten-Nutzen-Relationen – wobei die Definition der Nutzen das eigentliche Herrschaftsinstrument ist. Wer darüber entscheidet, entscheidet über das höchste Gut, sei es das des Gesundheitssystems oder das der Wissenschaft.
2. Um *Aussenwahrnehmung* bzw. Aussendarstellung – und das ist wohl oder übel eine Frage des «Scheins», des Anscheins, eine Frage des Designs.

⁵ Vgl. A. Koschorke, Wissenschaftsbetrieb als Wissenschaftsvernichtung. Einführung in die Paradoxologie des deutschen Hochschulwesens. In: Kimmich D, Thumfart A. (Hrsg.). Universität ohne Zukunft. Frankfurt a.M. 2004, 142–157.

Der Blick einer Evaluation ist der Blick eines Beobachters, von aussen, mit dem Ideal der Neutralität.

Gesehen wird, was sichtbar ist, was sich für aussenstehende Beobachter zeigen und darstellen lässt – und das ist *Quantität* als Index (Anzeichen) für das, was der Fall ist. Aber ob diese Anzeichen für die *Qualität* signifikant sind (geschweige denn valabel und reliabel), bleibt Interpretationssache.

Ein Beispiel der *quantitativen* Analyse von Qualitätsfragen verdeutlicht das Problem. An den Universitäten wird die Qualität eines Forschers bemessen nach Zitationsstatistiken und der Publikationszahl. So gesehen würde ein Bestseller zur Weltliteratur gehören. Da mag man noch so viel «literarisches Quartett» spielen, den Streit um Qualität wird man damit nicht beilegen können.

Evaluation als Diagnostikum und Therapeutikum?

Irritierend ist am so beliebten Diagnostikum der Evaluation, dass es nicht selten zugleich für ein *Therapeutikum* gehalten wird. Wenn man nur oft genug evaluiert, würde die Qualität schon besser werden. Das scheint der fromme Wunsch zu sein, den man sich einiges kosten lässt. Investiert wird auf diese Weise vor allem in die Kontrolle und das Design – nicht in das Vertrauen und die konkrete Arbeit. Und das scheint mir der Qualität nicht besonders zuträglich zu sein.

Krisendiagnostik kann nicht nur auf der statistischen bzw. sichtbaren Oberfläche bleiben, sondern wird das methodisch Ausgeblendete zu thematisieren haben. Methodisch ausgeblendet wird hier die Dimension der Qualität, die nur «von innen» wahrnehmbar ist, die nur von Betroffenen und Teilnehmern wahrgenommen wird.

Als vorbildlich gilt die möglichst neutrale Beobachterperspektive, und die leidet an professioneller Erblindung, oder zumindest an gravierender Sehschwäche – ohne dass es Augenärzte gäbe, die die Wahrnehmungsfähigkeit messen und korrigieren könnten. Zum Qualitätsbewusstsein gehört auch, sich nicht über die Qualität von Diagnosen zu täuschen, keine falschen Hoffnungen in deren Qualitätssensibilität zu setzen. Um Qualität zu «verbessern» bedarf es gründlicher Kritik – auch der Kritik an den Kontroll- und Evaluationsmitteln.

(Fortsetzung in der nächsten Nummer)

Dr. theol. Philipp Stoellger
Institut für Hermeneutik und Religionsphilosophie
Kirchgasse 9
CH-8001 Zürich
stollger@theol.unizh.ch