

# Qualität sichern – Qualität entwickeln!

Das **Qualitäts-Basis-Modul (QBM)** der VEDAG soll allen interessierten Hausärztinnen und Hausärzten einen einfachen Einstieg in das Thema Qualität ermöglichen und darüber hinaus einen Nachweis für die aktive Teilnahme an der Qualitätsentwicklung erbringen.

Wer freut sich nicht über gute Qualität? So hat der eine Leser kürzlich in einem Restaurant gut gegessen und von den Hygienevorschriften in der Küche profitiert; eine Leserin war vielleicht gerade in den Ferien und war froh, dass beim Flugzeug strenge und konsequente Sicherheits- und Routinechecks durchgeführt worden sind, und ein Dritter bewundert an seinem neuen Auto all die technischen Hilfsmittel, welche die Qualität des Fahrens und des Reisens positiv beeinflussen. Aber auch Ärger über die Qualität kennen wir alle, wie z. B. über den Abfall in den öffentlichen Verkehrsmitteln, das unfreundliche Personal in einem Restaurant oder die schlechte Bedienung in einem Geschäft. Qualität gehört zum Alltag, macht den Unterschied zwischen Gut und Schlecht aus und wird von uns immer wieder erwartet und erlebt.

In der Theorie werden viele unserer Erwartungen bezüglich einer Leistungserbringung der **Vertrauensqualität** zugeschrieben. Beim Essen vertrauen wir der Küchenmannschaft und beim Fliegen der Fluggesellschaft, beim Arzt den fachlichen Fähigkeiten. Wir haben oft keine Möglichkeit, unsere Erwartungen zu überprüfen, wissen möglicherweise, dass es dazu Vorschriften und Kontrollen gibt, kennen aber oft die Details nicht. Nebst der **Vertrauensqualität** beschreibt die Theorie die **Erfahrungsqualität**, zum Beispiel wenn ein Hotel oder ein Produkt von Kunden oder Konsumenten empfohlen wird. Dank Internet und Bewertungsportalen gewinnt dieser Bereich ständig an Bedeutung; viele von uns lesen vor den Ferien die Bewertungen anderer Touristen und beschreiben nachher die eigenen Erfahrungen auf der Plattform. Gibt es zu einem Produkt oder zu einer Dienstleistung genügend objektive Informationen, spricht man in der Theorie von der **Entscheidungsqualität**. So beschreibt die Pannenstatistik des TCS sachlich, wie oft ein Fahrzeugtyp die TCS-Pannenhilfe beanspruchen musste und welche Pannen wie oft aufgetreten sind. Da auch die Kaufpreise der entsprechenden Autos be-

kannt sind, hat der potentielle Käufer oder die Käuferin relativ viele objektive Entscheidungsgrundlagen für den Kauf eines Autos. Aber auch Testberichte aus einer Konsumentenzeitschrift bieten Unterstützung beim Kauf des besten Sonnenschutzmittels oder Mückensprays. Auch Qualitätslabel wie ISO sind nichts anderes als eine Zusammenfassung, ein Nachweis von Elementen der Erfahrungs- und Entscheidungsqualität. Theorie und Praxis sind sich einig, dass all die erwähnten Qualitätsdimensionen wichtig und richtig sind, aus Sicht der Leistungsempfänger jedoch die Erfahrungs- und Entscheidungsqualität im Zentrum stehen und diese Dimensionen auch im Fokus des Qualitätsmanagements stehen müssen. Qualität wird von uns also täglich erfahren und angewendet und gute Qualität wird immer geschätzt und gesucht. Gute Qualität macht die Leistungserbringer stolz und zufrieden und ganze Betriebe oder Berufsgruppen identifizieren sich über die geleistete Qualität und setzen alles daran, diese zu sichern oder zu entwickeln.

## **Schlechtes Qualitätsimage im Gesundheitswesen**

Erstaunlicherweise wird jedoch das Thema Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen völlig anders interpretiert. Der Begriff ist in gewissen Kreisen schon fast zum Schimpfwort geworden und Indikatoren, Befragungen und Messungen werden bekämpft und zerrissen. Widerstand gegenüber dem Qualitätsmanagement ist schon fast eine Ehrensache, und qualitätsorientierte Kollegen und Kolleginnen werden gerne als Anpasser im Sinne des vorausseilenden Gehorsams verurteilt. Qualitätskritiker verlangen vom Qualitätsmanagement zudem eine methodische Genauigkeit und eine Wissenschaftlichkeit, die sie selber nicht annähernd einhalten. Und die gleichen Kritiker schimpfen über den hohen Messaufwand und die sinnlose Bürokratie, welche notabene gerade wegen der verlangten methodischen Genauigkeit entsteht. Sicher ist in den letzten Jahren vieles schief oder falsch gelaufen. Qualität wurde missbraucht, um unter anderem betriebswirtschaftliche Interessen durchzusetzen. Auch haben sich einige Qualitätsexperten in der Theorie und Bürokratie verloren. Unter dem Namen der

Qualität wurden viele Worthülsen geboren, die Versicherungen haben viel verlangt und wenig geliefert. Es ist auch richtig, dass personenbezogene Dienstleistungen, d.h. die Arbeit am und mit dem Menschen, nicht mit der Herstellung eines Autos verglichen werden kann. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Thema und der betreffenden Literatur wäre spannend, sprengt jedoch den Rahmen und den Umfang dieses Artikels. Es kann jedoch auch an dieser Stelle festgehalten werden, dass sehr viele Leistungserbringer im Sozial- und Gesundheitswesen sehr wohl wissen, dass – unabhängig von den vorher aufgeführten Problemen –, sie und/oder ihre Organisation im Bereich der Qualität und des Qualitätsmanagements Defizite aufweisen und Verbesserungsbedarf und Verbesserungspotential bestehen. Das Rad der Zeit in Bezug auf die Anforderungen an gute Qualität und an ein Qualitätsmanagement lässt sich nicht mehr zurückdrehen und es ist eine alte Tatsache, dass Mitgestalten mehr bringt als destruktiver Widerstand. Oder anders ausgedrückt: Man kann über die Basler Fumoir-Affäre schmunzeln und die Eigenständigkeit der Basler loben, aber falsch und widerrechtlich ist das Konstrukt trotzdem und wird wohl kaum überleben.

## **Das Qualitäts-Basis-Modul (QBM)**

Es waren diese Erkenntnisse, welche vor ungefähr vier Jahren einige Hausärzte und Hausärztinnen dazu brachten, die Qualitätsfrage unter dem Motto «Von der Praxis für die Praxis» selber anzupacken. Der eingeschlagene Weg war nicht immer einfach und gradlinig, aber immer spannend und konstruktiv. Es wurden Indikatoren gesucht, welche entweder die Teilnehmenden für Qualitätsfragen sensibilisieren oder ihnen eine vertiefte Auseinandersetzung ermöglichen. Zusätzlich musste der Aufwand für die Erhebung der Daten überschaubar sein. Aus dieser Arbeit entstand das VEDAG-Qualitäts-Basis-Modul (QBM). Das QBM soll allen interessierten Hausärztinnen und Hausärzten einen einfachen Einstieg in das Thema Qualität ermöglichen und darüber hinaus einen Nachweis für die aktive Teilnahme an der Qualitätsentwicklung erbringen.

Das QBM ist ab Herbst 2012 für den Routinebetrieb einsatzbereit, nachdem es

mehrfach getestet und verbessert worden ist. Das übergeordnete Ziel des QBM ist es, einen zentralen Beitrag zur Sicherung einer hohen und stabilen Behandlungsqualität in der hausärztlichen Praxis sicherzustellen und zu entwickeln und dadurch einen Nutzenzuwachs für Patienten und Hausärzte zu erzielen.

Die weiteren Ziele des QBM sind:

- Den Hausärzten (Grundversorgern) anhand von Sensibilisierungsindikatoren einen Einstieg in qualitätsrelevante Themen zu ermöglichen.
- Die vertiefte Auseinandersetzung mit qualitätsrelevanten Themen anhand von ausgewählten Vertiefungsindikatoren zu ermöglichen.
- Das Auslösen von Verbesserungsmaßnahmen (Qualitätsentwicklung) aufgrund der erhobenen Daten zu unterstützen.

Die Bearbeitung der Indikatoren (Datenerhebung) erfolgt ausschliesslich über eine Online-Plattform und zwar zwei-

mal jährlich in einem Zeitraum von jeweils neun Wochen. In dieser Zeitperiode werden ausgewählte Kennzahlen erfasst. Befragt werden die Hausärztinnen und Hausärzte, die MPAs und einmal pro Jahr auch die Patientinnen und Patienten.

Das QBM ist in einem Konzept und dem dazugehörigen Stufenmodell umfassend beschrieben und ein Datenreglement stellt den richtigen Umgang mit den Daten sicher. Die Unterlagen sind auf der Homepage zum QBM [www.vedag-qbm.ch](http://www.vedag-qbm.ch) oder über die Demoversion abrufbar. Die Demoversion steht allen Interessierten ab Mitte August 2012 ebenfalls auf der Homepage QBM zur Verfügung, der Routinebetrieb startet im Oktober 2012.

Das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule (KPZ QM BFH) hat das Projekt seit Beginn als wissenschaftlicher Betreiber und Berater unterstützt. In dieser Funktion hat es die nötigen Expertenrunden durchgeführt, wo nötig Expertisen eingebracht

und vor allem die Online-Plattform entwickelt. In dieser Funktion wird das KPZ QM BFH auch den Routinebetrieb begleiten und die nötigen Supportleistungen zur Online-Plattform sicherstellen. Aus Sicht der KPZ QM BFH überzeugen beim QBM die konsequente Führerschaft und die vorbildhafte Motivation der involvierten Hausärztinnen und Hausärzte (Grundversorger), welche sich weder durch Rückschläge, Angriffe und/oder methodische Schwierigkeiten vom Weg abbringen liessen. In diesem Sinn ist das QBM weder Bürokratie noch Frustration, sondern einfach eine gute Grundlage, um sich mit dem Thema Qualität auseinanderzusetzen und wo nötig und sinnvoll Verbesserungen auszulösen, also ganz im Sinne des klassischen Qualitätsmanagements: Qualität sichern – Qualität entwickeln!

*Prof. Philipp Schneider, Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement, Berner Fachhochschule BFH, Bern  
philipp.schneider[at]bfh.ch / [www.qm.bfh.ch](http://www.qm.bfh.ch)*

## Sinnlose Wettbewerbe im Gesundheitswesen

**Qualität in der Medizin lässt sich nicht an bestimmten, messbaren Kennzahlen festmachen. Qualitativ gute Leistungen entstehen im Rahmen einer möglichst freien, stimulierenden Umgebung und nicht als künstlich inszenierte Wettbewerbe.**

Im Zuge einer zunehmenden Markt- und Wettbewerbsgläubigkeit wurde in den letzten Jahrzehnten damit begonnen, überall dort künstliche Wettbewerbe zu inszenieren, wo es keinen Markt gibt, um auch Bereiche wie Wissenschaft, Bildung oder das Gesundheitswesen auf Effizienz zu trimmen. Mit missionarischem Eifer werden auf diese Weise Leistungsanreize gesetzt, doch was dabei als Leistung herauskommt, ist in Wirklichkeit ein gigantischer Unsinn. Die künstlich inszenierten Wettbewerbe sorgen aber im Gegensatz zu einem funktionierenden Marktwettbewerb nicht dafür, dass die Produktion optimal auf die Bedürfnisse der Nachfrager angepasst ist. Nur wo Wettbewerb und Markt zusammenfallen und Marktwettbewerb herrscht, kann die von Adam Smith erstmals beschriebene «unsichtbare Hand» unter bestimmten Bedingungen über das Preissystem wirken und für Effizienz sorgen. Bei Wettbewerben ohne Markt ist das hingegen nicht

der Fall. Statt an den Bedürfnissen der Nachfrager orientieren sich die Produzenten eines Produktes oder einer Leistung an irgendwelchen Kennzahlen oder Indikatoren, die für den Erfolg im Wettbewerb massgebend sind. Die Ausrichtung an diesen Kennzahlen führt jedoch nicht zu Effizienz, sondern sorgt für perverse Anreize, die dann folgerichtig auch perverse Resultate ergeben.

Besonders gravierend sind die sinnlosen Wettbewerbe auch im Gesundheitswesen. Über lange Zeit wurden dort Ärztinnen und Ärzten einfach ihre Behandlungskosten von den Krankenkassen bezahlt und Spitäler wurden nach den von ihnen erbrachten Leistungen entschädigt. Ein solches System setzt allerdings keinen Anreiz, effizient zu arbeiten oder besonders qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen, da man seine Kosten ja unbeschränkt abrechnen kann und die Qualität der Leistung nicht berücksichtigt wird. Seit geraumer Zeit glaubt man deshalb auch hier, die neue, angebliche Wunderwaffe der künstlich inszenierten Wettbewerbe einsetzen zu können, um mehr Effizienz und bessere Qualität zu erzielen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist bereits erfolgt: die Einführung von Fallpauschalen, mit denen stationäre Behandlungen in Spitäl-

ern pauschal mit einem bestimmten Betrag abgegolten werden. Auf diese Weise wird indirekt ein Kostenwettbewerb zwischen den Spitälern in Gang gesetzt, der zu einer Senkung der durch Spitäler verursachten Gesundheitskosten im stationären Bereich führen sollte. In der Realität «sparen» die Spitäler jedoch vor allem auch dadurch, dass sie ihre Kosten zu Lasten der ambulanten Versorgung reduzieren, wo die Kosten dann entsprechend ansteigen. Und zudem versuchen sie, mit möglichst standardisierten Behandlungen und einer «Optimierung der Patientenportfolios» möglichst hohe Fallpauschalen herauszuholen.

Ein noch drastischerer Schritt in Richtung mehr Wettbewerb steckt bei uns noch in den Anfängen: das sogenannte Pay-for-Performance-Programm (P4P). Dabei geht es um eine leistungsorientierte Vergütung von Ärzten, die dann je nach Qualität ihrer Behandlungen mehr oder weniger Geld von den Krankenkassen bekommen werden. Solche Programme sind in den USA oder in England schon seit längerer Zeit eingeführt. In Deutschland steckt man zurzeit jedoch noch in einer Versuchsphase. Bei P4P soll die «Qualität» von ärztlichen Dienstleistungen mit Hilfe von Indikatoren und Zielparametern gemessen und dann auch