



Manifest

Qualitätsabbau: Das Risiko dem Personal - die Folgen den PatientInnen

Manifest der Aktion Gsundi Gsundheitspolitik
zur Qualität im Zürcher Gesundheitswesen

Impressum

Herausgeberin: Aktion Gsundi Gsundheitspolitik (AGGP)

Auflage 5000

Gestaltung/Layout: Luisa Grünenfelder, Luzern

Korrektorat: Sawitext, Silvia Sawitzki, Uster

Druck: Nicolussi, Zürich

Anschrift:

Aktion Gsundi Gsundheitspolitik

Wiedingstr. 78

8045 Zürich

044 461 00 06

sekretariat@aggp.ch

Nachdruck mit Quellenangabe ausdrücklich erlaubt

Mai 2004

Qualitätsabbau: Das Risiko dem Personal - die Folgen den PatientInnen

Bei Qualität von Gesundheitsleistungen kann zwischen optimalen, angemessenen, sicheren und gefährlichen Leistungen unterschieden werden!. Im schweizerischen wie im zürcherischen Gesundheitswesen ist zurzeit ein angemessenes Qualitätsniveau Standard, während noch vor 10 Jahren ein möglichst optimales Qualitätsniveau angestrebt wurde.

Obwohl das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) eine «qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung» (Art. 43 Abs. 6) vorschreibt, plant der Zürcher Regierungsrat im Rahmen seiner Sanierungsmassnahmen 2004–2007 eine weitere Herabsetzung des Qualitätsniveaus der kantonalen Gesundheitsversorgung. Bereits wurden die Budgets für Weiterbildung in praktisch allen Spitälern und Heimen des Kantons massiv gekürzt. Der Qualitätsabbau ist die Folge der Steuerpolitik der von der SVP und der FDP angeführten Ratsmehrheit mit dem Ziel, Personen mit hohen Einkommen und grossen Vermögen zu entlasten. Eine Herabsetzung der Qualitätsstandards wird schnell und einfach erreicht durch Personalstopp oder Entlassungen.

Ein Abrücken vom heutigen Qualitätsstandard «angemessene Leistungen» bedeutet aber, dass bestenfalls nur noch «sichere Leistungen» erbracht werden können. Sichere Leistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie den PatientInnen zwar keine zusätzlichen Schäden zufügen, aber auch keine positiven Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand haben. Sie sind also für die PatientInnen [zwar] nicht schädlich, tragen aber auch nicht zu ihrer Genesung/zum Genesungsprozess bei. Wird das Qualitätsziel «sichere Leistungen» teilweise oder vollstän-





dig verfehlt, werden die Leistungen gefährlich. Gefährliche Leistungen sind Handlungen, die den PatientInnen Schaden zufügen und daher entsprechende zivil- und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Die juristischen Folgen einer Fehlhandlung werden jedoch aufgrund der Rechtslage ganz dem Personal angelastet. SVP- und FDP-PolitikerInnen, die durch ihre Politik eine Erhöhung der Rate der Berufsfehler geradezu provozieren, sind juristisch nicht belangbar. Sie müssen für die absehbaren Folgen ihrer Politik keine Verantwortung übernehmen.

Eine Herabsetzung des Qualitätsniveaus ist gesundheitspolitisch unhaltbar. Auch ökonomisch geht sie am Ziel vorbei. Sie

- erhöht das Behandlungsrisiko, dem die PatientInnen ausgesetzt sind

- erhöht das vom Gesundheitspersonal getragene Berufsrisiko, PatientInnen Schaden zuzufügen

- führt zu einer fachlichen Dequalifizierung des Personals

- erschwert bzw. verunmöglicht den Aufbau einer Vertrauensbeziehung mit den zu betreuenden Personen

- mindert die Wirksamkeit der Arbeit des Gesundheitspersonals.

Die AGGP geht davon aus, dass die Aufgabe des Gesundheitspersonals, seinem gesetzlichen Auftrag entsprechend darin besteht, der Zürcher Bevölkerung eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Betreuung zu sichern. Aus diesem Grund bekämpft sie den vom Regierungsrat geplanten Qualitätsabbau.

Ziele des Manifestes

Das Manifest ist ein Instrument, das das Zürcher Gesundheitspersonal² dabei unterstützt:

- seine eigenen Qualitätsziele zu formulieren
- das Vertrauen der PatientInnen weiter zu erhalten
- die rechtlichen Konsequenzen der durch den Qualitätsabbau induzierten Erhöhung des Berufsrisikos zu minimieren
- die Verantwortung abzulehnen für die Folgen von Entscheidungen, die es als unhaltbar betrachtet
- seine Verantwortung wahrzunehmen, die Bevölkerung über die Folgen eines Qualitätsabbaus zu informieren
- zur vom KVG geforderten qualitativ hoch stehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung beizutragen.

Die Grundsätze eines professionell orientierten Qualitätsverständnisses für die Gesundheitsberufe werden im ersten Teil formuliert. Im zweiten Teil wird auf die Erkenntnisse der heutigen Qualitätsforschung und auf die Rechtslage als Hintergrund der aufgestellten Qualitätsgrundsätze hingewiesen. Zusammenfassend werden im letzten Teil die Auswirkungen eines Qualitätsabbaus auf die professionelle Ausübung der Gesundheitsberufe aufgeführt.

Qualitätsgrundsätze

In Bezug auf die Qualität seiner Leistung orientiert sich das Gesundheitspersonal an vier Geboten und Prinzipien. Diese sind: das Professionalitätsgebot, die Sicherung der professionellen Qualitätsstandards, die Einschränkung des beruflichen Risikos und die Transparenzförderung.





Professionalitätsgebot

Das Gesundheitspersonal orientiert sich an Art. 43 Abs. 6 KVG und strebt eine Betreuung von professioneller Qualität an. Diese charakterisiert sich wie folgt:

- Sie unterstützt den Genesungsprozess aktiv oder trägt aktiv zur Förderung oder zum Erhalt der Autonomie der PatientInnen bei.
- Sie gründet auf gegenseitigem Vertrauen zwischen Betreuten und BetreuerInnen.
- Sie orientiert sich am Bedarf der einzelnen PatientInnen und ist diesem angepasst.
- Sie entspricht dem neuesten Erkenntnisstand der Gesundheitsforschung.

Sicherung professioneller Qualitätsstandards

Das Gesundheitspersonal trägt die Folgen von Entscheidungen, die mit dem Professionalitätsgebot nicht vereinbart werden können, nicht mit:

- Das Gesundheitspersonal nimmt an der Entwicklung von Qualitätsstandards und anderen Instrumenten, die eine professionelle Betreuung nicht ausdrücklich unterstützen, nicht teil.
- Es lehnt Qualitätsstandards ab, die eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Betreuung nicht unterstützen.
- Es macht allgemein keine Sparvorschläge, deren Umsetzung einen Qualitätsabbau erfordert.
- Das Gesundheitspersonal lehnt Budgetvorgaben ab, die offensichtlich so berechnet sind, dass eine professionelle Betreuung verunmöglicht wird.

Einschränkung des beruflichen Risikos

Das Gesundheitspersonal trägt die Verantwortung für sein Handeln gemäss den Bestimmungen des Haftpflichtrechts, so-

fern die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen ein Betreuungsniveau von professioneller Qualität unterstützen. Hingegen lehnt das Personal die Verantwortung ab für die Fehler, die durch eine bewusste, politisch verordnete Ressourcenverknappung entstehen. Konkret handelt das Personal, das mit der Herabsetzung des Qualitätsstandards konfrontiert ist, wie folgt:

- Bei Ressourcenkürzungen lehnt das Personal die Verantwortung für die daraus resultierenden Fehler ausdrücklich ab.
- Es verlangt von den Betriebsverantwortlichen, dass diese ausdrücklich auf jegliche disziplinarischen Schritte verzichten gegenüber denjenigen Berufspersonen, denen unter diesen Arbeitsbedingungen Fehler unterlaufen.
- Die BetreuerInnen vollziehen keine Handlungen, die aufgrund der Ressourcenverknappung nach ihrem Ermessen für die betreuten Personen oder für sie selbst gefährlich oder risikoreich sind.

Transparenzförderung

Im Anstellungsverhältnis hat das Gesundheitspersonal eine Treuepflicht gegenüber dem Arbeitgeber. Wenn es allerdings widerrechtliche Handlungen ausführen soll, ist es von seiner Treuepflicht entbunden. Falls das öffentliche Interesse es erfordert, muss es, auch gegen den Willen der Betriebsverantwortlichen, die Öffentlichkeit informieren.

- Wird das Gesundheitspersonal indirekt dazu veranlasst, widerrechtliche Handlungen auszuführen, oder erfährt es von einem von den Betriebsverantwortlichen bewusst verschwiegenen Missstand, nimmt es Kontakt auf mit dem Personalverband. Personal und Verband beraten das weitere Vorgehen mit dem Ziel, die Öffentlichkeit über die Folgen der kantonalen Qualitätspolitik informiert zu halten.



Begründungen

Die Grundsätze basieren auf den Erkenntnissen der betriebswirtschaftlichen Qualitätsforschung und tragen zur Qualitätssicherung der Leistungen im Zürcher Gesundheitswesen bei. Sie sind ausserdem eingebettet im KVG und nehmen die in diesem Kontext relevanten Bestimmungen von Straf- und Zivilrecht auf.

Qualitätssicherung

Die Auswirkungen der Personalausstattung auf die Leistungsqualität wurden bereits ausserhalb der Schweiz wissenschaftlich untersucht, und die Ergebnisse sind heute weitgehend validiert. Es wurde gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Anzahl Medikationsfehler, PatientInnenstürze sowie der Rate der im Spital erworbenen Lungenentzündungen, Harnwegsinfekte oder Dekubiti besteht. Ausserdem wurde ein Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und dem Überschreiten der erwarteten Aufenthaltsdauer festgestellt, was als Hinweis auf Behandlungskomplikationen und -verzögerungen interpretiert wird. Der Bezug zwischen Personalausstattung und Mortalitätsrate im Spital wurde ebenfalls untersucht. Es gilt heute als gesichert, dass die Todesrate bei PatientInnen in instabilem Allgemeinzustand – wie es bei akuter Angina Pectoris, Blutungen von Ösophagusvarizen, tiefen Venenthrombosen, schweren Blutvergiftungen oder schweren Lungenentzündungen immer der Fall ist – bei einer Herabsetzung des Ausstattungsniveaus steigt, weil das Personal nicht rechtzeitig helfen kann (Needleman, Buerhaus 2003).

Im chirurgischen Bereich wurde nachgewiesen, dass die Erhöhung des Arbeitspensums des Personals von einer Erhöhung

Der Zusammenhang
zwischen
Personalausstattung und
hospitalisierungsbedingter
Erhöhung von Morbiditäts-
und Mortalitätsrate ist
wissenschaftlich
nachgewiesen

der Rate der postoperativen Todesfälle bei den PatientInnen begleitet wird. Muss eine diplomierte Krankenschwester eine Person mehr betreuen, steigt das Risiko für diese, an einer postoperativen Komplikation zu sterben, um 7% (Aiken et al. 2002). Die Studie, die in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurde, hat internationales Aufsehen erregt. Auch die Schweizer Presse hat darüber berichtet (Frei 2002; Lahrtz 2003).

KVG-Qualitätsverständnis

In Art. 43 Abs. 6 KVG heisst es: *«Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.»*

Das KVG misst dem Qualitätsbegriff eine Schlüsselbedeutung zu, werden doch die höchsten Ziele der Grundversorgung mit Hilfe dieses Begriffs definiert. Diese hohen Qualitätsanforderungen des KVG haben Auswirkungen auf den Umfang der Leistungen, die aufgrund der Grundversicherung von den Krankenkassen übernommen werden. Sie sind allerdings sehr abstrakt und allgemein gehalten. Konkret bedeutet diese gesetzliche Bestimmung, dass die Versicherten im Rahmen des Pflichtleistungskatalogs Anspruch auf alle medizinischen, pflegerischen und medizinthérapeutischen Massnahmen haben, die geeignet sind, die Gesundheit bestmöglich wiederherzustellen oder zu verbessern sowie das physische, psychische und soziale Leiden während des Sterbens möglichst zu vermindern. Diese Auslegung des Gesetzesartikels entspricht der Rechtsprechung des eidgenössischen Versicherungsgerichts (Eugster 2001, S. 19).

In Art. 56 Abs. 1 KVG steht: *«Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.»*

Hohe Qualitätsanforderungen des KVG

Betreuung trägt zu Genesung bei

**KVG-Wirtschaftlich-
keitsgebot**

Neben dem Qualitäts- spielt also auch der Wirtschaftlichkeitsbegriff im Gesetz eine zentrale Rolle. Wirtschaftlich ist eine Handlung, wenn das bestmögliche Ergebnis mit den kleinstmöglichen Ressourcen erzielt wird. Die Pointe dabei ist, dass aus diesem Wirtschaftlichkeitsgebot so etwas wie ein wirtschaftlich optimales Ergebnisniveau nicht abgeleitet werden kann. Das anzustrebende Qualitätsniveau lässt sich nicht nach ökonomischen Kriterien bestimmen. Es ist eine sozialpolitisch definierte Grösse und präzisiert die verfassungsmässigen Sozialziele des Bundes für den Gesundheitsbereich.

Wirtschaftlichkeit ist folglich rein ökonomisch, d.h. ausschliesslich nutzen- orientiert, nicht definierbar. Wirtschaftlichkeit kann nur für ein gegebenes, im Voraus definiertes Qualitätsniveau bestimmt werden. In diesem Sinne kann von einem Primat der Qualität über die Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden. Das gesetzlich geforderte Qualitätsniveau wirkt als Schranke für das Wirtschaftlichkeitsgebot. Mit anderen Worten, «das Wirtschaftlichkeitsgebot hat zurückzustehen, wenn [...] das Ziel einer möglichst vollständigen Wiederherstellung oder bestmöglichen Verbesserung der Gesundheit durch Wirtschaftlichkeitsüberlegungen vereitelt oder in Frage gestellt würde» (Eugster 2001, S. 33).

Im Sinne des Gesetzes ist eine Handlung an sich nicht wirtschaftlich. Der Wirtschaftlichkeitsbegriff hat komparativen Charakter. Die Anwendung des Art. 56 Abs. 1 setzt voraus, dass für ein gleiches Qualitätsniveau zwischen (Be-)Handlungsalternativen gewählt werden kann. Wo es nicht so ist, «stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht» (Eugster 2001, S. 12). In einem solchen Fall wird nach der wirtschaftlichen Tragbarkeit der Handlung gefragt. Es bleibt aber unklar, nach welchen Kriterien die Verhältnismässigkeit zwischen Nutzen und Preis ermittelt wird.

**Primat der Qualität über
die Wirtschaftlichkeit**

Das Primat der Qualität über die Wirtschaftlichkeit, das sich aus der gesetzlichen Begriffsbestimmung ergibt, wird durch den Verbindlichkeitsgrad der entsprechenden Artikel 43 Abs. 6 KVG und 56 Abs. 1 KVG nicht unterstützt. In der Gestaltung des Bezugs zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit ist das Gesetz inkonsequent. Der durch die Begriffsbestimmung bedingte Vorrang der Qualität wird auf der normativen Ebene verneint. Praktisch hängt die Wirtschaftlichkeit nicht von den anzustrebenden Qualitätszielen ab, sondern umgekehrt: Die Qualitätsziele werden vom Wirtschaftlichkeitsgebot, d.h. von den finanz- und steuerpolitisch festgesetzten Sparzielen, bestimmt.

In Art. 58 Abs. 1 KVG heisst es: *«Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.»*

Das Gesetz sieht also eine Qualitätssicherung vor. Aber auch wenn der entsprechende Artikel zwar das Prinzip der Qualitätssicherung etabliert, vermag er die Qualitätsanforderungen des KVG kaum zu unterstützen. Praktisch wird er mit dem Artikel 43 nicht in Verbindung gebracht. Faktisch haben sich die zuständigen Bundesbehörden äusserst zurückhaltend verhalten und von diesem Recht bis heute keinen Gebrauch gemacht. Sie haben sich strikt an Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) gehalten.

In Artikel 77 Abs. 1 KVV heisst es: *«Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder*

Wirtschaftlichkeitsgebot
jedoch verbindlicher
als Qualität

Inkonsequenz des
Gesetzes

Prinzip der Qualitäts-
sicherung im KVG etabliert

in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»

Die Verordnung überlässt den Tarifpartnern die Bestimmung der anzustrebenden Qualitätsstandards und die Kontrolle über ihre Einhaltung. Sie verlangt lediglich, dass die Qualität der Leistungen Gegenstand einer Vereinbarung zwischen den Versicherern und den Organisationen der anerkannten Leistungserbringer ist. Über den Inhalt dieser Vereinbarungen sagt der Artikel nichts aus. Da ausdrücklich die Qualität unter das Wirtschaftlichkeitsgebot gestellt wird, wird oft behauptet, dass nach KVG eine Leistung qualitativ gut ist, wenn sie wirtschaftlich ist.

Die Vereinbarungen sind privatrechtlich geregelt und können von den involvierten Parteien beliebig geändert werden. Der Staat, d.h. Bund und Kantone, ist nicht dabei. Folglich ist dieser – ausser in seiner Kontrollfunktion – als wichtiges Glied in der Gesundheitsversorgung rechtlich praktisch nicht an die Qualitätsziele des KVG gebunden. Da die Vereinbarungen ausschliesslich für die unterzeichnenden Parteien verbindlich sind, werden die entsprechenden Verhandlungen weitgehend unter Ausschluss der breiten Öffentlichkeit geführt. Aus diesem Grund ist es für einen Dritten kaum möglich, eine Erfüllung der Vereinbarungen einzufordern; zudem sind sie schwer zugänglich und daher wenig bekannt.

Eine weitere Schwäche der Verordnungsbestimmung liegt darin, dass keiner der Tarifpartner ein Interesse daran haben kann, eine qualitativ hoch stehende Versorgung anzustreben: die Krankenkassen und der Staat aus Spargründen nicht, die LeistungserbringerInnen nicht, da der Aufwand, den eine hohe Qualität erfordert, ihre Konkurrenzfähigkeit mindert.

Qualitätskontrolle faktisch

wenig wirksam

Qualitätsvereinbarungen

wenig verbindlich

Haftungsbestimmungen

Angesichts der schwachen rechtlichen Verbindlichkeit der gesetzlichen Qualitätsbestimmungen können Leistungserbringer, Versicherer und Staat die hohen Qualitätsanforderungen des KVG weitgehend ignorieren. Praktisch ist das Haftpflichtrecht, das die Verletzung des Rechts auf körperliche und seelisch-geistige Unversehrtheit sanktioniert, massgebend für die Festlegung des anzustrebenden Qualitätsniveaus in der Gesundheitsversorgung und nicht das KVG.

Das Recht auf Leben und auf Schutz des Lebens sind verfassungsmässig geschützte, absolute Rechte. Ihre Verletzung löst zivilrechtliche und strafrechtliche Folgen aus. Ist eine fehlerhafte Handlung widerrechtlich und verschuldet, hat sie zu Schaden geführt und ist der kausale Zusammenhang zwischen Handlung und Schaden nachgewiesen, haben Verletzte Anspruch auf Schadenersatz und/oder Genugtuung (Art. 41 OR, Art. 97 OR). Die zivilrechtlichen Bestimmungen können sowohl bei einer freiberuflichen als auch bei einer angestellten Fachperson unmittelbar zur Anwendung gelangen. Der Betrieb kann auch aufgrund der Hilfspersonenhaftung durch Verletzte belangt werden (Art. 101 OR). Ist das Personal öffentlich-rechtlich angestellt, ist das kantonale Haftungsgesetz anwendbar. In diesem Fall haftet der Betrieb für den Schaden, der den PatientInnen zugefügt wird. Jedoch können Verantwortliche auf jeden Fall auf strafrechtlicher oder disziplinarischer Ebene individuell belangt werden (Vollenweider 2001, S. 17), und der Staat als Arbeitgeber kann auf die in Verletzung ihrer Pflichten handelnden Angestellten Rückgriff nehmen.

Wenn die Handlung die Verschlimmerung eines Gesundheitsschadens oder einen neuen Gesundheitsschaden zur Folge hat, stehen auch die Tatbestände der schweren Körperverletzung nach Art. 122 des Strafgesetzbuchs (StGB), allenfalls der ein-

KVG-Qualitätsanforderungen werden ignoriert

Haftpflichtrecht relevanter für Bestimmung des Qualitätsniveaus

**Letztendlich haften die
BetreuerInnen zivil- und
strafrechtlich für
zugefügten Schaden**

fachen Körperverletzung nach Art. 123 StGB oder der fahrlässigen Körperverletzung nach Art. 125 StGB zur Diskussion. Schliesslich können auch die Tatbestände der Gefährdung des Lebens und der Gesundheit nach Art. 127 StGB, der Unterlassung der Nothilfe nach Art. 128 StGB sowie der fahrlässigen, allenfalls der eventualvorsätzlichen Tötung (Art. 117, 111 StGB) erfüllt sein. Eine solche Situation tritt meistens aufgrund eines Kunstfehlers oder einer Kompetenzüberschreitung ein. Dabei kann eine fehlerhafte Handlung nicht mit dem Hinweis auf eine Weisung eines Vorgesetzten gerechtfertigt werden. Das Personal darf keine Weisung befolgen, wenn es dadurch gegen eine gesetzliche Vorschrift verstossen würde (Ineichen 2000, S. 1843). Es kann sich, um strafrechtliche Schritte zu vermeiden, auch nicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG (Art. 56) berufen, da dieses keine strafrechtliche Behandlungsmaxime ist (Ineichen 2000, S. 1844).

**Der Staat und
seine Gremien können
strafrechtlich nicht
belangt werden**

Das Strafrecht stellt grundsätzlich sogenannt natürliche Personen, also Individuen, unter Strafe. Aus diesem Grund können der Staat und die Mitglieder seiner Gremien strafrechtlich nicht belangt werden, wenn eine Patientin, ein Patient infolge einer finanz- oder steuerpolitisch motivierten Ressourcenverknappung stirbt.

**Die Qualitätspolitik zielt
darauf ab, die Haftpflicht-
fälle in finanziell
vertretbarem Rahmen
zu halten**

Angesichts der Rechtslage müssen sich die Tarifpartner nicht bemühen, den Genesungsprozess zu unterstützen, obwohl Art. 43 Abs. 6 KVG dies vorsieht. Im Grundversicherungsbereich kann das Qualitätsniveau in erster Linie aus den Haftpflichtregelungen abgeleitet werden. Praktisch zielt die vom Kanton verfolgte Qualitätspolitik lediglich darauf ab, das Auftreten widerrechtlicher Handlungen teilweise zu vermeiden. Zu diesem Zweck genügt die Aufstellung minimaler Qualitätsstandards, die die Häufigkeit gefährlicher Handlungen auf einem versicherungstechnisch akzeptablen Niveau stabilisieren.

Fazit:

Der offizielle Qualitätsminimalismus schadet unseren Berufen

Vor den vorgängig dargelegten Hintergründen können die berufspolitischen Folgen des Qualitätsminimalismus der Zürcher Behörden genauer eingeschätzt werden. Vom berufspolitischen Standpunkt aus gesehen, sprechen mindestens fünf Gründe gegen einen Qualitätsabbau im Gesundheitsbereich.

Qualitätsminimalismus verhindert die professionelle Ausübung der gelernten Berufe

Das Gesundheitspersonal ist darin ausgebildet, die Genesung der ihm anvertrauten Personen direkt oder indirekt aktiv zu fördern/zu unterstützen oder im Langzeitbereich zur Erhaltung der grösstmöglichen Autonomie der betreuten PatientInnen beizutragen. Eine professionelle Handlung wirkt sich somit aufbauend und positiv auf die Gesundheit aus.

Ist die Arbeit des Gesundheitspersonals lediglich darauf ausgerichtet, das selbstverschuldete Zufügen von Schaden zu vermeiden, ist sie nur negativ bestimmt und fachlich unbefriedigend, da das Vermeiden von Schaden weit weniger anspruchsvoll ist als der aktive Beitrag zu Gesundheitsförderung und Autonomieerhalt. Die Arbeit ist inhaltlich leer, weil das blosses Vermeiden von Fehlern keine tragende Handlungsperspektive eröffnet. Daraus resultierende Konsequenz ist: frustriertes Personal, weil es sein Können nicht einbringen und erweitern kann und seine Arbeit wenig Sinn macht. Dies führt zu raschem beruflichem Burnout und schliesslich zum Ausstieg aus dem Beruf.





Qualitätsminimalismus untergräbt das professionelle Menschenbild

Würde kommt vom berufsethischen Standpunkt aus ohne Einschränkung jedem Menschen zu. Aus diesem Grund werden die einzelnen Betreuten als Menschen mit unvergleichbarem und daher unersetzbarem Leben angesehen. Dieses Menschenbild stimmt mit dem rechtsethischen Persönlichkeitsbegriff überein, wonach jedem Menschen aufgrund seiner Natur als Mensch untrennbare und unverlierbare Rechte zustehen. Im beruflichen Alltag jedoch wird das Menschenbild vom Nutzegedanken beherrscht. Aus ökonomischen Gründen werden die Ressourcen zu knapp gehalten, und somit wird vom Personal verlangt, seine berufsethischen Grundsätze zu vernachlässigen und Opfer unter den ihm anvertrauten PatientInnen in Kauf zu nehmen. Das Personal hat in der Folge mit nicht zu lösenden Gewissenskonflikten zu kämpfen, was wiederum zu Burnout und Ausstieg aus dem Beruf führt.

Qualitätsminimalismus erschwert den Aufbau einer auf Vertrauen gründenden Betreuungsbeziehung

Handlungen, die auf eine Verbesserung der Gesundheit ausgerichtet sind, setzen ein Vertrauensverhältnis zwischen PatientInnen und BetreuerInnen voraus. Bei einem nur minimalen Qualitätsniveau aber können die Interessen der PatientInnen vom Personal nicht selbstverständlich wahrgenommen werden. Die PatientInnen müssen unbesehen ihres Gesundheitszustandes die Aufmerksamkeit des Personals erlangen, um beim Genesungsprozess von ihm unterstützt zu werden. Das Personal erhält seinerseits von den PatientInnen nicht mehr das Vertrauen, das für eine professionelle Betreuung erforderlich ist. Seine Arbeit ist daher erschwert und unbefriedigend.

Qualitätsminimalismus mindert die Wirksamkeit der Arbeit des Gesundheitspersonals

Wirksam ist eine Leistung dann, wenn sie das angestrebte Ziel erreicht. Eine Leistung kann folglich unwirksam sein, obwohl sie ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist. Soll nämlich die Arbeit des Gesundheitspersonals nicht zum Gesundungsprozess beitragen und die Autonomie der PatientInnen nicht fördern, verfehlt sie ihr Ziel und hat kaum noch eine Berechtigung. Eine Leistung, die lediglich zum Ziel hat, nicht schädlich zu sein, ist unwirksam.

Qualitätsminimalismus erhöht das berufsbedingte Haftungsrisiko

Das Risiko, Fehler zu begehen, wird durch die Herabsetzung des anzustrebenden Qualitätsniveaus strukturell erhöht. Mit anderen Worten, das Berufsrisiko wird für jede betreuende Fachperson, unabhängig von ihrer individuellen beruflichen Kompetenz, grösser. Die Fehler – obwohl systembedingt – werden jedoch aufgrund der haftpflichtrechtlichen Regelungen immer auf Menschenversagen zurückgeführt werden. Folglich haftet jede Berufsperson individuell für die unvermeidlichen Folgen einer rein nutzenorientierten Qualitätspolitik.

¹ Das sogenannte Stufenmodell wurde in den 50er Jahren für den Pflegebereich in den Vereinigten Staaten entwickelt und Ende der 70er Jahre in angepasster Form für die Schweiz übernommen (s. Anhang).

² Mit Gesundheitspersonal sind im engeren Sinn die Hebammen und die Personen gemeint, die nach Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen. Dazu gehören gemäss Art. 46 Abs. 1 KVV der/die Physiotherapeut/in, der/die Ergotherapeut/in, die Krankenschwester/der Krankenpfleger, die Logopädin/der Logopäde und der/die Ernährungsberater/in. Im weiteren Sinn sind alle Personen gemeint, die einen Gesundheitsberuf im Angestelltenverhältnis ausüben.





Anhang: Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität im Spital

Stufe 3:

optimale Pflege

Stufe 2:

angemessene Pflege

Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten

Persönliche Gewohnheiten werden berücksichtigt, soweit Krankheit und Zustand (Befinden) des Patienten dies zulassen.

Persönliche Gewohnheiten werden, soweit Patient/Angehörige diese klar zum Ausdruck gebracht haben, möglichst berücksichtigt.

Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit

Patient/Angehörige erhalten die auf sie abgestimmte Beratung und Hilfe, welche die Selbständigkeit fördern, das Selbstvertrauen beziehungsweise das Vertrauen in die Pflege und die Behandlung stärken.

Patient/Angehörige erhalten die ihre Selbständigkeit fördernde Beratung und Hilfe, nach denen sie fragen. Das Vertrauen in die Pflege und die Behandlung ist ungestört.

Hilfe zur Anpassung an veränderte Bedingungen

Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, erhält er im Prozess der Umstellung/Anpassung so viel Hilfe, dass er neue für ihn sinnvolle Lebensmöglichkeiten ausschöpfen, neue Gewohnheiten aufbauen kann. Schwester und Patient/Angehörige suchen gemeinsam. Der Patient fühlt sich voll akzeptiert, integriert, frei, selbständig.

Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, erhält er auf Krankheit und Zustand abgestimmte Unterstützung, Hilfe und Beratung im Prozess der Umstellung/Anpassung an die neue Lebenssituation. Der Patient fühlt sich akzeptiert, eventuell abhängig.

Stufe 1:

sichere Pflege (Routinepflege)

Persönliche Gewohnheiten werden nur berücksichtigt, sofern sie die Routine nicht stören.

Patient/Angehörige erhalten auf ihre Fragen, welche für sie zur Erhaltung oder Förderung der Selbständigkeit wichtig sind, stereotype Antworten. Das Vertrauen ist gefährdet.

Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, wird entsprechend den Stationsgewohnheiten und -möglichkeiten routinemässige Hilfe und Unterstützung geleistet. Der Patient fühlt sich abhängig und unter Umständen dem Personal gegenüber als Belastung.

Stufe 0:

gefährliche Pflege

Persönliche Gewohnheiten werden nicht berücksichtigt.

Patient/Angehörige erhalten auf ihre Fragen, welche für sie zur Erhaltung oder Förderung der Selbständigkeit wichtig sind, ausweichende oder keine Auskünfte. Das Vertrauen in Pflege und Behandlung ist gestört.

Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, wird nicht erkannt, dass er Hilfe und Unterstützung im Prozess der Umstellung braucht. Der Patient fühlt sich vernachlässigt. Er erleidet unter Umständen physischen/psychischen Schaden.





Stufe 3:

optimale Pflege

Stufe 2:

angemessene Pflege

Aufrechterhaltung und Förderung der Beziehung nach aussen

Einerseits wird die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen gefördert, andererseits wird das Bedürfnis nach Ruhe und Stille respektiert.

Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen wird ermöglicht und dem Bedürfnis nach Ruhe und Stille wird Rechnung getragen, sofern darum gebeten wird.

Hilfe zum Verständnis von Krankheit, Diagnostik, Therapie und Pflege

Patient/Angehörige erhalten eine ihrem Verständnis angepasste Information beziehungsweise Erklärung über Art, Intensität und Zweck der Pflege.

Patient/Angehörige erhalten Information beziehungsweise Erklärung über Art, Intensität und Zweck der Pflege, sofern sie danach fragen.

Planung der Pflege

Patienten/Angehörige werden bei Zielsetzung, Planung und Beurteilung der Pflege miteinbezogen

Das Pflegepersonal plant und beurteilt die Pflege.

Stufe 1:

sichere Pflege (Routinepflege)

Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen wird durch Spitalregelungen beschränkt. Das Pflegepersonal hält sich stur an die Vorschriften.

Patient/Angehörige erhalten stereotype Auskunft über die Pflege, wenn sie danach fragen.

Die Pflege wird nach Schema ausgeführt.

Stufe 0:

gefährliche Pflege

Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach aussen wird durch negative Verhaltensweisen des Pflegepersonals und/oder durch stark einschränkende Spitalregelungen erschwert/verunmöglicht. Das Bedürfnis nach Ruhe und Stille wird nicht erkannt/wird ignoriert.

Patient/Angehörige erhalten keine oder unsachliche Informationen über die Pflege.

Die Pflege wird nicht geplant.



Bibliografie

Zitierte Texte und weitere bibliografische Elemente

Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.; Sochalski, J.; Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, S. 1987–1993.

Bliesmer, M. M., et al. (1998). The Relationship Between Nursing Staffing and Nursing Home Outcome. *Journal of Aging and Health*, 10, S. 351–371.

Eugster, G. (2001). Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: Schaffhauser, R.; Kieser, U. (Hrsg.). *Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung*. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St.Gallen: St.Gallen, S. 9–70.

Fiechter, V.; Meier, M. (1981). *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*. Rocom: Basel.

Frei, M. (2002). Weniger Schwestern, mehr tote Patienten. *Tages-Anzeiger* vom 25. Oktober.

Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Müller, B. H. (Hrsg.) (2003). *Working Conditions and Intend to Leave the Profession Among Nursing Staff in Europe. Nurses Early Exit Study (NEXT)*: University of Wuppertal.

Ineichen, T. (2000). Rechtsfragen zur Rationierung. *Praxis*, 89, S. 1841–1845.

Needleman, J.; Buerhaus, P. (2003). Nurse Staffing and Patient Safety: Current Knowledge and Implication for Action. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, S. 275–277.

Santésuisse (Hrsg.) (2002). *Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung*. Solothurn.

Schaffert, R.; Wahlster, T. (Hrsg.) (2004): *Qualität neu erfinden? Qualitätsmerkmale im Sozial- und Gesundheitswesen unter der Lupe*. edition 8; Zürich.

Lahrtz, S. (2003). Zu viele Patienten pro Krankenschwester. *Neue Zürcher Zeitung* vom 15. Januar.

Vollenweider, A.-C. (2001). Die Haftpflicht für medizinische Eingriffe, nament-

Wer wir sind:

Die AGGP ist eine gesundheitspolitische Basisorganisation, die sich unter anderem für die Gleichstellung der Geschlechter, für gute Arbeitsbedingungen für die Angestellten und für ein gerechtes und soziales Gesundheitswesen, ohne Rationierung und ohne Zwei-Klassen-Behandlung engagiert. In ihrem Einsatz für die Interessen des Personals der Gesundheitsberufe ist die AGGP ein von Stadt und Kanton Zürich anerkannter Personalverband.

Unsere Aktivitäten:

Die AGGP war massgeblich an den Gleichstellungsklagen des Gesundheitspersonals im Kanton Zürich beteiligt, welche 2001 in einem Erfolg vor Gericht endeten und zu Lohnnachzahlungen in Millionenhöhe führten. Im Mai 2000 war die AGGP federführend bei der grossen Protestwelle des Zürcher Gesundheitspersonals, welche nach drei Tagen mit progressiven Protestpausen in eine Demonstration mit 8000 TeilnehmerInnen kumulierte. Die AGGP betreibt eine aktuelle Homepage und bietet Ihren Mitgliedern ein mehrmals jährlich erscheinendes Bulletin mit interessanten Informationen.

Mitglied werden:

Die Mitgliedschaft bei der AGGP kostet für Einzelmitglieder im Jahr Fr. 90.– (für Leute in Ausbildung: Fr. 20.–).

Beitrittsformulare finden sich unter www.aggp.ch oder können bestellt werden bei: AGGP, Wiedingstrasse 78, 8045 Zürich, 044/461 00 06, sekretariat@aggp.ch

Spenden sind stets willkommen unter: PC 80-21474-1

Qualitätsabbau im Gesundheitswesen bedeutet:

- Erhöhtes Risiko für «Kunstfehler» und Unterbetreuung von PatientInnen.
- Moralische und rechtliche Konsequenzen für Angestellte, denen unter Stress Fehler unterlaufen.
- Störung der Vertrauensbeziehung zwischen Personal und PatientInnen.
- Verunmöglichung einer fachlich angemessenen und wirksamen Betreuung.
- Mehr Burnout und Berufsausstiege beim Gesundheitspersonal.

Stopp dem Qualitätsabbau im Gesundheitswesen!



www.aggp.ch

AGGP
Wiedingstrasse 78
8045 Zürich
044 461 00 06
PC 80-21474-1

