

(erweiterte Power Point-Präsentation vom 15.5.12)

Qualitätsmanagement im Gesundheits- wesen:

Wettbewerbsfaktor oder „Schwarzer Peter“?

Bernhard Güntert, Prof. Dr.oec./MHA
Institut für Management und Ökonomie im
Gesundheitswesen (IMÖG),

Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
medizinische Informatik und Technik UMIT, Hall in Tirol

Inhaltsübersicht:

1. Klärung von Begrifflichkeiten
2. Entwicklungen und Trends im Qualitätsmanagement
3. Vom staatlich gesteuerten Leistungsangebot zum Gesundheitsmarktplatz
4. Veränderte Anbieter und Nachfrager und die Rolle der Qualität
5. Fazit

1. Klärung von Begrifflichkeiten

- **„Schwarzer Peter“**: Der Begriff wird oft verwendet wenn es darum geht jemandem für einen Fehler Schuld zuzuschreiben. Er erinnert an den dunkel-haarigen Holzfäller, Köhler und Räuber Peter Petri der im 18. und 19. Jahrhundert im Hundsrück sein Unwesen trieb. 1812 wurde er in Mainz zu lebenslanger Haft verurteilt wo er hinter Gittern das Kartenspiel erfand. (Probst 2001)
- **Qualitätsmanagement:**
- **Wettbewerbsfaktor:**

1. Klärung von Begrifflichkeiten

- „Schwarzer Peter“:
- **Qualitätsmanagement:** bezeichnet alle organisierten, systematischen Maßnahmen, die der Verbesserung von Produkten, Prozessen oder Leistungen jeglicher Art dienen. Qualitätsmanagement ist eine Kernaufgabe des Managements.
In Branchen wie der Luft- und Raumfahrt, Medizintechnik, Teilen der Gesundheitsversorgung, der medizinischen Rehabilitation oder der Arznei- und Lebensmittelherstellung ist das Qualitätsmanagement vorgeschrieben. (Zollondz 2002)
- **Wettbewerbsfaktor:**

1. Klärung von Begrifflichkeiten

- „Schwarzer Peter“:
- Qualitätsmanagement:
- **Wettbewerbsfaktor:** strukturelle Merkmale einer Branche, die die Stärke der Wettbewerbsintensität und damit nachgelagert auch die Rentabilität der Unternehmungen und der Branche generell bestimmen.
Im Gesundheitswesen waren dies lange Zeit fast ausschließlich Standort und regionale Bevölkerung, Ruf und Image der Ärzte (gleichgesetzt mit Qualität) bzw. der Pflege (gleichgesetzt mit Menschlichkeit) sowie die Beziehung zu den Zuweisern.

Heute werden fünf Wettbewerbskräfte unterschieden:

- Bedrohung durch neue Anbieter
- Verhandlungsstärke der Abnehmer
- Verhandlungsstärke der Lieferanten
- Druck durch Substitutionsprodukte
- Grad der Rivalität unter bestehenden Anbietern

Je nach Stärke und Ausprägung einzelner Wettbewerbskräfte werden

unterschiedliche Wettbewerbsfaktoren bedeutungsvoll.

(Gabler 2012)

2. Entwicklungen und Trends im Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

- **Donabedian:** in den 60er Jahren entwickeltes Konzept mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- **DIN ISO:** für industrielle Prozesse entwickelt, im Gesundheitswesen vor allem für patientenferne Prozesse oder auf hohem Abstraktionsniveau verbreitet.
- **Joint Commission of Accreditation:** speziell für Zulassung und Akkreditierung von Krankenhäusern.
- **EFQM:** Exzellenz-Modell, welches nicht die Erfüllung von Kriterien, sondern kontinuierliche Verbesserungs- und Lernprozesse in den Vordergrund stellt.
- **KTQ / pCC:** für den Krankenhausbereich entwickelt, mit Fokus auf die Prozess- und Ergebnisqualität.
- **Risk Management und CIRS:** ein von Health Professionals oft bevorzugter, direkt am Kernprozess orientierter Ansatz zur Fehlervermeidung.

2. Entwicklungen und Trends im Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

- Typisch für alle Modelle ist:
 - dass sie grundsätzlich für Qualitätsfragen sensibilisieren,
 - dass sie heute alle über reine Struktur- und Prozessindikatoren hinausgehen, Ergebnisse mit einbeziehen und Verbesserungsprozesse (Qualitätskultur) erreichen wollen.
 - dass sie Leistungen und Qualität systematisch erfassen, dokumentieren und so zur Qualitätstransparenz beitragen.

weitere Ansätze:

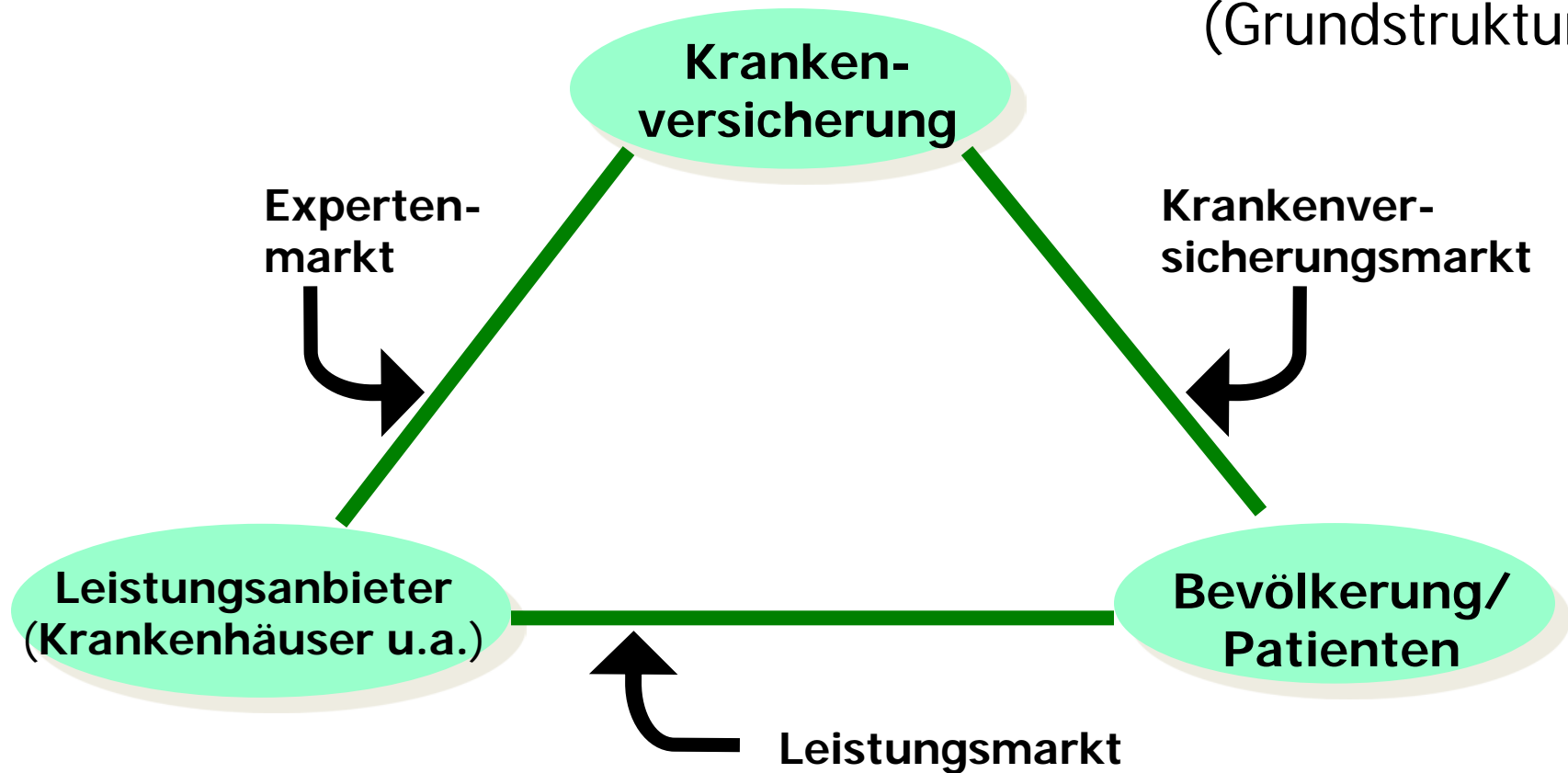
- **Qualitätsberichte:** zu Beginn auf freiwilliger Basis, in Deutschland seit 2005 verpflichtende Publikation von verschiedenen Qualitätsindikatoren; vorgegebene Struktur der Qualitätsberichte
- **Patient Reported Outcome:** systematische Sammlung und Dokumentation aller subjektiven Aussagen von Patienten zu Behandlungsergebnissen und Zufriedenheit als zusätzliche Information für die Wahlentscheidung.
- **Qualitätsvergleiche:** systematische vergleichende Darstellung der Qualitätsindikatoren verschiedener Leistungsanbieter und damit Schaffung einer neuen Transparenz und Entscheidungssituation für die Nachfrager.

3. Vom staatlich gesteuerten Leistungsangebot zum Gesundheitsmarktplatz

- **Phase 1:** staatlich kontrollierter, geplanter und gesteuerter stationärer Sektor; Vorwurf des „Staatsversagens“.
 - **Phase 2:** New Public Management bringt marktwirtschaftliche Anreize in die staatlichen Strukturen; normatives Management bleibt beim Staat.
 - **Phase 3:** („Pseudo-“)Privatisierung durch Bildung von Spital AGs ermöglicht eine Verschiebung der Finanzverantwortung auf die Leistungsanbieter und verstärkt marktwirtschaftliche Anreize. Maßgebende Voraussetzung ist ein leistungsorientiertes Entschädigungssystem (DRG).
- Verstärkung der ökonomischen Rationalität und der Wettbewerbsmechanismen.

Märkte und Akteure im Gesundheitswesen

(Grundstruktur)



Typisch für (ideale) Marktsituationen ist, dass Nachfrager und Anbieter freien Marktzutritt haben, dass Nachfrager und Anbieter möglichst vollständige Informationen über Leistung, Qualität und Preis haben, dass unter Kosten/Nutzen-Überlegungen rational entschieden wird. Diese Voraussetzungen treffen auf die Märkte im Gesundheitswesen nicht zu. Für Anbieter gibt es Zutrittsbarrieren, die Information liegt einseitig bei den Anbietern und die Nachfrager entscheiden ohne die Kostenfolge miteinzubeziehen (Krankenkasse als Finanzierer).

Ausprägung der Wettbewerbskräfte

- 1. Bedrohung durch neue Anbieter:** große finanzielle Barrieren für neue Anbieter im stationären Bereich; vielfältige staatliche Regelungen für Reduktion von Markteintritten durch Spitalplanung, Spitalsliste, Verbot neuer Arztpraxen usw.
- 2. Verhandlungsstärke der Abnehmer:** Kontrahierungszwang und Tarifvorgaben durch Staat reduzieren Verhandlungsstärke.
- 3. Verhandlungsstärke der Lieferanten:** stark aufgesplitterter Markt, ausgeprägte Konkurrenz zwischen Lieferanten.
- 4. Druck durch Substitutionsprodukte:** Finanzierungsmechanismen verhindern teilweise die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen.
- 5. Grad der Rivalität unter den bestehenden Wettbewerbern:** Innerhalb der Kantone relativ wenig Rivalität, da meist im Eigentum der Kantone und zugeordnete Versorgungsregionen.

Aktuelle und mögliche Veränderung der Wettbewerbskräfte

1. **Bedrohung durch neue Anbieter:** Liberalisierung und Versachlichung der Spitalslisten, zunehmend private Anbieter, Gruppenpraxen und Medizinische Versorgungszentren mit guter Infrastruktur, steigendes Interesse ausländischer Anbieter am Schweizer Markt.
 2. **Verhandlungsstärke der Abnehmer:** Wegfall des Kontrahierungszwanges, Managed Care-Angebote und damit Kanalisierung der Nachfrage, Druck für Preisnachlässe bei großen Volumina bzw. vertragliche Bindung.
 3. **Verhandlungsstärke der Lieferanten:** kostengünstige Logistikdienstleister die interne Prozesse steuern wollen, Vorteil für Großabnehmer, vermehrt Direktvertrieb von Pharma und Medizintechnik
 4. **Druck durch Substitutionsprodukte:** Förderung der ambulanten Leistungserbringung durch entsprechende Finanzierungssysteme
 5. **Grad der Rivalität unter den bestehenden Wettbewerbern:** die Betonung der ökonomischen Rationalität fördert betriebswirtschaftliche Optimierung, Konkurrenz, Kostendruck und Auslastungsproblematik, aber auch Integrierte Versorgung.
- Für Nachfrageentscheidung wird mehr Transparenz (Entscheidungsqualität) notwendig.

4. Veränderte Anbieter und Nachfrager und die Rolle der Qualität

- Entscheidungen über stationäre Leistungen und deren Anbieter liegen nicht mehr überwiegend bei den zuweisenden Ärzten (als Agenten der Patienten).
- Patienten wollen und können vermehrt mitbestimmen. Sie sind mobiler, besser informiert und haben vom Gesetzgeber einerseits und von der Marktstruktur andererseits auch mehr Mitsprachemöglichkeiten.
- Krankenkassen wollen (und können) vermehrt (mit)bestimmen (Managed Care, Kontrahierungsmöglichkeit, Leistungs- und Qualitätstransparenz).
- Damit ergibt sich ein Wechsel vom Leistungsmarkt zum Expertenmarkt, und ein Bedarf an rationaleren Entscheidungsgrundlagen (von Eminenz zu Evidenz).

Qualität als wichtiger Aspekt bei Marktentscheidungen

Grundsätzlich lassen sich drei Kategorien von Qualitätswahrnehmung bei den Nachfragern unterscheiden:

- **Entscheidungsqualität:** Qualitätsaspekte die bereits bei der Entscheidung über den Leistungskonsum bekannt sind.
 - **Erfahrungsqualität:** Qualitätsaspekte die bei der Entscheidung nicht bekannt sind, aber während des Prozesses der Leistungserstellung erfahren werden (z.B. soziale Beziehung, Kommunikation)
 - **Vertrauensqualität:** Qualitätsaspekte die weder im Vorfeld noch aufgrund von Erfahrung beurteilt, sondern die meist nur vertraut werden können (z.B. Angemessenheit der Behandlung, korrekte Durchführung der Therapie).
- In Marktsituationen ist vor allem Entscheidungsqualität gefragt. Viele Aktivitäten dienen heute dazu, den Nachfragern möglichst viel Entscheidungsqualität zu verschaffen, d.h. Erfahrungs- und Vertrauensqualitäten in Entscheidungsqualitäten umzuwandeln (z.B. Tests, Zertifikate, Produktinformation, Erfahrungsberichte, Prüfberichte usw.)

Dimensionen der Gesundheitsleistungen

Bei den meist personalen Gesundheitsleistungen können grundsätzlich drei Dimensionen der Leistung unterschieden werden:

- **Kernleistung:** die eigentliche medizinische, pflegerische Leistung (Diagnose, Therapie). Meist für die Patienten nicht direkt beurteilbar (oft Vertrauensqualität).
 - **Zusatzleistung:** meist aufgrund von Strukturen, oft mit Komfort verbunden (z.B. Zweibett-Zimmer, eigenes Fernsehen, Auswahlmöglichkeiten bei Essen usw.) (oft Entscheidungsqualität).
 - **Beziehungsleistung:** vor allem das Verhalten und die Kommunikation der Health Professionals während des Behandlungs- und Betreuungsprozesses (meist Erfahrungsqualität).
- Durch systematische Erfassung von Leistung und Dokumentation verschiedener Qualitätsaspekte wird es möglich, Vertrauensqualität und Erfahrungsqualität in Entscheidungsqualität umzuwandeln. Dies gilt insbesondere für die Kundengruppe „Finanzierer“, d.h. für Krankenkassen und Staat, welche die Leistungen nicht direkt selbst konsumieren. Statistische Wahrscheinlichkeit genügt hier als Entscheidungsqualität. Für Patienten sind statistische Wahrscheinlichkeiten aber äußerst schwierig.

Leistung, Qualität und Entwicklung der Entscheidungssituation für **Patienten**

Dimensionen der Gesundheitsleistungen

Qualitätskategorien traditioneller Patienten

Ziel von Patienteninformation und Empowerment

Kernleistung	Vertrauensqualität	Statistische Entscheidungsqualität
Struktur- und Zusatzleistung	Entscheidungsqualität	Entscheidungsqualität
Beziehungsleistung	Erfahrungsqualität	Statistische Entscheidungsqualität

Durch Qualitätsberichte und andere Informationen werden die bis anhin bestehenden Vertrauens- und Erfahrungsqualitäten in Statistische Entscheidungsqualitäten umgewandelt. Viele Patienten können jedoch mit Wahrscheinlichkeiten nicht umgehen.

Leistung, Qualität und Entwicklung der Entscheidungssituation für **Zuweiser**

Elemente von
Gesundheits-
leistungen

Qualitätskategorien
traditioneller
Zuweiser

Ziel von Q-bericht-
erstattung und
-vergleichen

Kernleistung	Erfahrungs- qualität	Entscheidungs- qualität
Struktur- und Zusatzleistung	Entscheidungs- qualität	Entscheidungs- qualität
Beziehungslei- stung	Erfahrungs- qualität	Erfahrungs- qualität

Systematische Erfassung und Dokumentation verwandelt Erfahrungsqualität in (statistische) Entscheidungsqualität. Diese genügt Finanzierern für ihre Leistungsentscheidungen und Verträge mit Leistungsanbietern.

Leistung, Qualität und Entwicklung der Entscheidungssituation für **Finanzierer**

Elemente von Gesundheitsleistungen	Qualitätskategorien traditioneller Finanzierer	Ziel von Q-berichterstattung und -vergleichen
Kernleistung	Vertrauensqualität	Entscheidungsqualität
Struktur- und Zusatzleistung	Entscheidungsqualität	Entscheidungsqualität
Beziehungsleistung	(Erfahrungsqualität, wird aber nur relevant wenn sehr schlecht)	(Erfahrungsqualität, wird aber nur relevant wenn sehr schlecht)

Systematische Erfassung und Dokumentation verwandelt Vertrauensqualität in (statistische) Entscheidungsqualität. Diese genügt Finanzierern für ihre Leistungsentscheidungen und Verträge mit Leistungsanbietern-

5. Fazit: QM ist ein wichtiger Wettbewerbsfaktor und bleibt doch „Schwarzer Peter“

- QM ist ein wichtiger Wettbewerbsfaktor. Dies einerseits, weil QM mit großer Wahrscheinlichkeit die durchschnittliche Leistungsqualität verbessert und andererseits weil damit Leistungen und Qualität systematisch erfasst und dokumentiert und damit die Entscheidungsqualität verbessert wird. Durch die zunehmend marktwirtschaftlichen Strukturen im Gesundheitswesen wächst der Ruf nach besserer Entscheidungsqualität für alle Akteure. Diese Entwicklung ist in Gange und lässt sich nicht mehr zurückdrehen. Damit ist QM heute eine Notwendigkeit und ein Wettbewerbsfaktor im Gesundheitsmarkt.
 - Dennoch bleibt QM für viele Health Professionals „Schwarzer Peter“! QM wird für den steigenden administrativen Arbeitsaufwand und die zunehmende Standardisierung von diagnostischen und therapeutischen Prozesse verantwortlich gemacht.
 - Angesichts der heute üblichen, umfassenden QM-Modelle ist jedoch das bis vor einigen Jahren übliche Hin- und Herschieben der Qualitätsverantwortung zwischen Professionen bzw. der Verwaltung („Schwarz-Peter-Spiel“) nicht mehr möglich.
- Insgesamt: weniger „Schwarzer Peter“, mehr Wettbewerbsfaktor!