Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 91 (2020)
Heft: 3: Qualität : definieren, darstellen, messen

Artikel: Es gibt heute eine kaum überblickbare Zahl an Standards, Systemen und Zertifikaten : der Qualitätsmarkt boomt
Autor: Kirschner, Michael
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1032678

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.10.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Es gibt heute eine kaum überblickbare Zahl an Standards, Systemen und Zertifikaten

Der Qualitätsmarkt boomt

Ganz besonders bei Pflegeheimen wird es immer wichtiger, Qualität zu messen und transparent auszuweisen. Sei es, um eine Betriebsbewilligung zu erhalten, sich auf dem Markt zu behaupten oder neues Personal zu rekrutieren. Wohin führen diese Entwicklungen? Eine Analyse.

Von Michael Kirschner*

Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen umfasst die Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Seit gut 30 Jahren begleitet das Thema auch die Entwicklung von Dienstleistungen in der Langzeitpflege und -betreuung. Um den Anstieg der Nachfrage und in der Folge auch des Angebots an Dienstleistungen zu steuern, wurden die Effizienz und die Effektivität von Dienstleistungen durch neue Steuerungsmodelle erhöht. Dies führte dazu, dass der «Pflegemarkt» in der Schweiz geöffnet wurde. Neue gemeinnützige und kommerzielle Anbieter traten auf. Um gleiche Wettbewerbsbedingungen zu bieten, bedurfte es klarer Definitionen der gewünschten Dienstleistungen sowie erhöhter Transparenz und Kontrolle.

In der Qualitätswelt findet sich alles, von der Marke Eigenbau bis zur normierten Zertifizierung.

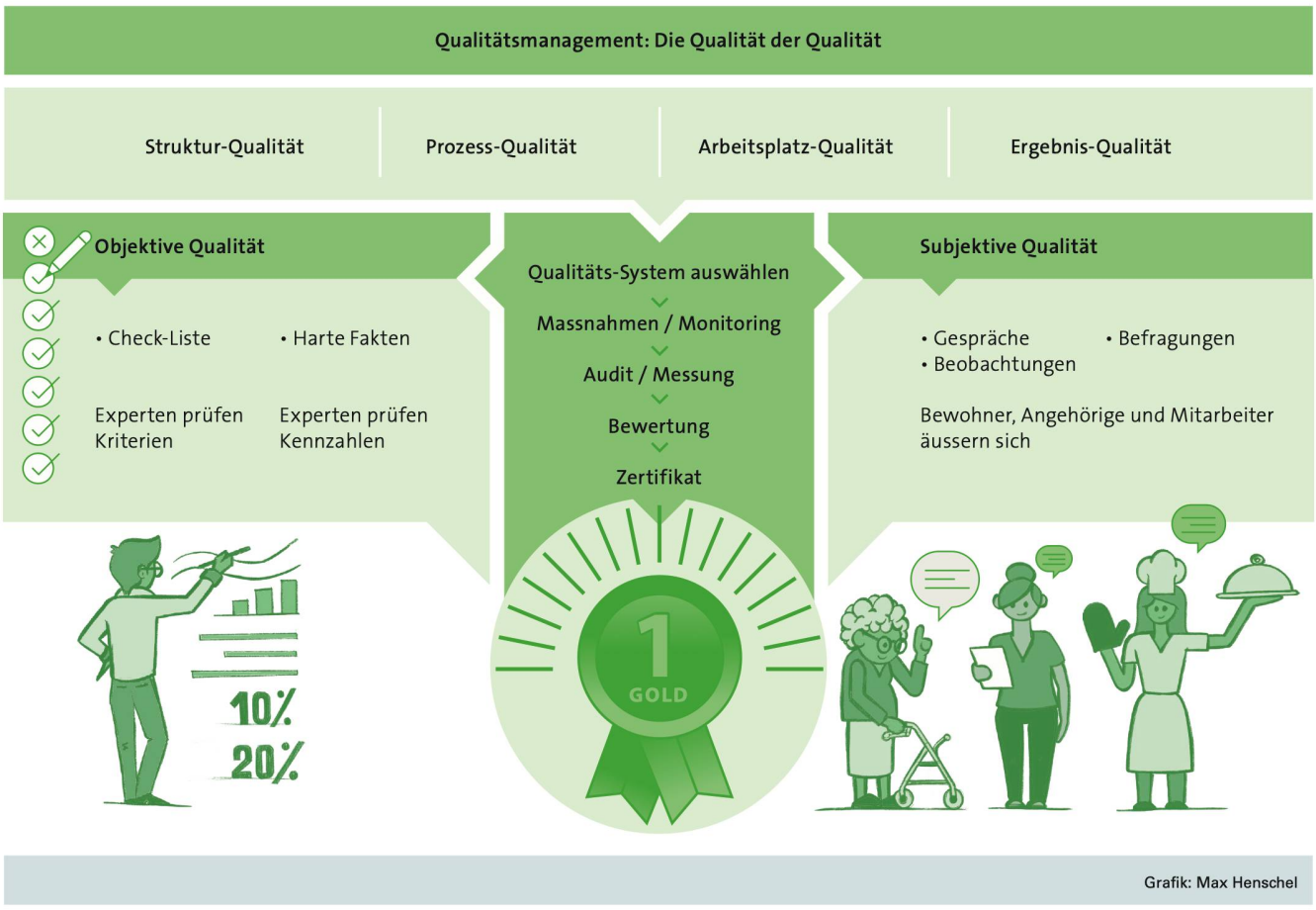
In diesem Wandel standen zunächst Fragen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund. Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtete alle Organisationen, die pflegerische Leistungen erbringen, jährlich und standardisiert Daten zu Betriebszahlen, Kunden, Mitarbeitenden und Finanzen abzugeben. Für einen nationalen Vergleich der Strukturqualität werden diese Daten seit 1997 von allen Alters- und Pflegeheimen erhoben (SOMED-Statistik). Für die Versorgungs- und Pflegequalität sind die Kantone zuständig. Um diese zu gewährleisten, müssen Pflegeheime für eine Betriebsbewilligung Qualitätsvorgaben zur Infrastruktur, Betriebsführung (Führungs-, Organisations-, Leistungsprozesse) sowie zum qualitativen Mindeststellenplan erfüllen.

Führen mehr Daten zu mehr Qualität?

Mit den nationalen Qualitätsindikatoren ist nun definitiv auch die Messung der Ergebnisqualität in den Pflegeheimen angelangt. Ursprünglich hatte der Gesetzgeber im KVG den Leistungserbringern und Krankenversicherern deren Evaluation überlassen. Dies hatte aber nicht die erwartete Wirkung gezeigt. National einheitliche und systematische Vergleiche wie bei der Strukturqualität waren bei der Ergebnisqualität nicht möglich. Seit 2009 verpflichtet deshalb das revidierte KVG die Leistungserbringer, dem Bund Daten bekannt zu geben, die zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen nötig sind, was explizit auch medizinische Qualitätsindikatoren umfasst.

Ab 2020 müssen die 1566 Schweizer Pflegeheime nun Daten zu vier Indikator-Themen liefern (Bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Schmerzen, Polymedikation). Die 281 Schweizer Spitalbetriebe liefern heute bereits in 13 Bereichen respektive 55 Krankheitsbildern und Behandlungen zwischen einem und 23 Indikatoren, die zu Direktvergleichen und Spital-Ranglisten führen (welches-spital.ch). Werden Vergleichsportale wie welches-pflegeheim.ch, pflegeheimvergleich.ch oder orahou.com auch Ranglisten für Pflegeheime

* **Michael Kirschner** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Menschen im Alter von Curaviva Schweiz.



Grafik: Max Henschel

erstellen? Führen mehr Daten zu mehr Qualität? Oder primär zu mehr Beschäftigung auf dem Qualitätsmarkt?

Selbst für Qualitätsprofis im Gesundheits- und Sozialbereich ist es nicht einfach, den Qualitätsmarkt mit einer Vielzahl an Standards, Systemen, Konzepten und Zertifikaten zu durchschauen. In dieser Qualitätswelt (siehe Grafik, Seite 23) findet sich praktisch alles – von der Marke Eigenbau bis zur streng normierten Zertifizierung durch offizielle Stellen. Die Schweizerische Akkreditierungsstelle des Bundes akkreditiert solche Zertifizierungsstellen für Managementsysteme, Personen, Produkte, Prozesse und Dienstleistungen. Die Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme ist führend bei Zertifizierungen, die Swiss Association for Quality mit 1400 Mitgliedern der einflussreichste Verband.

Qualitätsmanagementsysteme stehen und fallen mit dem Engagement der Führung.

Qualität ist ein Geschäftsmodell, das Nachfrage generiert. Man erarbeite einen neuen Standard und biete bis zum Zertifikat gegen Entgelt alle Dienste. Unter den Anbietern finden sich profitorientierte Firmen, vor allem aber nichtstaatliche Fachgesellschaften/-organisationen, Stiftungen und Verbände. Betriebe finden Dutzende Angebote, die vieles zertifizieren: Pflege-, Lebens- oder Arbeitsplatzqualität, Palliative-Care-Qualität, Diversität, altersgerechte Wohnungen oder ausgewogene Ernährung.

So kommen zu etablierten internationalen oder branchenspezifischen Standards und Zertifikaten ständig neue hinzu. Wobei die Nachfrage meist tief ausfällt. Andere verschwinden oder werden von erfolgreichere Standards absorbiert. Neue Zertifikate werden mitunter von potenziellen Trägern auch abgelehnt (z. B. Demenzlabel). Anders verhält es sich bei staatlichen Qualitätsvorgaben. Eine Bewilligung und Geld bekommt, wer diese erfüllt. In bester föderalistischer Tradition werden Qualitätsstandards so zum Beispiel zwischen Kantonen und Leistungserbringern erst ausgehandelt, dann von oben «verordnet».

Natürlich führen Standards und Zertifikate nicht automatisch zu mehr Qualität. Qualitätssysteme stehen und fallen mit dem Engagement der Führung. Dies zeigt das vielleicht bekannteste Qualitätsmanagement-Zertifikat ISO 9001: Wer die Kriterien erfüllt, erhält das Zertifikat. Ähnlich ist es bei den meisten Zertifikaten dieser Art, die auf Kriterien- oder Punktelisten oder Kennzahlen beruhen. Die Qualität der Qualitätsnachweise macht den Unterschied. Hier stehen sich eine objektive und eine subjektive Perspektive gegenüber – im Idealfall ergänzen sich beide (siehe Grafik oben). Wer erfahren will, ob auf Papier erfasste Prozesse im Alltag gelebt werden, stellt wenige, aber entscheidende Fragen: Welche Dienstleistungen wurden erwartet, welche tatsächlich wahrgenommen? Die Ermittlung dieser Kundenlücke stellt den Ausgangspunkt für das bekannte GAP-Modell zur Dienstleistungsqualität dar. Wer etwas über die echte Dienstleistungsqualität erfahren will, kommt an dieser subjektiven Sicht nicht vorbei. Oft zeigt sich erst bei genauerem Hinsehen, dass Befragungs- >>

tools oder Qualitätslabel exakt diese Lücke nicht erfassen. Anspruchsgruppen haben hierbei unterschiedliche Erwartungen, zum Teil gegensätzliche. Die für Angehörige zentrale Strukturqualität (Lage, Zimmer, Balkon) ist im Bewohneralltag nicht so zentral wie die wahrgenommene Dienstleistungsqualität (Kompetenz, Freundlichkeit, Reaktion auf Bedürfnisse, persönliche Betreuung). Die Personenzentrierung ist somit ein wichtiges Mass für die Ergebnisqualität. Übertreffen weitere Komfortleistungen die Erwartungen, kommt es zu guten bis sehr guten Bewertungen.

Natürlich lässt sich auch die reale Ergebnisqualität pflegerischer Leistungen mittels nationaler Qualitätsindikatoren nicht ermitteln. Die Wirklichkeit ist komplex in 1566 Schweizer Alters- und Pflegeheimen, wo über 162 000 Menschen pro Jahr 33,7 Millionen Tage verbringen und von über 100 000 Mitarbeitenden betreut werden.

Zeitaufwendig und anspruchsvoll

Qualität wissenschaftlich seriös zu ermitteln, ist anspruchsvoll und zeitaufwendig. Wer qualitative Forschung betreibt, findet kaum Gelder für seine Projekte. Das Interesse ist gering, Einzelfälle ausführlich zu untersuchen und interpretativ auszuwerten. Was liesse sich gross sagen, wenn 10 Bewohner mehrere Wochen täglich begleitet und beobachtet würden, um mehr über deren Pflegequalität zu erfahren? Eine quantitative Qualitätsbefragung von 1000 Bewohnern und 1000 Fachpersonen erscheint da aussagekräftiger. Die Crux bei der Sache: Es ist und bleibt eine quantitative Methode, die interpretationsbedürftige «Qualitätskennzahlen» liefert.

Das BAG präzisiert beispielhaft für die Spitäler: «Qualitätsindikatoren sind Hinweise auf die Qualität in den einzelnen Spitälern; endgültige Beweise für gute oder schlechte Qualität bedürfen einer vertieften Analyse. Vergleiche erfordern die nötige Sorgfalt, damit vermieden wird, dass Spitäler mit ungleichem Versorgungsauftrag verglichen werden. Ein direktes Ranking lässt sich jedoch in der Regel nicht erstellen. Es ist auch darauf zu verweisen, dass eine vertiefte Interpretation vieler Indikatoren medizinisches Fachwissen erfordert.» Wohin entwickelt sich das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, das mit viel Aufwand Kennzahlen erhebt, die mit noch grösserem Aufwand vertieft analysiert und interpretiert werden müssen?

Qualität und Massenproduktion

Um dies zu verstehen, hilft ein Blick auf dessen Ursprünge. Seit je achten Menschen bei Produkten und Dienstleistungen auf deren Qualität. Institutionen und Gütesiegel zur Qualitätskontrolle gibt es schon ewig. Man denke an die mittelalterlichen Handwerkerzünfte und deren Siegel.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts brachte die Industrialisierung in den USA neue Methoden der Arbeitsorganisation hervor. Die von Frederick Taylor entwickelte «wissenschaftliche Betriebsführung» (1911) zielte auf eine Leistungssteigerung durch maximale Ausnutzung der Arbeitskraft ab. Sämtliche Arbeitsprozesse wurden mit der Stoppuhr gemessen, analysiert und optimiert. Der Einsatz dieses Systems führte zuerst in staatlichen Waffenfabriken zu Streiks. Als inhuman empfunden, führte es zu einer Monotonie des Arbeitstags und zerstörte die Solidarität unter den Arbeitern. 1916 wurde der Einsatz von Stoppuhren verboten.

Nur mit grossem Kontrollaufwand konnte die Qualität in der Massenproduktion sichergestellt werden. In den 1920er Jahren wurden mit statistischen Theorien Methoden zur «statistischen Qualitätskontrolle» entwickelt, die ihren Durchbruch im Zweiten Weltkrieg erlebten. Um höchsten Qualitätsmassstäben zu genügen, führte die amerikanischen Rüstungsindustrie das «Qualitätsmanagement» ein. In den 1950er Jahren implementierten Amerikaner (unter anderem Juran und Deming) in Japan die statistische Qualitätskontrolle und entwickelten diese weiter. Um den Ausschuss zu minimieren, rückte zur Fehlerverhütung das Potenzial der Strukturen und Prozesse in den Vordergrund. Hier liegt der Ursprung des 1966 von Donabedian mit den Begriffen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelten Qualitätsmodells für das Gesundheitswesen. Über die Jahrzehnte hat das moderne Qualitätsmanagement seinen Siegeszug von den Fabriken der Industriegesellschaft in die Organisationen der Dienstleistungsgesellschaft und schliesslich in das Gesundheitswesen angetreten.

Vom Parlament beauftragt, forciert der Bund seine Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen.

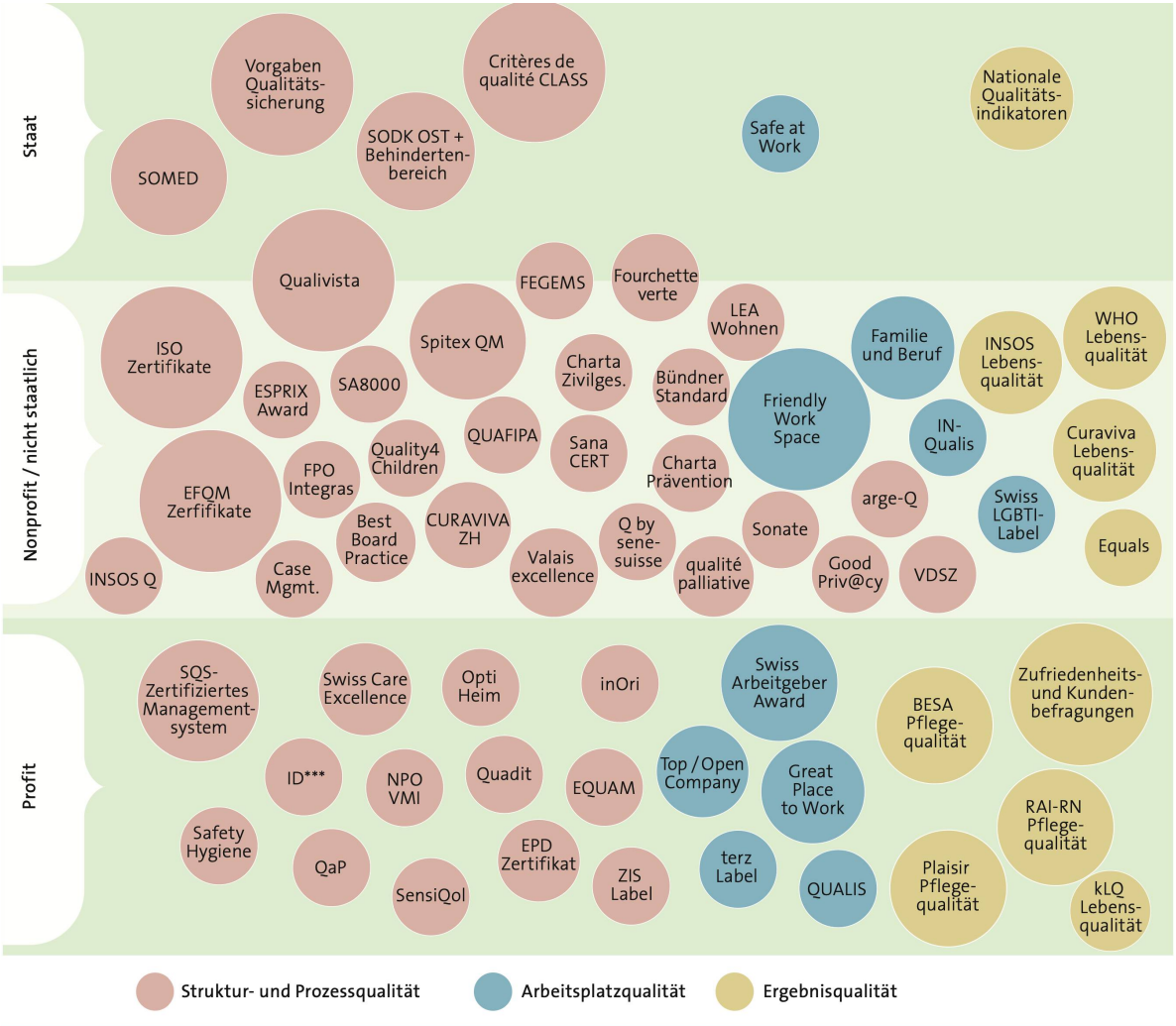
Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

Das Schweizer Gesundheitssystem ist hochkomplex. Mit 8,5 Millionen Krankenversicherten, gut 500 000 Beschäftigten, Tausenden Institutionen und Interessengruppen, unzähligen Leistungen und Kosten von mehr als 82 Milliarden Franken. Um diese Komplexität zu reduzieren und seine Steuerungs- und Kontrollaufgaben wahrzunehmen, benötigt der Staat transparente Kennzahlen. Auf deren Basis können Entscheide getroffen werden, um im Interesse aller Versicherten Über-, Unter- oder Fehlversorgungen entgegenzuwirken.

Vom Parlament beauftragt, forciert der Bund seine Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen, um durch Kennzahlen Transparenz bei der Ergebnisqualität zu schaffen. 2009 hat das Parlament dem Bund im Rahmen der KVG-Revision die Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren übertragen. Im gleichen Jahr hat der Bundesrat seine Qualitätsstrategie vorgelegt. Auch die Krankenversicherer teilen mit, dass sie «grundsätzlich keinen Vertrag mehr ohne Bestimmungen zur Qualitätssicherung abschliessen» wollen: Erreichte Behandlungsziele, nicht Mengen sollen bezahlt werden. Deshalb werden die Qualitätsindikatoren für Spitäler zukünftig weiter ausgebaut. Mit der 2019 verabschiedeten KVG-Revision erhält der Bund die rechtliche Basis und finanzielle Mittel, um die Qualität und Patientensicherheit zu stärken. Der erste nationale Qualitätsbericht (2019) zum Gesundheitswesen weist bei den Pflegeheimen mangels «routinemässig erhobener nationalen Indikatoren» einzig und selektiv auf Defizite hin. Gesundheit2030, die neue gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats, betont, dass wegen «fehlender Transparenz, z. B. über Kosten und Qualität der Leistungen» das Gesundheitssystem unter Druck bleibt. Der Druck auf die Pflegeheime nimmt immer mehr zu.

Statt mehr Regulierung, richtige Anreize

Noch so viele Vorschriften und Kontrollen können Probleme nicht lösen, die mit falschen Anreizen geschaffen wurden. Ein Beispiel: Wie wichtig für die Qualität der Medikation eines jeden hochbetagten, meist mehrfach erkrankten Pflegeheimbewohners die regelmässige Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Ärzten, Apothekern und Angehörigen ist, ist auch für die Schweiz bestens dokumentiert und bekannt. Was werden neue Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren ändern, wenn sich bereits bei hochdotierten Pilotprojekten zeigt, dass die Ärzte schlichtweg keine Zeit für einen regelmässigen Austausch haben? Die Messung medizinischer Qualitätsindikatoren ist eine grosse Chance, die aber nicht zu einer Qualitätsmaschinerie und schliesslich zu einer Qualitätsillusion verkommen darf. Qualität ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende gehen wird. ●



Grafik: Max Henschel