

Wo bleiben die Angestellten?

Arbeitsbedingungen und Qualität

von René Schaffert, Unispital Zürich, Vorstandsmitglied AGGP

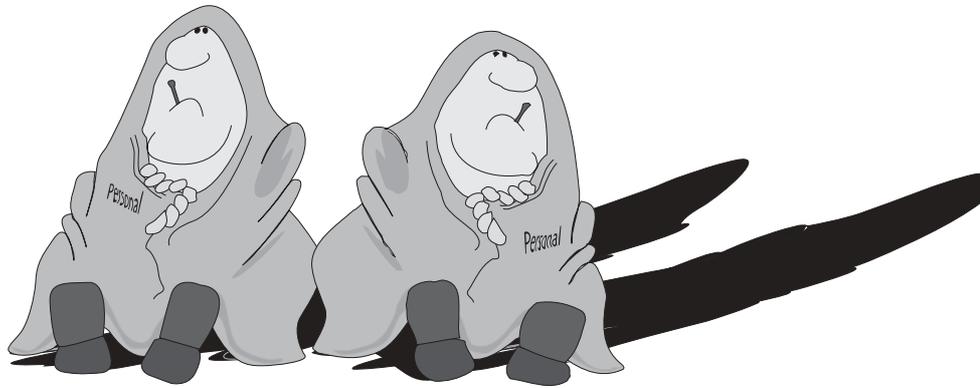
Wo bleiben die Angestellten in den Diskussionen um die Arbeitsbedingungen, welchen Einfluss haben die Arbeitsbedingungen auf die Qualität? (Auszug aus einem Vortrag gehalten von René Schaffert, Mitglied der Aktion Gesunde Gesundheitspolitik, AGGP.)

Einstieg

Ich bin Pflegefachmann und habe in dieser Rolle die Veränderungen im Spitalbereich in den letzten 10 Jahren miterlebt. Zurzeit arbeite ich noch 20% an einem Spital in Zürich und erlebe dort die Veränderungen im Rahmen der Qualitätsförderung als einfacher Angestellter auf einer Station. Seit zweieinhalb Jahren studiere ich nun auch Soziologie an der Universität Zürich und beschäftige mich in diesem Rahmen auch mit dem Gesundheitswesen.

Bei der Vorbereitung dieses Artikels habe ich eine kurze Internetrecherche durchgeführt. Ich habe als erstes den Begriff Qualitätsmanagement in einer Suchmaschine eingegeben und mich vom Ergebnis überraschen lassen.

Gleich der zweite aufgeführte Link führte mich zu einer Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Unter den ersten 10 Links fanden sich insgesamt vier, welche sich im weiteren Sinne mit der Qualität im Gesundheitswesen beschäftigen. Diese kurze Recherche verdeutlicht die steigende Bedeutung des Qualitätsmanagements in den Institutionen des Gesundheitswesens, die sich offensichtlich nun auch schon im Internet niederschlägt.



Jetzt hat das Q-Virus zugeschlagen...

Wieso aber, frage ich mich, wissen die Angestellten an der Basis so wenig darüber? Wieso ist in den Teams im Arbeitsalltag so wenig von diesen Qualitätsförderungsmassnahmen zu sehen oder zu hören? Geht es den Angestellten der Gesundheitsberufe etwa schon gleich wie jenem Angestellten eines im Technik-Sektor tätigen Unternehmens, der mir kürzlich erzählte, dass in seinem Betrieb niemand dem Qualitätsmanagement etwas Positives abgewinnen könne? An seinem Arbeitsort herrsche die Meinung vor, die Qualitätsübung bringe nichts ausser riesigen Bergen von Formularen? Haben die Gesundheitsangestellten schon jetzt in der Einführungsphase genug und interessieren sich nicht mehr für das Qualitätsmanagement? Oder hat die Bedeutungslosigkeit des Themas Qualitätsförderung im Praxisalltag etwas mit der Rolle zu tun, welche die Angestellten darin spielen?

In meinem Beitrag möchte ich nun zuerst der Frage nachgehen, welche Rolle die Angestellten in den Gesundheitsberufen in den Diskussionen um die Qualitätsförderung spielen. Weiter möchte ich aufzeigen, dass die Arbeitsbedingungen der Angestellten einen wichtigen Einfluss auf die Qualität haben und zum Schluss werde ich einige Thesen formulieren, die meine eingangs formulierten Beobachtungen unter einem neuen Licht erscheinen lassen.

Wo bleiben die Angestellten in den Diskussionen um Qualitätsförderung?

Im Herbst des letzten Jahres nahm ich an einer Tagung teil, an der über die aktuellen Trends und Entwicklungen in den Qualitätsdiskussionen in der Schweiz informiert wurde. Organisiert wurde die Tagung von der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Qualitäts-

förderung im Gesundheitswesen NAQ und H+, dem Verband der Schweizer Spitäler. Mein besonderes Interesse galt im Hinblick auf die heutige Tagung der Erwähnung der Angestellten und ihrer Arbeitsbedingungen. Es zeigte sich aber, dass mit einer Ausnahme in keinem einzigen der vorgestellten Projekte die Arbeitsbedingungen erwähnt wurden. Mit Ausnahme des so genannten «EFQM Models for Excellence» der European Foundation for Quality Management wurden auch die Angestellten kaum erwähnt.

In dem einen oder anderen Projekt sind die umgesetzten Massnahmen zwar in Arbeitsgruppen diskutiert worden, in denen auch einzelne Angestellte der Basis beteiligt waren. Im Grossen und Ganzen bot sich mir aber ein Bild, in dem viele Projekte mehr oder weniger fern vom Arbeitsalltag entwickelt werden und nachher von den Angestellten umgesetzt werden sollen.

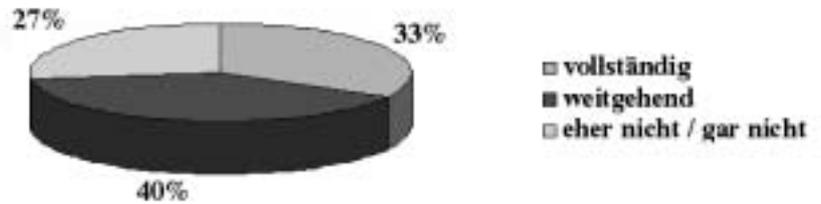
Diese Wahrnehmung deckt sich auch mit der Beobachtung, wie teilweise in zwei grösseren Spitalern im Raume Zürich Qualitätsförderungsmassnahmen entwickelt werden. Hier zeigt es sich nämlich, dass ein wichtiger Motor für konkrete Massnahmen die Ergebnisse des Benchmarkings zwischen den Zürcher Spitalern im Rahmen der Untersuchungen von Outcome sind.

Im Rahmen der so genannten «Piker-Umfrage», mit welcher die Zufriedenheit der PatientInnen nach dem Austritt aus den verschiedenen Spitalern erfasst wird, zeigt sich für jede der teilnehmenden Institutionen, in welchen Bereichen sie schlechter abschneiden als die andern Spitäler. Unterdurchschnittliche Resultate weisen auf Handlungsbedarf.

Das Gremium, welches spitalintern für die Beurteilung der Daten zuständig ist, tritt in der Regel in Zusammenarbeit oder im Austausch mit der Leitung oder der Direktion in Aktion. Es wird eine Arbeitsgruppe gebildet, in der je nach Haus und Gepflogenheiten nur Kaderangehörige und/oder wenige Angestellte von der Basis involviert sind. Dann werden Massnahmen ausgearbeitet und zur Umsetzung an die zuständigen Bereiche weitergeleitet.

Ich möchte hierbei nicht die Wichtigkeit einer Reaktion auf von aussen festgestellte

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zu: «Die Qualität meiner Arbeit leidet unter dem ständigen Zeitdruck».



Probleme kritisieren, sondern versuchen aufzuzeigen, welche Folgen dieses Vorgehen automatisch mit sich zieht.

Alltags-Situationen gewichten

So orientiert sich das Bild der angestrebten Qualität in erster Linie an den messbaren und vergleichbaren Ergebnissen des Spitals und nicht zwingend an den konkreten Anliegen und Bedürfnissen der PatientInnen und ausführenden BetreuerInnen.

Durch die Problembenennung von aussen im Rahmen der Outcome-Erhebung wird die Situation im Alltag im täglichen Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und den Betreuenden zu wenig gewichtet. Im Arbeitsalltag stehen die Probleme des aktuellen Geschehens im Vordergrund und nicht die sich in allfälligen Outcomestudien ausdrückenden Ergebnisse.

Entscheidend ist, – und hier möchte ich auf ein fiktives Beispiel aus der Pflege zurückgreifen – dass ich als Pfleger im Moment gerade im einen Zimmer eine Notfall-Blutentnahme machen muss, die andere Patientin im Operationstrakt abholen sollte und die Stationsärztin gerne Kardex-Visite machen möchte und ich deshalb keine Zeit habe, mit der Patientin, die am nächsten Morgen nach Hause kann, ein Austrittsgespräch zu führen. Auch im weiteren Verlaufe des Abends finde ich keine Zeit dazu, denn die frisch operierte Patientin ist verwirrt, und ich kann das Zimmer nur selten verlassen. Dass der Frühdienst am folgenden Tag doch noch Zeit für ein Gespräch finden wird, ist angesichts des morgendlichen Arbeitspensums auch eher unwahrscheinlich.

Die Patientin wird also mit dem Nötigsten abgespiesen, und es ist nicht verwunderlich, wenn sie im Rahmen der Piker-Befragung angibt, die Informationen über den Austritt wären ungenügend gewesen. An diesem Ablauf ändert sich auch dann nichts, wenn eine Arbeitsgruppe eine Weisung verfasst, in welcher festgelegt wird, dass am Vorabend des Austrittes ein Austrittsgespräch geführt werden müsse.

Wenn sich diese Situation verändern soll, muss sich offensichtlich etwas im Arbeitsalltag ändern. Ohne entsprechende Rahmenbedingungen ist dies aber kaum möglich.

Arbeitsbedingungen

Wie mein Beispiel aufzeigt, müssen für die Umsetzung von Qualitätsförderungsmassnahmen gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sein. Wenn die Arbeitsbedingungen schlecht sind und das Personal zu knapp ist, kann weder eine gute Qualität der Betreuung geleistet werden, noch bleibt Raum für Weiterentwicklungen.

Immer wieder haben die Gesundheitsangestellten darauf hingewiesen, dass die Qualität ihrer Arbeit durch Zeitdruck und Personalmangel eingeschränkt wird. Eindrücklich belegt dies auch eine Studie, welche im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion im Kanton Bern im Jahr 2001 erstellt worden ist. Bei einer Umfrage, die von fast 2000 Pflegenden ausgefüllt wurde, zeigten sich eindeutige Ergebnisse.

So mussten die Befragten unter anderem den Grad ihrer Zustimmung zur Aussage «die Qualität meiner Arbeit leidet unter dem ständigen Zeitdruck» angeben.

Eine grosse Mehrheit von 73.5% stimmte dieser Aussage zu. Fast ein Drittel konnte der Aussage sogar völlig zustimmen. Konkret wurde von den Pflegenden darauf hingewiesen, dass sie Dinge, die zu ihrem Aufgabenbereich gehören, weglassen müssen. Sie erwähnten, dass der Zeitdruck zu mehr Fehlern führe und dass zu wenig Zeit für Gespräche bestehe. Rund ein Drittel der Pflegenden hält auch fest, dass es unter Drucksituationen vorkommen kann, dass PatientInnen mit Medikamenten ruhig gestellt werden, oder dass sie sich in ihren Institutionen darauf beschränken müssten, dass ihre PatientInnen warm haben, satt und sauber seien, sowie dass in ihren Institutionen Personen Dinge tun müssen, für die sie nicht richtig ausgebildet seien.

Personalbelegung als Qualitätsfaktor

In verschiedenen gross angelegten Studien wurde in den USA und in England überprüft, wie sich die Arbeitsbedingungen auf die Qualität der Behandlung und Betreuung auswirkt.

In einer von der Verwaltung in Auftrag gegebenen Studie untersuchte ein Team um Jack Needleman, einen Professor an der Harvard School of Public Health, mit mehreren Datensätzen die Zusammenhänge zwischen der Personalbelegung und einiger Behandlungsergebnisse, die von der Pflege beeinflusst werden könnten.

Die Tabelle zeigt das Reduktionspotential der jeweiligen Komplikationen bei einem Wechsel von einer niedrigen zu einer hohen Personalbelegung.

Die relativ grosse Bandbreite des möglichen Einflusses, die jeweils angegeben wird, ergibt sich aus der Schwierigkeit, solche Vorhersagen statistisch zu berechnen. Needleman hat als gewissenhafter Forscher deshalb die ganze Bandbreite der Resultate, die sich infolge von verschiedenen Rechenmethoden ergeben können angegeben.

Konkret bedeutet dies nun am Beispiel der Harnwegsinfekte auf medizinischen Abteilungen, dass bei einer Verbesserung der Personalsituation mit einer Reduktion der eintretenden Harnwegsinfekte von 4 bis 25% gerechnet werden könnte. Nur leicht

Reduktionspotential der jeweiligen Komplikationen bei einem Wechsel von einer niedrigen zu einer hohen Personalbelegung

(Studie von Jack Needleman, 2001, Daten aus 800 Spitälern der USA)

Outcome	medizin. PatientInnen	chirurg. PatientInnen
Harnwegsinfekte	4-25%	3-14%
Pneumonie	6-17%	19%
Aufenthaltsdauer	3-12%	
Tod nach Komplikationen		2-12%
gastroint. Blutungen	3-17%	
Schock	7-13%	

schwächer ist die Auswirkung auf den chirurgischen Stationen.

Auch das Auftreten von Lungenentzündungen steht in einem deutlichen Zusammenhang mit der Personalbelegung. Je nach Klinik auf den chirurgischen Abteilungen könnten hier 19% der Krankheiten verhindert werden, wenn genügend Personal eingestellt würde.

Besonders Ökonomen sollten sich eigentlich für die mögliche Reduktion der Aufenthaltszeit interessieren. In den medizinischen Kliniken der USA könnte die Aufenthaltsdauer zwischen 3% und 12% reduziert werden, wenn genügend Personal eingestellt würde. Vergleichbare Werte ergeben sich auch für Todesfälle nach Komplikationen in der Chirurgie, gastrointestinale Blutungen und Schock.

Die Studie von Needleman untersucht die Zusammenhänge auf der Ebene der Spitäler. Sowohl die Daten zur Personalbelegung wie auch die Daten für die Häufigkeit der negativen Ereignisse werden jeweils pro Spital gemessen. Dabei ist es interessant, ob sich Zusammenhänge zeigen. Dabei zeigt sich sehr deutlich, dass in Spitälern, welche mehr Personal anstellen, die Patientinnen und Patienten wesentlich seltener unter Komplikationen leiden.

Genügend Personal und dadurch weniger Zeitdruck sind nur ein Aspekt von guten Arbeitsbedingungen. Für die Angestellten sind aber noch andere Bereiche entschei-

dend. Dies wird ebenfalls von verschiedenen Studien belegt.

Arbeitsbedingungen als Qualitätsfaktor

Ich beziehe mich in meinen folgenden Ausführungen auf Ergebnisse einer Dissertationsschrift von Eileen Lake an der Universität von Pennsylvania und auf die Erkenntnisse einer Umfrage unter 10'000 Pflegenden in England, welche von Anne Marie Rafferty durchgeführt wurde. Beide Autorinnen weisen mit differenzierten statistischen Rechenverfahren nach, dass die Pflegequalität von verschiedenen Aspekten der Arbeitsorganisation positiv beeinflusst wird. Dabei zeigen sich folgende Zusammenhänge (Abbildung auf der nächsten Seite):

Je besser die interdisziplinäre Zusammenarbeit, im Besonderen die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft ist, desto besser geht es den PatientInnen und desto zufriedener sind die Pflegenden.

Auch Eileen Lake findet in ihrer Dissertationsschrift, wie viele andere Forscherinnen einen Einfluss der Personalbesetzung auf die Qualität der Pflege. Anhand ihrer Daten findet sie sogar einen Einfluss auf die Sterblichkeitsrate der Patientinnen und Patienten. Je mehr Pflegepersonal, desto geringer die Wahrscheinlichkeit eines Todesfalles im ersten Monat nach dem Eintritt und desto besser geht es auch dem Personal. Wenn den Pflegenden mehr Autonomie und Ent-



scheidungsspielraum gewährt wird, wirkt sich dies ebenfalls positiv auf die Pflege der PatientInnen und die Zufriedenheit der Pflegenden aus.

Pflegende, welche zufriedener sind mit ihrer Arbeit, erbringen ebenfalls eine bessere Pflegequalität. Verschiedene Studien zeigen, dass die Angestellten in jenen Institutionen zufriedener sind, in denen auch die Pflegequalität besser ist.

Pflegende, welche an ihrem Arbeitsort professionell arbeiten können und in ihrer Professionalität unterstützt werden, arbeiten besser und sind zufriedener.

Wenn der Pflegebereich seine Arbeitsressourcen selbst kontrollieren kann und wenn nötig Unterstützung findet, wirkt sich dies ebenfalls positiv auf die Qualität der Pflege und die Arbeitszufriedenheit aus.

Wenn die Pflegenden bei wichtigen Entscheidungen über die Pflege und Behandlung mitentscheiden dürfen, ist die Qualität dieser Pflege letztlich auch besser und die Angestellten fühlen sich bei ihrer Arbeit wohler.

Ein weiterer wichtiger Faktor, den ich bisher noch nicht behandelt habe, ist die Gesundheit und das psychische Wohlergehen der Pflegenden. Aufgrund ihrer psychisch belastenden Arbeit sind Pflegende häufiger als andere Berufsgruppen mit Burnout konfrontiert.

Wie zu erwarten ist, gibt es auch einen Zusammenhang zwischen Burnoutsymptomen, dem erlebten Stress, der Arbeitszufriedenheit, der Fluktuation und der Qualität der Pflege.

Auch hier belegen Studien, dass in Institutionen, in welchen die Angestellten bessere strukturelle Arbeitsbedingungen vorfinden – gemeint sind hiermit die vorhin erwähnten Elemente wie Personaldotierung, Zusammenarbeit, Autonomie und Professionalität – die Angestellten weniger gestresst sind, deutlich weniger unter Burnout leiden, zufriedener sind und letztlich auch seltener den Arbeitsort wechseln wollen.

Zusammenfassung

Abschliessend und als Resultat dieses kleinen Rundblickes in die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung lässt sich also sagen: Institutionen, welche ein Interesse daran haben, ihren KundInnen oder PatientInnen eine gute Qualität der Behandlung zukommen zu lassen, wären gut damit beraten auch in die Arbeitsbedingungen ihrer Angestellten zu investieren. Eine stets wachsende Zahl von Studien zeigt eindrücklich, dass die Qualität der Behandlung dort am besten ist, wo es auch dem Personal am besten geht. Wer also als Betrieb gute Qualität anbieten will, sollte genügend Personal ein-

stellen, den Berufsgruppen genügend Autonomie und Professionalität zugestehen und Hierarchien so gestalten, dass die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen gleichberechtigt ist.

Was bedeuten diese Erkenntnisse nun aber für die Diskussionen um die Qualitätsförderung im Gesundheitswesen?

Forderungen

Auch wenn die besprochenen Studien mehrheitlich in angelsächsischen Ländern durchgeführt worden sind, lassen sich ihre Ergebnisse auf die Schweiz übertragen. Vielleicht würden in der Schweiz etwas andere Zahlen entstehen, doch die Stossrichtung der Zusammenhänge bliebe sich auf jeden Fall gleich. Dies wird auch durch die Ergebnisse der Eingangs schon zitierten Studie aus dem Kanton Bern bestätigt.

Auch in der Schweiz müssen die Verantwortlichen diesen Zusammenhängen noch vermehrt Beachtung schenken. Gerade jetzt – in einer Zeit, in der im Gesundheitswesen viel in Bewegung ist – ist es besonders notwendig, dass die Arbeitsbedingungen und die Rolle der Angestellten in den Veränderungsprozessen berücksichtigt werden. Aus diesen Überlegungen heraus können nun verschiedene Thesen und Forderungen abgeleitet werden.

Auf der Ebene der Politik gilt es zu berücksichtigen, dass für eine gute Qualität auch genügend Ressourcen bereitgestellt werden müssen. Ein zentraler Aspekt ist hier genügend gut ausgebildetes Personal. Bestrebungen hin zur Einstellung von billigerem weniger qualifiziertem Personal sind also abzulehnen. Ein Personalabbau oder auch einfach ein Nicht-Anpassen der Personalbestände an die zunehmende Betreuungsdensität der PatientInnen führt zwangsläufig zu einem Qualitätsabbau.

Im Weiteren – und hier sind die Verantwortlichen in den Verwaltungen und Versicherungen angesprochen – müssten die Arbeitsbedingungen auch Einzug halten in die Rahmenverträge zur Qualitätsförderung zwischen den Versicherungen und den Institutionen. Im Krankenversicherungsgesetz und in der Verordnung dazu ist geregelt, dass die Leistungserbringer also die Spitäler und Institutionen zusammen mit den Finan-

zierenden also den Krankenkassen Verträge zur Förderung der Qualität aushandeln müssen. Vom Bundesamt für Versicherungswesen werden sie dabei allenfalls unterstützt. Der Bund müsste einerseits in neue Studien zur Vertiefung der Kenntnisse investieren und andererseits darauf drängen, dass die Arbeitsbedingungen ein fester Bestandteil dieser Rahmenverträge würden. Denkbar ist auch die gezielte Förderung von Forschungen, welche die Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen und der Qualität an der speziellen Situation hier in der Schweiz untersuchen würden.

Im Rahmen der Qualitätsförderung sind die einzelnen Betriebe sehr wichtig. In der Schweiz besteht zwar aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes ein Auftrag zur Überprüfung der Qualität, doch aufgrund der föderalistischen Grundidee ist es allen Betrieben selbst überlassen zu entscheiden, wie sie dies tun wollen. Es sind also die

Betriebe, die entscheiden, welche Qualitätsmodelle sie anwenden und welche konkrete Rolle und Bedeutung sie dabei ihren Angestellten zumessen wollen.

Aus dem bisher Gesagten ergeben sich aber auch hier einige Implikationen für die konkrete Umsetzung aus der Sicht der Angestellten.

Auch auf der Betriebsebene steht die Personaldotierung an erster Stelle. Wenn ein Betrieb wirksam Massnahmen zur Verbesserung der Qualität umsetzen will, muss dies auf dem Boden von genügend Personal geschehen.

Die Umfrage im Kanton Bern zeigt deutlich, dass die Geschäftsleitungen hier oft eine etwas verschobene Wahrnehmung haben. Sie beurteilen die Auswirkungen des Personalmangels durchwegs weniger drastisch als ihre Angestellten. Dadurch, dass sie diesen Zusammenhang nicht erkennen oder herunterspielen, kann es ihnen auch nicht gelin-



Qualitätsmassnahmen gelingen nur mit genügend zufriednem Personal.

gen bei den zuständigen politischen Stellen genug Druck zu machen. Im Alltag an unseren Arbeitsplätzen erleben wir immer wieder, dass die Verantwortlichen den Druck einfach nach unten weitergeben. Sie sollten sich bewusst sein, wie wichtig die Arbeitsbedingungen für die Qualität der Behandlung sind, vielleicht würden sie so der Personaldotierung etwas mehr Beachtung schenken. Im Weiteren ist es zentral, dass die Betriebe die Wichtigkeit der Arbeitsbedingungen erkennen und sie im Rahmen der bereits vorgeschlagenen Schwerpunkte fördern. Dann möchte ich auch auf die praktische Umsetzung und auf die allzu selten spürbaren Konsequenzen von Bemühungen der Angestellten hinweisen. Damit meine ich, dass es immer wieder zu Umfragen oder Erhebungen kommt, die aus der Sicht der Angestellten nachher keine Resultate tragen. So ist der Rückfluss der Daten der Outcomestudien nur mangelhaft. Nur selten gelangen die Ergebnisse in einer verständlichen Form an diejenigen zurück, welche im täglichen Kontakt mit den PatientInnen stehen. So entsteht der Eindruck, dass massenweise Daten gesammelt werden und viel Zeit für administrativen Aufwand, fern der PatientInnen aufgewendet werden muss, ohne dass dies einen Sinn macht. Als besonders stossendes Beispiel scheint mir hier, auch wenn es nur sekundär etwas mit Qua-

litätsförderung zu tun hat, das LEP (Leistungserfassung in der Pflege) zu sein. In einem grossen Teil der Spitäler, verwenden die Pflegenden täglich Zeit dafür, zu dokumentieren, wie viel Zeit sie pro Patient aufwenden und was sie getan haben. Dies geschieht nun seit Jahren und fast nirgends lassen sich die leitenden Vorgesetzten oder die PolitikerInnen darauf ein, den Zahlen auch praktische Beachtung zu schenken. Nach wie vor bezieht man sich für die Personalplanung lieber auf die Bettenauslastung, welche gar nichts über den realen Arbeitsaufwand aussagt. Solange das LEP nicht zur Personalplanung und zur ebenfalls möglichen allgemeinen Kontrolle der Qualität mittels des C-Wertes eingesetzt wird, bleibt es eine bedeutungslose Datensammlung. Insgesamt verwenden die Pflegenden unzählige Stunden zur Erhebung von Daten, welche direkt in die Archive wandern. Dies kann nicht so weitergehen. Gespräche mit Angestellten verschiedener Betriebe zeigten auch, dass viele nur wenig über die in ihrem Betrieb angestrebten Projekte zur Qualitätsförderung Bescheid wissen. Dies deutet auf eine mangelhafte Informationspolitik. Es reicht nicht, wenn in grossen Veranstaltungen Informationen weitergegeben werden und die Ergebnisse der Outcome-Studien präsentiert werden. Diese Ergebnisse müssten auf überschaubarem Niveau in klei-

nen Gruppen weitergegeben und zur Diskussion gestellt werden. Nur so werden sie für den Alltag fassbar.

Ein weiteres Problem ist, dass durch die häufig hierarchische Einführung von Qualitätsförderungsmaßnahmen ein Bild von Qualität verfolgt wird, welches nicht unbedingt die professionellen Vorstellungen der ausführenden Personen beinhaltet. Je nach Situation werden sich beispielsweise auch Konflikte zwischen ökonomischen und professionellen Zielen ergeben.

Zum Schluss möchte ich noch auf einen wichtigen Punkt an der Schnittstelle der Bereiche Politik und Betriebe eingehen. Ich denke dabei an die Datenerhebung zur Qualität, welche im Kanton Zürich durch den Verein «Outcome» geschieht.

Bisher untersucht «Outcome», wie der Name schon sagt, vor allem die Ergebnisse der Arbeit der Spitäler, die so genannten Outcomes. Dies ermöglicht allfällige Mängel auf der Seite der Ergebnisse zu erkennen. Was aber mit diesen Daten nicht möglich ist, ist ein allfälliger Rückschluss auf Ursachen. Angesichts der Bedeutung der Arbeitsbedingungen für eine gute Qualität müssten nun also auch verschiedene Daten zu den Arbeitsbedingungen erfasst und verglichen werden. Angesagt wären hier zum Beispiel Daten zu folgenden Bereichen:

- Personalbelegung,
- Personaldurchmischung (Ausbildungsniveaus),
- Zeit, die pro Patientin und Patient zur Verfügung steht,
- Arbeitszufriedenheit,
- Stress und Burnout,
- sowie die von den Angestellten selber eingeschätzte Qualität der erbrachten Dienstleistung.

Die Erfassung solcher Daten, würde es ermöglichen, sowohl die Qualität der Arbeitsbedingungen, wie auch die Qualität der Ergebnisse besser zu verstehen und wirksam zu fördern.

Dies würde – und mit dieser Feststellung möchte ich schliessen – zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Angestellten und dadurch zu einer besseren Qualität der Behandlungen und Dienstleistungen im Gesundheitswesen führen. 