



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Version 25. Mai 2011

Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Executive Summary | 5 |
| 1.1 | Ausgangslage | 5 |
| 1.2 | Zukünftige nationale Organisation - Rollen der Akteure | 5 |
| 1.3 | Finanzierung | 9 |
| 1.4 | Schwerpunkte in den Aktionsfeldern der Qualitätsstrategie für die Übergangsphase 2011 bis 2014 | 10 |
| 1.5 | Finanzierung in der Übergangsphase 2011 bis 2014 | 11 |
| 2 | Ausgangslage | 12 |
| 2.1 | Vorgeschichte | 12 |
| 2.2 | Zusammenfassung der Inhalte der Qualitätsstrategie des Bundes | 12 |
| 2.3 | Allgemeine Bemerkungen | 13 |
| 2.4 | Konkretisierungsprojekt | 13 |
| 2.4.1 | Projektgliederung und -organisation | 13 |
| 2.4.2 | Vorgehen | 14 |
| 3 | Ergebnisse | 15 |
| 3.1 | Strukturen | 15 |
| 3.1.1 | Allgemeine strategische und strukturelle Überlegungen, Prämissen | 15 |
| 3.1.2 | Übergreifende Rolle/Aufgaben des Bundes | 16 |
| 3.1.3 | Rolle der Kantone | 17 |
| 3.1.4 | Rolle der Versicherer | 17 |
| 3.1.5 | Rolle der Leistungserbringer | 17 |
| 3.1.6 | Strukturvariante 1, nationales Institut | 17 |
| 3.1.7 | Strukturvariante 2, Übertragung von Aufgaben an verschiedene (bestehende) Organisationen | 22 |
| 3.1.8 | Übergangsphase bis zur Installation einer neuen nationalen Q-Organisation | 22 |
| 3.1.9 | Durchsetzungsmöglichkeiten seitens Kantone, Versicherer | 23 |
| 3.1.10 | Durchsetzungsmöglichkeiten seitens Bund | 23 |
| 3.1.11 | Beurteilung der Strukturvarianten | 24 |
| 3.2 | Finanzierung | 24 |
| 3.2.1 | Abgrenzung | 24 |
| 3.2.2 | Finanzierungsbedarf für Massnahmen der Qualitätsstrategie | 25 |
| 3.2.3 | Kriterien zur Beurteilung der Finanzierungsmodelle | 25 |
| 3.2.4 | Finanzierungsmodelle | 26 |
| 3.2.5 | Beurteilung der Finanzierungsmodelle | 27 |
| 3.2.6 | Erste Konkretisierung der Aufteilung der Finanzmittel | 27 |
| 3.2.7 | Finanzierung Übergangsphase | 28 |
| 3.3 | Prioritäre Inhalte, Aktionsfelder | 29 |
| 3.3.1 | Zielsetzung | 29 |
| 3.3.2 | Aktionsfelder im Überblick | 29 |
| 3.3.3 | Priorisierungsprozess | 29 |
| 3.3.4 | Schwerpunkte in den Aktionsfeldern für die Übergangsphase 2011-2014 | 30 |
| 3.3.5 | Prioritäres Aktionsfeld 9 „Direkte Interventionen“ | 32 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.4 | „Informationen“ | 36 |
| 3.4.1 | Ausgangslage | 36 |
| 3.4.2 | Zielsetzungen..... | 36 |
| 3.4.3 | Prioritäre Bereiche hinsichtlich Qualitätsindikatoren | 37 |
| 3.4.4 | Vorgehen im stationär akut-somatischen Bereich | 37 |
| 3.4.5 | Vorgehen im ambulant-ärztlichen Bereich..... | 39 |
| 3.4.6 | Vorgehen im Bereich Psychiatrie..... | 40 |
| 3.4.7 | Vorgehen im Bereich Pflegeheime | 40 |
| 3.4.8 | Zielgruppengerechte Aufbereitung der Informationen | 40 |
| 4 | Übersicht Massnahmen und Zeitplan | 41 |

Verzeichnis der Anhänge

| | | |
|----------|--|----|
| Anhang 1 | – Detailübersicht über Strukturvarianten für eine nationale Q-Organisation | 45 |
| Anhang 2 | – Erstes Nationales Q-Programm – Teilaspekte, Massnahmenvorschläge | 52 |
| Anhang 3 | – Konzept Qualitätsmessung ambulant ärztliche Leistungen | 54 |
| Anhang 4 | – Projektorganisation Konkretisierungsphase | 55 |
| Anhang 5 | – Rechtliche Grundlagen KVG, KVV | 56 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------------|--|
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| ANQ | Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BfS | Bundesamt für Statistik |
| CURAVIVA | Verband Heime und Institutionen Schweiz |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| GDK | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| H+ | Verband Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen |
| KVG | Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz) |
| KVV | Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsverordnung) |
| OECD | Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| OKP | obligatorische Krankenpflegeversicherung |
| PS | Patientensicherheit |
| QS | Qualitätssicherung |
| Swiss-Noso | Verein zur Prävention von nosokomialen Infektionen im Schweizer Gesundheitswesen |
| WHO | World Health Organization |

1 Executive Summary

1.1 Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 28. Oktober 2009 den Bericht „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“ gutgeheissen und den Auftrag erteilt, im Jahr 2010 die Rolle des Bundes zu konkretisieren, die Aktionsfelder zu priorisieren und zu konkretisieren, geeignete Finanzierungsmodelle und die organisatorische Umsetzung vorzuschlagen und ihm dazu Bericht zu erstatten.

Die Grundlage für die Umsetzung der Qualitätsstrategie ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und betrifft den Bereich der Leistungserbringung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), wobei Schnittstellen mit anderen Sozialversicherungen verfolgt und wenn angezeigt nach Möglichkeit harmonisiert werden. Der Fokus der Qualitätsstrategie liegt primär auf dem Prozess der Leistungserbringung. Weitere Gebiete wie Health Technology Assessment (HTA) im Zusammenhang mit dem Zulassungsprozess von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen und den damit Verbundenen Diskussionen hinsichtlich HTA-Institut werden verfolgt und deren Entwicklungen in den Umsetzungsarbeiten berücksichtigt.

Im Sinne des KVG wird die Qualitätssicherung grundsätzlich als integraler Bestandteil der Leistungserbringung erachtet und umfasst alle im Gesetz genannten Leistungserbringer. Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen nicht die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen. Die Weiterführung deren Aktivitäten ist ausdrücklich erwünscht und entspricht den Vorgaben des KVG.

In einem Konkretisierungsprojekt wurden externe Expertinnen und Experten einbezogen und die Ergebnisse mit einem Gesundheitspolitischen Beirat aus Vertreterinnen und Vertretern von nationalen Organisationen und Verbänden (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, H+ Die Spitäler der Schweiz, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, santéuisse, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen DVSP) begleitend diskutiert.

Der vorliegende, vom BAG verfasste Bericht, nimmt zu den im Auftrag des Bundesrates formulierten Themenbereichen Stellung. Die Stellungnahmen der Mitglieder des Gesundheitspolitischen Beirats zu diesem Schlussbericht sind in einem ergänzenden Dokument gesondert zusammengefasst.

1.2 Zukünftige nationale Organisation - Rollen der Akteure

Einleitend ist hervorzuheben, dass an den Grundsätzen der bisherigen Rollenverteilung und den Steuerungssystemen, wie sie im KVG vorgesehen sind, festgehalten wird. Der Bund will seine Verantwortung nach Artikel 58 KVG wahrnehmen und vermehrt in führender und koordinierender Funktion tätig sein. Dazu sollen geeignete nationale Strukturen geschaffen und die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

Übergreifende Rolle/Aufgaben des Bundes

Für die Wahrnehmung der in der Qualitätsstrategie genannten Führungsrolle des Bundes und die wirksame Umsetzung der Aktionsfelder sind unabhängig von der Wahl der Strukturvariante nach Artikel 22a, 38, 39 und 58 KVG insbesondere folgende Aufgaben dem Bund zuzuordnen:

- Initiieren und Schaffung der rechtlichen Grundlagen für die Sicherung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zu einer optimalen Gesundheitsversorgung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit (Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Verbindlichkeit, Vorgaben in der Qualitätssicherung, Anreize).
- Festlegung der Qualitätsstrategie und Evaluation deren Wirkung.
- Festlegung von Eckwerten für die Entwicklung und Durchführung eines nationalen „Qualitätsmonitorings“, Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren nach Artikel 22a KVG.

- Initiierung von nationalen Programmen zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit.
- Steuerung der Aktivitäten zur Umsetzung der Qualitätsstrategie.
- Monitoring und Controlling der Umsetzung der nationalen Qualitätsvorgaben.

Rolle der Kantone

Nach den Artikeln 39, 43, 45 und 46 KVG, 58a bis 58e KVV, der Qualitätsstrategie des Bundes sowie ihrer kantonalrechtlichen Zuständigkeiten kommen den Kantonen insbesondere folgende Rollen und Aufgaben zu:

- Planung und Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden, zweckmässigen und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung mit rechtzeitigem und chancengleichen Zugang sowie effizientem Einsatz der Ressourcen, inklusive kantonsübergreifender Koordination sowie gesamtschweizerische Planung im Bereich der hoch spezialisierten Medizin.
- Überprüfung von qualitativen Voraussetzungen in der Zulassung der einzelnen Leistungserbringer aus gesundheitspolizeilicher Sicht.
- Monitoring und Controlling der Qualität der Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene, in Abstimmung mit nationalen Vorgaben.
- Unterstützung der Verbindlichkeit der Umsetzung der Vorgaben qualitätssichernder Massnahmen und Qualitätsmessungen des Bundes bei den Leistungserbringern.
- Beratung des Bundes im Rahmen der nationalen Q-Plattform oder des Institutsrates (siehe Strukturvarianten).

Rolle der Versicherer

Basierend auf den Artikeln 43, 56, 59 und 89 KVG sowie der Qualitätsstrategie des Bundes kommen den Versicherern insbesondere folgende Rollen und Aufgaben zu:

- Überprüfung der Erfüllung von qualitativen Voraussetzungen der Leistungserbringer für die Leistungserbringung zu Lasten der OKP nach dem Gesetz und der Verordnung und Beantragung von Sanktionen bei den kantonalen Schiedsgerichten.
- Beratung des Bundes im Rahmen der nationalen Q-Plattform oder des Institutsrates (siehe Strukturvarianten).

Rolle der Leistungserbringer

Basierend auf den Artikeln 22a, 32, 43 und 56 KVG sowie der Qualitätsstrategie des Bundes kommt den Leistungserbringern und Verbänden insbesondere folgende Rolle und Aufgaben zu:

- Erbringung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine qualitativ hochstehende, zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.
- Umsetzung der Vorgaben des Bundes betreffend qualitätssichernder Massnahmen.
- Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in deren Leistungserbringung.
- Erhebung von Qualitätsdaten und kostenlose zur Verfügungsstellung zu Händen der Kantone und des Bundes.
- Beratung des Bundes im Rahmen der nationalen Q-Plattform oder des Institutsrates (siehe Strukturvarianten).

Strukturvarianten für eine nationale Organisation

Im Sinne der Bündelung der Kräfte und effizientem Einsatz der Mittel soll für die Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation geschaffen werden.

- Variante 1, nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit drei Untervarianten hinsichtlich Aufgaben, Autonomie, Einbindung der Partner und Rechtsform
 - Variante 1a: *Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Einbindung der Partner im Institutsrat.*

Ein nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt erhält den umfassenden Auftrag für die Umsetzung der Qualitätsstrategie inklusive der Beratung des Bundes in strategischen Themen. Im Institutsrat sind die Akteure der Gesundheitsversorgung im Rahmen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) paritätisch vertreten. Das Institut arbeitet in seinen Umsetzungsaktivitäten mit anderen Partnerorganisationen zusammen. Es verwaltet die Mittel aus den Versichertenbeiträgen entsprechend den Vorgaben des Bundes. Die heute bestehende Stiftung für Patientensicherheit würde aufgelöst und in das neue Institut integriert. Auch würden die Aufgaben des heute bestehenden nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) integriert.

Die Aufgaben des Instituts sind insbesondere:

- Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung
 - Beratung des Bundes in strategischen Themen
 - Verwaltung der Mittel aus den Versichertenbeiträgen
 - Grundlagenerarbeitung zu verschiedenen Themen der Qualitätssicherung (teils selbst, teils Vergabe an externe Organisationen)
 - Erarbeitung Vorschlägen für Bundesvorgaben betreffend qualitätssichernden Massnahmen
 - Initiierung, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen), Festlegung und Management nationaler Qualitäts-/Patientensicherheits-Programme, Koordination der Akteure sowie Evaluation der Wirkung und Effizienz der Programme
 - Definition nationaler Messprogramme, Durchführung und/oder Beauftragung der Erhebung von nationalen Qualitätsindikatoren, der Auswertung und integrierten stufengerechten Aufbereitung für die verschiedenen Anspruchsgruppen.
 - Controlling/Monitoring von Qualitätsaktivitäten Überprüfung der Umsetzung der Vorgaben qualitätssichernder Massnahmen
 - Entwicklung von Anreizsystemen
 - Versorgungs- und Begleitforschung (teils selbst, teils Beauftragung Anderer)
- Variante 1b, *Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit und beratende nationale Q-Plattform*:
- Beratend für die strategischen Zielsetzungen und steuernden Vorgaben steht dem Bund eine nationale Q-Plattform zur Seite, in welcher die Akteure OKP vertreten sind (BAG (Vorsitz), BFS, Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer, Patientenorganisationen). Daneben dient dem Bund ein nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt für die Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie. Im Gegensatz zu Variante 1a hat das Institut eine weniger grosse Autonomie und es erfolgt eine direktere Führung der Themen durch den Bund (Definition nationaler Messprogramme, Festlegung nationaler Q-Programme und Verwaltung der Mittel aus den Versichertenbeiträgen durch den Bund). Wie bei Variante 1a würde auch hier eine Integration der Stiftung für Patientensicherheit sowie der Tätigkeiten des ANQ erfolgen.
- Variante 1c, *Nationales Qualitätsinstitut unter Beibehaltung der Stiftung für Patientensicherheit*:
- Wie in Variante 1b steht dem Bund beratend für die strategischen Zielsetzungen und steuernden Vorgaben eine nationale Q-Plattform zur Seite. Ein nationales Qualitätsinstitut in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt oder privatrechtlichen Aktiengesellschaft oder Stiftung erhält den Auftrag des Bundes für Umsetzungsaktivitäten der Qualitätsstrategie. Es hat weniger Aufgaben und Kompetenzen als in den Varianten 1a und 1b. Je nach Ausgestaltung der Beauftragung durch den Bund wäre so auch die Rechtsform einer privatrechtlichen Institution möglich, wenn ihm, entsprechend des Corporate-Governance-Berichtes des Bundes, weniger Aufgaben mit Monopolcharakter zukommen. Die Stiftung für Patientensi-

cherheit bleibt in ihrer eigenständigen Form weiter bestehen. Dabei bleibt die Absicht der Gründung der Stiftung mit der Sichtbarmachung und Stärkung des Themas Patientensicherheit in dieser Form erhalten. Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Stiftung für Patientensicherheit würde mit einem entsprechenden Leistungsauftrag definiert. Die Finanzierung der Stiftung würde über Mittel aus den Versichertenbeiträgen auf eine neue, langfristig stabile Basis gestellt. Auch hier würden die Aufgaben des heute bestehenden ANQ in das Qualitätsinstitut integriert. Dem Bund kommen bei dieser Organisationsform gegenüber Variante 1b neben einer konkreteren strategischen Steuerung und/oder Erteilung von spezifischen Leistungsaufträgen zusätzlich die Funktionen des Controlling/Monitoring von Qualitätsaktivitäten auf nationaler Ebene zu.

- *Variante 2: zentrale Steuerung durch Bund mit Übertragung von Aufgaben an verschiedene (bestehende) Organisationen:*

Wie in Varianten 1b und 1c, steht auch hier dem Bund beratend für die strategischen Zielsetzungen und Vorgaben eine nationale Q-Plattform zur Seite. Der Bund erteilt für verschiedene Aufgaben Leistungsaufträge an verschiedene Partnerorganisationen und überwacht die Umsetzung. Die Finanzierung dieser übertragenen Aufgaben erfolgt durch die Mittel aus den Versichertenbeiträgen. Er koordiniert die Aktivitäten der beauftragten Organisationen. Derzeit bestehen bereits Organisationen, die Aktivitäten in Teilbereichen durchführen, wie beispielsweise der ANQ (Qualitätsmessungen für Spitäler auf nationaler Ebene) und die Stiftung für Patientensicherheit. Beim Bund verbleiben bei dieser Modellvariante am meisten Aufgaben. Insbesondere auch wesentliche Aufgaben in der Überwachung und Koordination der Akteure OKP (mit Unterstützung durch die nationale Q-Plattform) und der beauftragten Organisationen sowie Initiierung und Planung von nationalen Qualitäts- und Patientensicherheits-Programmen.

Beurteilung der Strukturvarianten

Ein nationales Qualitätsinstitut, in welchem die wesentlichen nationalen Aspekte der Qualität der Gesundheitsversorgung im Rahmen der OKP koordiniert angegangen und weiterentwickelt werden können, kann durch seine Eigenständigkeit hinsichtlich thematischer Fokussierung und der klar geregelten Finanzierungsbasis eine bessere Umsetzung der Qualitätsstrategie gewährleisten, als wenn die Aufgaben teils durch den Bund, teils durch verschiedene externe Organisationen, wie in Variante 2, ausgeführt werden. In Variante 2 wird auch eine höhere organisatorische Komplexität und ein höherer Steuerungsaufwand seitens des Bundes mit einem seinerseits entsprechend höheren Ressourcenbedarf gesehen.

Die Variante 1a, wo die Akteure OKP im Institutsrat paritätisch vertreten sind und dementsprechend Einfluss nehmen können wird von einem Teil der Akteure bevorzugt. Da es sich jedoch um eine Auslagerung von Bundesaufgaben handelt und nicht um Aufgaben in Verantwortung der Akteure, ist diese Variante nicht mit den Corporate-Governance-Richtlinien des Bundes vereinbar. Weiter stellt diese Delegation an die Akteure OKP, eine ähnliche Situation wie heute dar, wo die Schwierigkeit der Einigung der Tarifpartner und eine Trägheit im Aufbau der Qualitätssicherung weiter bestehen würden. Die beabsichtigte Verstärkung der Rolle des Bundes ist in dieser Variante ungenügend gesichert.

In den Varianten 1b und 1c wird die Einbindung der Akteure des Gesundheitswesens im Rahmen einer nationalen Q-Plattform gewährleistet. Die Erfüllung des parlamentarischen Auftrags, dass der Bund verstärkt seine Kompetenzen im Bereich Qualitätssicherung wahrnimmt, wird durch die direktere Führung des Instituts sowie mittels Bestimmung der nationalen Qualitäts- und Patientensicherheits-Programme, der nationalen Messprogramme bezüglich Qualitätsindikatoren und der Verwaltung der Mittel aus den Versichertenbeiträgen durch den Bund, gewährleistet. Die Beibehaltung der Eigenständigkeit der Stiftung für Patientensicherheit in der Variante 1c hat gegenüber den Varianten 1a und 1b die Vorteile, dass die gute Akzeptanz, welche sie in den letzten Jahren aufgebaut hat und die Sichtbarkeit sowie die Bedeutung des Themas Patientensicherheit, was eine wichtige Absicht bei deren Gründung war, nicht durch einen Auflösungs-/Transformations- und Integrationsprozess gemindert würde. Auch würden wesentliche Ressourcen der Stiftung durch einen solchen Prozess absorbiert, was die Realisierung eines ersten nationalen Programms in der Übergangsphase 2011 bis 2014 erschwe-

ren würde. Eine spätere Integration der Stiftung in das nationale Institut wird als mögliche Weiterentwicklung erachtet.

1.3 Finanzierung

Der bereits in der Strategie genannte Kostenrahmen von jährlich CHF 20 – 25 Mio. ist für Aufgaben der Umsetzung der Qualitätsstrategie (Erarbeitung von Grundlagen, Planung und Durchführung von Programmen, Entwicklung, Pilotierung und Aufbereitung von Qualitätsindikatoren, nationale Organisation) aufzuwenden. Nicht Teil des genannten Kostenvolumens sind die Aufwände der Leistungserbringer für deren Aktivitäten zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung inbegriffen der Kosten für die Erhebung von Qualitätsindikatoren. Im Sinne des KVG ist die Qualitätssicherung integrierter Bestandteil der Leistungserbringung und über die Tarife abgegolten. Auch nicht enthalten sind die Aufgaben der Kantone (Qualitätsvorgaben in der Zulassung der Leistungserbringer, Datensammlung z.Hd. des Bundes und Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene).

Die Herleitung des Betrages von 20-25 Mio. CHF erfolgte aufgrund von Vergleichen mit anderen Aktivitäten im Bereich der Patientensicherheit und Gesundheitsförderung sowie Strukturen in anderen Ländern. Er ist im Sinne eines Kostenrahmens zu verstehen, der ein politisch verträgliches Mass für Qualitätsaktivitäten auf nationaler Ebene darstellt. Eine genauere bottom-up Herleitung erscheint schwierig machbar, insbesondere da eine rein sachlich begründete Begrenzung angezeigter Aktivitäten nicht machbar ist und eine finanzielle Begrenzung notwendig erscheint. Eine erste Konkretisierung des Finanzvolumens von 20 bis 25 Mio. CHF kann wie folgt dargestellt werden.

- Administration Institut, allgemeine Koordinations- und Vernetzungsaufgaben: 2 Mio.
- Qualitäts- und Patientensicherheits-Programme (inkl. deren Administrationskosten): 10 -12 Mio. (Entwicklung, Durchführung und Evaluation von 3-4 parallel laufenden Programmen)
- Qualitätsindikatoren/-informationen: 5 - 6 Mio. (Grundlagenarbeiten, nationales Qualitätsmonitoringkonzept, Indikatorenentwicklung, Datenaufbereitung auf nationaler Ebene)
- Controlling / Monitoring hinsichtlich Umsetzung von Qualitätsvorgaben: 1-2 Mio.
- Versorgungs- und Begleitforschung: 2-3 Mio. (Bewirtschaftung kontextbezogenes Forschungsportfolio, Durchführung und Vergabe von spezifischen Forschungsprojekten in Ergänzung zum Nationalfond)

Eine nähere Konkretisierung wird im Rahmen des kommenden Gesetzgebungsprozesses und vertieften Arbeiten für die Strategieumsetzung erfolgen, wobei die genauere Mittelzuteilung auch von der im politischen Prozess vorgenommenen Ausgestaltung des Systems abhängt.

Für die Aufgaben der Steuerung und Controlling seitens BAG sowie Datenerhebung und -aufbereitung auf Seiten des EDI werden Mehraufwände von ungefähr 1 Mio. CHF (Personalkosten und Aufwand für externe Beratung und Publikationen), je nach Ausgestaltung der nationalen Strukturen, geschätzt. Diese sind innerhalb des regulären Budgetprozesses des Departementes bereitzustellen.

Als mögliche Finanzierungsmodelle wurden die Finanzierung über Leistungsentgelte, über Beiträge pro versicherte Personen (Erhebung durch die Versicherer) oder die Finanzierung über Steuermittel geprüft. Das BAG empfiehlt die Variante der Beiträge pro versicherte Personen, was im Rahmen von rund CHF 3.- pro Versicherte Person und Jahr liegen würde. Dieses Modell gewährt die notwendige Einfachheit hinsichtlich Administrierbarkeit, was bei einer Finanzierung über Leistungsentgelte mit einer Vielzahl von Tarifsystemen und Tarifpartnern nicht gegeben ist. Auch gewährt sie gegenüber den Leistungsentgelten eine Solidarität zwischen den „Gesunden“ und „Kranken“ und verdeutlicht besser die Zweckbestimmung dieser Mittel im Sinne von übergreifenden Massnahmen zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit und nicht der integrativ mit der Leistungserbringung verbundenen Qualitätssichernden Massnahmen der Leistungserbringer. Auf Grund des Beschlusses des Bundesrates, dass in der Umsetzung der Qualitätsstrategie Aufgabenintensivierungen mit nicht-finanzierten Mehrbelastungen des Bundes zu vermeiden sind, sowie der geringeren langjährigen Finanzierungsstabilität durch Abhängigkeiten von Bundes- und Kantonsbudgets wird die Finanzierung über Steuermittel als nicht geeignet erachtet.

1.4 Schwerpunkte in den Aktionsfeldern der Qualitätsstrategie für die Übergangsphase 2011 bis 2014

Neben den vom BAG vorgegebenen Schwerpunkten hinsichtlich „*Strukturen und Finanzierung*“ (betrifft die Aktionsfelder 1 und 2) sowie „*Informationen*“ (betrifft Aktionsfeld 3) wurden vom Teilprojektteam als weiteres prioritäres Aktionsfeld „*Direkte Interventionen*“ (Aktionsfeld 9) bezeichnet, da dieses die beste Gelegenheit bietet, um mit nationalen Programmen in kurzer Zeit wesentliche Qualitätsverbesserungen zu erzielen.

Prioritäres Aktionsfeld 3 „Information“

In den Konkretisierungsarbeiten zu diesem Aktionsfeld wurden die Weiterentwicklung der Informationssysteme und das Setzen von Schwerpunkten für Aktivitäten des Bundes in den kommenden Jahren bearbeitet. Für die Erstellung von Qualitätsinformationen sind entsprechende Datengrundlagen notwendig. Hier bestehen derzeit noch wesentliche Lücken. Angesichts dieses besonderen Handlungsbedarfs wurde vom BAG der Hauptfokus der Konkretisierungsarbeiten auf das Thema der Weiter-/Entwicklung von Qualitätsindikatoren gelegt.

Die Ziele für die Publikation von Qualitätsindikatoren durch den Bund finden sich auf drei Ebenen:

- Beurteilung der Qualität des Versorgungssystems mit Hinweisen zu Unter-, Fehl- und Überversorgung
- Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer gegenüber der Öffentlichkeit über die Qualität ihrer Leistungen
- Qualitätsinformationen als Katalysatoren für den internen Verbesserungsprozess der Leistungserbringer

Basierend auf den Kriterien der epidemiologischen Relevanz sowie dem vorhandenen Handlungsbedarf wird aufgrund der beschränkt vorhandenen Ressourcen seitens des Bundes der Schwerpunkt für die Übergangsphase 2011 bis 2014 auf die ambulante ärztliche Behandlung (niedergelassene Ärzte und Spitäler) gelegt.

Es ist aus Sicht des Bundes ausdrücklich erwünscht, dass Entwicklungsarbeiten auch in Bereichen weitergeführt werden, die nicht explizit bei den prioritären Handlungsfeldern des Bundes benannt sind, dies im Sinne der eingangs erwähnten Rollen der Akteure hinsichtlich Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Gesundheitsversorgung.

Parallel zur Weiterentwicklung von Qualitätsmessungen in den genannten prioritären Bereichen ist in Zusammenarbeit mit den Akteuren zu klären, wie die Informationen zielgruppengerecht aufgearbeitet und zugänglich gemacht werden können und die entsprechenden Rahmenbedingungen zu regeln.

Prioritäres Aktionsfeld 9 „Direkte Interventionen“

Mit nationalen Qualitäts-/Patientensicherheits-Programmen, die im Leistungserbringungsprozess ansetzen und somit direkte Auswirkung auf die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit haben, soll die Umsetzung der Qualitätsstrategie rasche, sichtbare Verbesserung bewirken. Solche nationalen Programme können im Sinne von *large scale interventions* verstanden werden, wie sie etwa in den Programmen des US-amerikanischen Institute for Healthcare Improvement* („100'000 lives Campaign“ und „Protecting 5 Million Lives from Harm“) und der WHO („High 5s“) erfolgreich praktiziert wurden. Dem Bundesrat wird empfohlen, bereits in der Übergangsphase 2011-2014 ein erstes nationales Qualitäts-/Patientensicherheits-Programm zu lancieren, aufgrund des gegebenen Handlungsbedarfs und den bereits vorhandenen Lösungsansätzen. Es wurden folgende Themen für ein erstes nationales Programm durch das Teilprojektteam ermittelt:

- Reduktion der nosokomialen (im Krankenhaus erworbenen) Infekte
- Verbesserung der Medikationssicherheit
- Erhöhung der Sicherheit bei invasiven Interventionen (Massnahmen mit Eindringen in den Körper)

* Siehe <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>

Massnahmen in den übrigen Aktionsfeldern

Spezifische Aktionen in Bereichen mit bedeutendem Handlungsbedarf zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit sollen in der Übergangsphase angegangen werden, insbesondere in den Themen Monitoring und Förderung der Qualitäts- und Sicherheitskultur, Massnahmen zur vermehrten Verankerung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit in den Aus- und Weiterbildungscurricula, Verbesserungen in der Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Leistungserbringer, Grundlagen für Disease-Management-Programme, Projekte betreffend Empowerment von Patientinnen und Patienten.

1.5 Finanzierung in der Übergangsphase 2011 bis 2014

Für die oben genannten Aktivitäten werden für die Übergangsphase finanzielle Ressourcen benötigt, bis neue Mittel aus der Erhebung von Versichertenbeiträgen zur Verfügung stehen. Das Bundesamt für Gesundheit wird die erforderlichen Mittel im Rahmen seines Budgets bereitstellen.

Folgende Aktivitäten sind für die Übergangsphase 2011 bis 2014 vorgesehen:

- Vorbereitungsarbeiten für nationale Strukturen und Finanzierung: CHF 200'000.- / Jahr
- Ein erstes nationales Qualitätsprogramm: CHF 800'000. / Jahr
- Arbeiten betreffend Qualitätsindikatoren/Qualitätsinformationen: CHF 100'000.- / Jahr
- Weitere Sofortmassnahmen: CHF 100'000.- / Jahr

Die Stiftung für Patientensicherheit soll wie bisher weiterhin Bundesmittel von rund CHF 300'000.- pro Jahr für ihre Aktivitäten erhalten.

Im Weiteren sind auf Seiten der Leistungserbringer, Kantone, Berufsverbände und mit Unterstützung der Versicherer Aufbau- und Entwicklungsarbeiten zu leisten, die nicht durch den Bund finanziert werden können. Auch sind grundsätzlich die Qualitätssicherungsaktivitäten der Leistungserbringer und Kantone durch diese selbst zu finanzieren.

2 Ausgangslage

2.1 Vorgeschichte

Der Bundesrat wurde in der Motion der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) "Qualitätssicherung und Patientensicherheit" (04.3624) wie auch in den Empfehlungen der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 13. November 2007 aufgefordert, die ihm in Artikel 58 KVG gegebene Zuständigkeit zur Vorgabe von qualitätssichernden Massnahmen vermehrt wahrzunehmen und die damit verbundenen Kompetenzen zu nutzen. Auch OECD und WHO haben in ihrem Bericht zum Gesundheitssystem Schweiz aus dem Jahre 2006 den Handlungsbedarf insbesondere bei der Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren hervorgehoben. Gestützt auf den offensichtlich vorhandenen Handlungsbedarf hat das EDI das BAG beauftragt, eine Qualitätsstrategie des Bundes auszuarbeiten. Das BAG hat während des Jahres 2008 zusammen mit externen Expertinnen und Experten eine Qualitätsstrategie erarbeitet, die auf dem Auftrag des KVG basiert. Die Partner im Gesundheitswesen wurden während dieses Prozesses einbezogen und hatten Gelegenheit, insbesondere zu den in der Strategie definierten Aktionsfeldern Stellung zu nehmen.

Der Bundesrat hat am 28. Oktober 2009 den Bericht „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“ gutgeheissen und den Auftrag erteilt, im Jahr 2010 die Rolle des Bundes zu konkretisieren, die Aktionsfelder zu priorisieren und zu konkretisieren, geeignete Finanzierungsmodelle und die organisatorische Umsetzung vorzuschlagen und ihm dazu Bericht zu erstatten. Der vorliegende Bericht nimmt zu den im Auftrag des Bundesrates formulierten Themenbereichen Stellung.

2.2 Zusammenfassung der Inhalte der Qualitätsstrategie des Bundes

Vision des Bundes

Der Bund will eine hohe Qualität in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zu angemessenen und für die ganze Bevölkerung tragbaren Kosten.

Der Bund übernimmt in der Qualitätssicherung die führende Rolle und sorgt unter Beachtung der heutigen und möglicher neuer Aufgabenteilung für eine klare und eindeutige Rollenverteilung, welche die Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und die Koordination zwischen den Akteuren (Bund - Kantone – Versicherer – Leistungserbringer – Patienten – andere) regelt.

In Anlehnung an die von der World Health Organization (WHO) identifizierten Bereiche, in welchen direkt und indirekt steuernd eingegriffen und damit die Qualität im Gesundheitswesen positiv beeinflusst werden kann, wurden die folgenden neun spezifischen Aktionsfelder definiert.

Aktionsfeld 1: „Führung und Verantwortung“

Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, dass die Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit wirksam wahrgenommen werden können. Dies wird insbesondere durch den Aufbau von geeigneten Strukturen beim Bund sichergestellt.

Aktionsfeld 2: „Umsetzungskapazitäten und Ressourcen“

Der Bund setzt für den Auftrag der Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation ein, die er neu schafft oder überträgt die Umsetzung an bestehende Organisationen. Der Bund setzt sich zudem dafür ein, dass auf den verschiedenen Ebenen Umsetzungskapazitäten und Ressourcen insbesondere für die Bewirtschaftung von Schwerpunktprogrammen bereit gestellt werden. Zudem sichert der Bund die Koordination mit anderen Aktivitäten bei Umsetzung und Vollzug des KVG.

Aktionsfeld 3: „Information“

Der Bund sorgt dafür, dass valide, adäquate, stufen- und zielpublikumsgerechte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, aufgrund derer die Akteure des Versorgungssystems qualitätsrelevante Sachverhalte erkennen, Entscheidungen treffen und Massnahmen ergreifen können.

Aktionsfeld 4: „Anreize“

Der Bund unterstützt Initiativen mit Anreizkomponenten zur Verbesserung der Qualität.

Aktionsfeld 5: „Design Versorgungssystem“

Die Qualitätsorientierung der Versorgungskette wird nachhaltig verbessert, indem die vornehmlich entlang dem Leistungserbringungsprozess segmentierte Betrachtungsweise durch eine integrierende, übergreifende Sicht abgelöst wird.

Aktionsfeld 6: „Versorgungs- und Begleitforschung“

Der Bund identifiziert den Bedarf an Versorgungs- und Begleitforschung. Der Bund überprüft die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Schwerpunktprogrammen und einzelnen Massnahmen zur Verbesserung der Qualität.

Aktionsfeld 7: „Bildung“

Der Bund unternimmt die in seiner Kompetenz stehenden Schritte, um die Thematiken „Qualität und Patientensicherheit“ bzw. „Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement“ in Aus-, Weiter- und Fortbildung von medizinischem Personal verbindlich und wirksam zu verankern.

Aktionsfeld 8: „Einbezug von Patientinnen/Patienten und Bevölkerung“

Der Bevölkerung stehen verständliche und valide Informationen zur Beurteilung von Leistungsangebot und Qualität der Leistungserbringung zur Verfügung. Den Bedürfnissen der Bevölkerung, insbesondere der Patientinnen und Patienten, werden bei der Entwicklung und Implementierung neuer Massnahmen zur Verbesserung der Qualität Rechnung getragen. Die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten ist zu fördern.

Aktionsfeld 9: „Direkte Interventionen“

Der Bund übernimmt die Federführung bei der Identifizierung, Priorisierung und Auswahl von Qualitätsschwerpunkten (Hotspots), die im Rahmen von kurz-, mittel- und langfristigen Programmen mit klaren Zielvorgaben einer Problemlösung zugeführt werden sollen.

2.3 Allgemeine Bemerkungen

Die Grundlage für die Umsetzung der Qualitätsstrategie ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG), und betrifft den Bereich der Leistungserbringung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), wobei Schnittstellen mit anderen Sozialversicherungen verfolgt und wenn angezeigt nach Möglichkeit harmonisiert werden. Der Fokus der Qualitätsstrategie liegt primär auf dem Prozess der Leistungserbringung. Weitere Gebiete wie Health Technology Assessment (HTA) im Zusammenhang mit dem Zulassungsprozess von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen und den damit verbundenen Diskussionen hinsichtlich HTA-Institut werden einbezogen und deren Entwicklungen in den Umsetzungsarbeiten berücksichtigt.

Im Sinne des KVG wird die Qualitätssicherung grundsätzlich als integraler Bestandteil der Leistungserbringung erachtet und umfasst alle im Gesetz genannten Leistungserbringer. Alle Akteure sollen ihren spezifischen Beitrag für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung leisten. Die neu durch den Bund aufgenommenen Aktivitäten ersetzen nicht die laufenden Qualitätsbestrebungen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen, insbesondere die Qualitätsentwicklung bei den Leistungserbringern. Die Weiterführung deren Aktivitäten ist ausdrücklich erwünscht und entspricht den Vorgaben des KVG.

2.4 Konkretisierungsprojekt

2.4.1 Projektgliederung und -organisation

Das Konkretisierungsprojekt wurde in drei Teilprojekte mit separaten Zielsetzungen gegliedert. In den Teilprojektteams wurden externe Expertinnen und Experten einbezogen. Ein Gesundheitspolitischer Beirat mit Vertretung von nationalen Organisationen und Verbänden (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, H+ Die Spitäler der Schweiz, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, santésuisse, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen

und -direktoren GDK, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen DVSP) begleitete die Diskussion der Ergebnisse aus den Teilprojekten.

Für die Strukturierung der Projektarbeiten wurde seitens BAG eine erste Priorisierung der Themen der neun Aktionsfelder der Qualitätsstrategie vorgenommen. Eine Basisvoraussetzung für die Strategieumsetzung sind die Schaffung geeigneter nationaler Strukturen und die Sicherstellung der Finanzierung, weshalb diese Themen einem ersten Teilprojekt zugeordnet wurden. Da einerseits der Aufbau nationaler Strukturen und Finanzierungsmodelle einige Jahre Zeit in Anspruch nehmen wird und andererseits von verschiedenen Seiten dringender Handlungsbedarf in gewissen qualitätsrelevanten Themenbereichen konstatiert wurde, erfolgte eine Ermittlung von Sofortmassnahmen über alle neun Aktionsfelder für die Übergangsphase 2011 bis 2014 in einem weiteren Teilprojekt. Entsprechend dem Bericht der OECD und WHO zum Gesundheitssystem Schweiz aus dem Jahre 2006 sowie angesichts der durch die bevorstehende Einführung einer leistungsbezogenen Spitalfinanzierung akzentuierte politischen Diskussion bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität, wurde der Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren ein hoher Handlungsbedarf zugemessen und für die Bearbeitung dieses Themas ein eigenes Teilprojekt eingesetzt.

Den drei Teilprojekten zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes wurden folgende inhaltliche Zielsetzungen zugeordnet:

Teilprojekt 1, Strukturen und Finanzierung: Erarbeitung von möglichen Strukturmodellen für die Umsetzung der Qualitätsstrategie mit einer führenden Rolle des Bundes. Konkretisierung der Rolle des Bundes und Klärung der nächsten Schritte für die Etablierung adäquater Strukturen und den Einbezug der Partner. Erarbeitung von möglichen Modellen für die Finanzierung und Konkretisierung der in der Strategie genannten Mittel von 20 bis 25 Mio. CHF. Klärung der zu schaffenden oder anzupassenden notwendigen rechtlichen Grundlagen.

Teilprojekt 2, Prioritäre Inhalte Aktionsfelder: Identifizierung, Priorisierung und Auswahl von Aktivitätsschwerpunkten in den neun Aktionsfeldern der Qualitätsstrategie für die Übergangsphase 2011 bis 2014. Konkretisierung der ausgewählten Schwerpunkte und Skizzierung von möglichen Massnahmen.

Teilprojekt 3, Informationen: Weiterentwicklung der Informationssysteme und setzen von Schwerpunkten für Aktivitäten des Bundes in der Übergangsphase 2011 bis 2014.

2.4.2 Vorgehen

In der Regel wurden je Teilprojekt monatliche Projektsitzungen durchgeführt. Zwischen den Sitzungsterminen wurden von den Projektmitarbeitenden Aufträge bearbeitet und vom externen Projektoffice bzw. vom BAG konsolidiert. Mittels einer amtsinternen Qualitätsstrategie-Plattform wurden alle Berührungspunkte zu anderen Bereichen und Amtsgeschäften besprochen.

Aufgrund der Diskussionen in den Sitzungen der Teilprojekte sowie der amtsinternen Plattform erstellte das BAG per September 2010 einen Zwischenbericht und per November 2010 einen Schlussbericht mit den im Konkretisierungsprojekt behandelten Themen aus Sicht des BAG. Die nationalen Organisationen und Verbände hatten im September und im November 2010 in den Sitzungen des Gesundheitspolitischen Beirats die Gelegenheit, ihre Stellungnahmen zu den Berichten einzubringen. Die Anliegen, welche anlässlich der Sitzung des Gesundheitspolitischen Beirats vom 21. September 2010 vorgebracht wurden, sind in der Erstellung des Schlussberichtes an den Bundesrat soweit möglich berücksichtigt worden. Die Rückmeldungen zum Schlussbericht anlässlich der Sitzung des Gesundheitspolitischen Beirats vom 30. November 2010 wurden nicht mehr im Bericht selbst berücksichtigt, sondern in einem separaten Dokument zusammengefasst, das dem Bericht beigelegt ist.

Der Bundesrat entscheidet über die Gutheissung des Berichts. Zudem wird er bei Zustimmung die Freigabe zur Publikation erteilen und über das weitere Vorgehen bestimmen.

3 Ergebnisse

3.1 Strukturen

3.1.1 Allgemeine strategische und strukturelle Überlegungen, Prämissen

Die Thematik betrifft die Aktionsfelder 1 und 2 der Qualitätsstrategie mit den folgenden genannten Zielsetzungen:

| Aktionsfeld | Ziel |
|--|--|
| Aktionsfeld 1: Führung und Verantwortung | Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, dass die Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit wirksam wahrgenommen werden können. Dies wird insbesondere durch den Aufbau von geeigneten Strukturen beim Bund sichergestellt. |
| Aktionsfeld 2: Umsetzungskapazitäten und Ressourcen | Der Bund setzt für den Auftrag der Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation ein, die er neu schafft oder überträgt die Umsetzung an bestehende Organisationen. Der Bund setzt sich zudem dafür ein, dass auf den verschiedenen Ebenen Umsetzungskapazitäten und Ressourcen insbesondere für die Bewirtschaftung von Schwerpunktprogrammen bereit gestellt werden. Zudem sichert der Bund die Koordination mit anderen Aktivitäten bei Umsetzung und Vollzug des KVG. |

Einleitend ist hervorzuheben, dass an den Grundsätzen der bisherigen Rollenverteilung und dem Steuerungssystemen, wie sie im KVG vorgesehen sind, festgehalten wird. Der Bund will seine Verantwortung nach Artikel 58 KVG wahrnehmen und vermehrt in führender und koordinierender Funktion tätig sein. Die unten dargestellten Rollen der Akteure basieren somit auf bestehenden rechtlichen Grundlagen im Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Für die Beeinflussung der Qualität der Gesundheitsversorgung im Rahmen des KVG können die folgenden drei Ansatzpunkte unterschieden werden:

- Zulassung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen ins System (Bezeichnung der Leistungsbereiche in Art. 25 bis 31 KVG sowie die Voraussetzungen nach Art. 32 und 33 KVG)
- Zulassung der Leistungserbringer sowie die Versorgungsplanung auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 36 bis 40, Art. 43 Abs. 2 Bst d KVG)
- Sicherung der Qualität und Angemessenheit in der Leistungserbringung (Art. 56 und 58 KVG; Qualitätsinformationen nach Art. 22a KVG)

Die Qualitätsstrategie des Bundes fokussiert schwerpunktmässig auf den letztgenannten Punkt der Qualität und Angemessenheit in der Leistungserbringung, dies jedoch auf der Grundlage einer integralen Gesamtsicht des Themas Qualität. Der Bund will seine Verantwortung nach Artikel 58 KVG wahrnehmen und vermehrt in führender und koordinierender Funktion tätig sein. Dazu sollen geeignete Strukturen geschaffen und die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

Hinsichtlich der zukünftigen Struktur wurde in der Qualitätsstrategie bereits darauf hingewiesen, dass es eine wirkungsvolle, arbeitsfähige und entsprechend personell und finanziell angemessen ausgestattete nationale Struktur braucht. Im Sinne der Bündelung der Kräfte und effizientem Einsatz der Mittel soll für die Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation geschaffen werden, welche auch die bisherigen institutionellen Organisationen beziehungsweise deren Arbeiten umfasst, soweit sie für die Qualitätssicherung auf nationaler Ebene von Relevanz sind. Verbesserungen durch Aktionsprogramme mit grosser Breitenwirkung sind nur mit entsprechenden konzertierten nationalen Aktionen und genügend Mitteln erreichbar, gerade auch aus Effizienzgründen.

In der Folge werden grundsätzlich in Frage kommende Strukturvarianten für die Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie dargestellt und beurteilt:

- Variante 1: nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Untervarianten hinsichtlich Aufgaben, Autonomie und Rechtsform
- Variante 2: zentrale Steuerung durch Bund mit Übertragung von Aufgaben an verschiedene (bestehende) Organisationen

Unabhängig von der Variante der nationalen Organisation haben die verschiedenen Akteure weiterhin ihre zentrale mitwirkende Rolle in der Zusammenarbeit mit der nationalen Organisation sowie im Besonderen in der konkreten Qualitätsentwicklung vor Ort.

Der Aufbau von Strukturen und deren Finanzierung wird grundsätzlich nur für den Bereich des KVG angegangen, da hierzu die rechtlichen Grundlagen vorhanden sind. Die Vernetzung mit anderen Sozialversicherungssystemen würde eine zu starke Verkomplizierung und Behinderung des Umsetzungsprozesses bedeuten. Schnittstellen mit anderen Sozialversicherungen werden jedoch verfolgt und wenn angezeigt harmonisiert (z.B. Revision des Unfallversicherungsgesetzes UVG).

Betrachtet man die zeitliche Komponente des Vorhabens, so wird davon ausgegangen, dass bis Ende 2014 mit einer Organisationsstruktur, die von der endgültigen Variante abweicht, gearbeitet und erst ab ca. 2015 die nationale Qualitätsorganisation installiert wird.

3.1.2 Übergreifende Rolle/Aufgaben des Bundes

Für die Wahrnehmung der in der Qualitätsstrategie genannten Führungsrolle des Bundes und die wirksame Umsetzung der Aktionsfelder sind unabhängig von der Wahl der Organisationsstruktur nach den Artikeln 22a, 38, 39 und 58 KVG folgende Aufgaben dem Bund zuzuordnen:

- Initiieren und schaffen der rechtlichen Grundlagen für die Sicherung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zu einer optimalen Gesundheitsversorgung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit (Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Verbindlichkeit, Vorgaben in der Qualitätssicherung, Anreize).
- Er regelt die Voraussetzungen zur Zulassung der Leistungserbringer
- Er erlässt für Spitäler und andere Einrichtungen einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit.
- Festlegung der Qualitätsstrategie und Evaluation deren Wirksamkeit.
- Festlegung von Eckwerten für die Entwicklung und Durchführung eines „Qualitätsmonitorings“ sowie für die Publikation von Qualitätsinformationen.
- Festlegung, Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren nach Artikel 22a KVG.
- Gegebenenfalls Schaffung von ergänzenden rechtlichen Grundlagen für die Förderung von national einheitlichen Qualitätsinformationen (z.B. hinsichtlich Qualitätsregister).
- Initiierung von nationalen Programmen zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit.
- Steuerung der Aktivitäten zur Umsetzung der Qualitätsstrategie.
- Massnahmen hinsichtlich Verbindlichkeit nationaler Qualitätsvorhaben in Zusammenarbeit mit den Partnern (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer).
- Monitoring und Controlling der Umsetzung der nationalen Qualitätsvorgaben.
- Subsidiäre Festlegung von Massnahmen bei spezifischen im Gesetz bezeichneten Bereichen, wenn die Tarifpartner oder Kantone ihre Aufgaben hinsichtlich Qualitätssicherung und Versorgungsplanung nicht nachkommen, insbesondere im Bereich der hoch spezialisierten Medizin, Kontrollen und Massnahmen zur Sicherung der Qualität.

3.1.3 Rolle der Kantone

Nach den Artikeln 39, 43, 45 und 46 KVG, 58a bis 58e KVV, der Qualitätsstrategie des Bundes sowie ihrer kantonalrechtlichen Zuständigkeiten kommen den Kantonen folgende Rollen und Aufgaben zu:

- Planung und Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden, zweckmässigen und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitsversorgung mit rechtzeitigem und chancengleichen Zugang sowie effizientem Einsatz der Ressourcen, inklusive kantonsübergreifender Koordination sowie gesamtschweizerische Planung im Bereich der hoch spezialisierten Medizin.
- Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler im Rahmen der Versorgungsplanung
- Genehmigung der Tarifverträge
- Überprüfung von qualitativen Voraussetzungen in der Zulassung der einzelnen Leistungserbringer aus gesundheitspolizeilicher Sicht.
- Monitoring und Controlling der Qualität der Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene in Abstimmung mit nationalen Vorgaben.
- Unterstützung der Verbindlichkeit der Umsetzung der Vorgaben qualitätssichernder Massnahmen und Qualitätsmessungen des Bundes bei den Leistungserbringern.
- Beratung des Bundes im Rahmen der nationalen Q-Plattform oder des Institutsrates (siehe Strukturvarianten).

3.1.4 Rolle der Versicherer

Basierend auf den Artikeln 43, 56, 59 und 89 KVG sowie der Qualitätsstrategie des Bundes kommen den Versicherern folgend Rollen und Aufgaben zu:

- Überprüfung der Erfüllung von qualitativen Voraussetzungen der Leistungserbringer für die Leistungserbringung zu Lasten der OKP nach dem Gesetz und der Verordnung und Beantragung von Sanktionen bei den kantonalen Schiedsgerichten.
- Beratung des Bundes im Rahmen der nationalen Q-Plattform oder des Institutsrates (siehe Strukturvarianten).

3.1.5 Rolle der Leistungserbringer

Basierend auf den Artikeln 22a, 32, 43 und 56 KVG sowie der Qualitätsstrategie des Bundes kommt den Leistungserbringern und Verbänden folgende Rolle und Aufgaben zu:

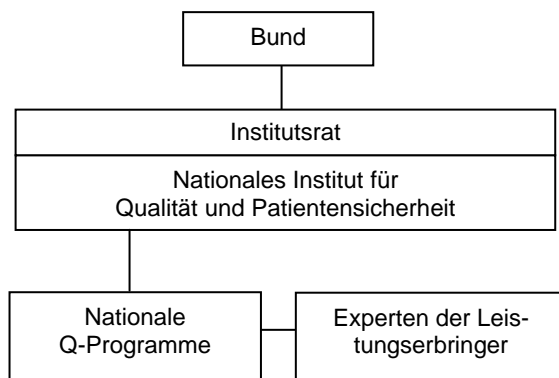
- Erbringung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine qualitativ hochstehende, zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.
- Umsetzung der Vorgaben des Bundes betreffend qualitätssichernder Massnahmen
- Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in deren Leistungserbringung inklusive Initiierung und Durchführung von lernorientierte Aktivitäten wie z.B. Benchmarkingveranstaltungen.
- Erhebung von Qualitätsdaten und kostenlose zur Verfügungsstellung zu Händen des Bundes.
- Beratung des Bundes im Rahmen der nationalen Q-Plattform oder des Institutsrates (siehe Strukturvarianten).

3.1.6 Strukturvariante 1, nationales Institut

In der Folge werden 3 Untervarianten mit einem nationalen Institut dargestellt, welche sich insbesondere im Umfang der Aufgaben und der Autonomie unterscheiden. Die derzeit im Wirkungsfeld der Qualitätsstrategie national tätigen Organisationen wie Stiftung für Patientensicherheit und nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) befürworten grundsätzlich die Schaffung eines nationalen Institutes. Im Text werden nur die wichtigsten Besonderheiten und Unterschiede dargestellt. Eine ausführliche Beschreibung der Varianten findet sich im Anhang.

3.1.6.1 Variante 1a: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Einbindung der Partner im Institutsrat

Schematische Darstellung:



Beschreibung:

Ein nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit in der Rechtsform einer öffentlichen Anstalt erhält den umfassenden Auftrag für die Umsetzung der Qualitätsstrategie inklusive der Beratung des Bundes in strategischen Themen. Im Institutsrat sind die Akteure der Gesundheitsversorgung im Rahmen obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) paritätisch vertreten. Das Institut arbeitet in seinen Umsetzungsaktivitäten mit anderen Partnerorganisationen zusammen. Es verwaltet die Mittel aus den Versichertenbeiträgen entsprechend den Vorgaben des Bundes. In der Organisation der nationalen Qualitäts- und Patientensicherheits-Programme werden Experten der Leistungserbringer und Verbände vom Institut eingebunden.

Die heute bestehende Stiftung für Patientensicherheit würde aufgelöst und in das neue Institut integriert. Auch würden die Aufgaben des heute bestehenden nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) integriert. Der heutige Vereinszweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Steuerung des Bundes erfolgt über den Erlass der Aufgabenübertragung in Gesetz und Verordnung und über den Erlass der strategischen Ziele des Instituts durch den Bundesrat. Er wählt den Institutsrat.

Die Aufgaben des Instituts sind insbesondere:

- Vernetzung der Akteure OKP bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung
- Beratung des Bundes in strategischen Themen
- Verwaltung der Mittel aus den Versichertenbeiträgen
- Grundlagenerarbeitung zu verschiedenen Themen der Qualitätssicherung
- Initiierung, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen), Festlegung und Management nationaler Qualitäts-/Patientensicherheits-Programme, Koordination der Akteure sowie Evaluation der Wirkung und Effizienz der Programme
- Definition nationaler Messprogramme. Durchführung und/oder Beauftragung der Erhebung von nationalen Qualitätsindikatoren, der Auswertung und integrierten stufengerechten Aufbereitung für die verschiedenen Anspruchsgruppen.
- Controlling/Monitoring von Qualitätsaktivitäten und Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsvorgaben
- Entwicklung von Anreizsystemen
- Versorgungs- und Begleitforschung (teils selbst, teils Beauftragung Anderer)

Vorteile:

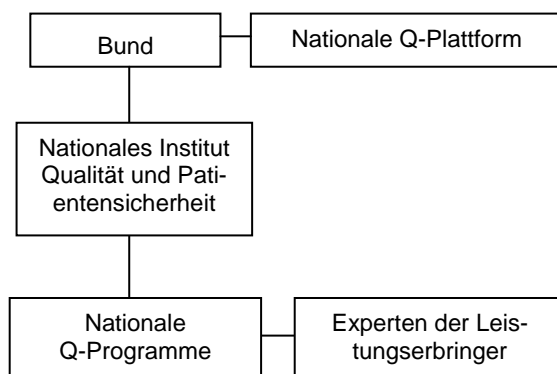
- Relativ geringer Steuerungsaufwand und damit verbunden weniger Personalressourcen auf Seiten der Bundesverwaltung notwendig.
- Konzentration aller Themen der Qualitätsstrategie mit wenig externen Schnittstellen.

Nachteile:

- Die Steuerung des Instituts durch die Akteure OKP ist nicht mit den Corporate-Governance-Richtlinien des Bundes vereinbar. Weiter stellt diese Delegation an die Akteure des Gesundheitswesens, eine ähnliche Situation wie heute dar, wo die Schwierigkeit der Einigung der Tarifpartner und eine Trägheit im Aufbau der Qualitätssicherung weiter bestehen würde. Die vom Parlament beabsichtigte Verstärkung der Rolle des Bundes ist in dieser Variante ungenügend gesichert.
- Die aktuell von den Akteuren gewünschte Unabhängigkeit des Instituts wäre ausser einem geringeren Einfluss des Bundes durch die starke Interessenvertretung der einzelnen Akteure ungenügend gewährleistet.
- Eine neue gesetzliche Grundlage für das nationale Institut ist notwendig, dies mit dem Risiko der Zeitverzögerung und in der politischen Umsetzbarkeit.
- Im Vergleich zu den Varianten 1c und 2 besteht ein wesentlicher Aufwand für das Change Management in der Zusammenführung bestehender Akteure, Strukturen und Kulturen mit dem Risiko von Widerständen, Know-how-Verlust, Demotivation und Verlust von bisher Erreichtem.
- Es besteht auch ein Risiko in der Minderung von Qualitätsinitiativen auf Ebene der Leistungserbringer und Verbände durch übermässige Verantwortungszuordnung an das für den ganzen Themenbereich zuständige nationale Institut.

3.1.6.2 Variante 1b: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit und beratende nationale Q-Plattform

Schematische Darstellung:



Beschreibung:

Beratend für die strategischen Zielsetzungen und steuernden Vorgaben steht dem Bund eine eigenständige nationale Q-Plattform zur Seite, in welcher die Akteure OKP vertreten sind (BAG (Vorsitz), BFS, Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer, Patientenorganisationen).

Für die Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie dient dem Bund ein nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt. Im Gegensatz zu Variante 1a hat das Institut eine weniger grosse Autonomie. Das Institut verfügt über eine schlankere Führungsstruktur ohne einen paritätisch aus den Akteuren zusammengesetzten Institutsrat wie bei Variante 1a.

Auch bei dieser Variante würde die heute bestehende Stiftung für Patientensicherheit aufgelöst und in das neue Institut integriert sowie auch die Aufgaben des ANQ.

Die Steuerung des Bundes erfolgt wie bei Variante 1a jedoch mit zusätzlich separater Definition nationaler Messprogramme, Festlegung nationaler Qualitätsprogramme und Verwaltung und Bestimmung der Mittel aus den Versichertenbeiträgen durch den Bund.

Bei den Aufgaben des Instituts entfallen gegenüber der Variante 1a die folgenden Punkte welche der Zuständigkeiten des Bundes und der nationalen Q-Plattform zugeordnet werden:

- Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung
- Beratung des Bundes in strategischen Themen
- Verwaltung der Mittel aus den Versichertenbeiträgen

Die Akteure des Gesundheitswesens werden neben ihrer Einbindung im Gesundheitspolitischen Beirat als Schlüsselpartner in der konkreten Umsetzung jeweils in die Projektarbeiten und nationalen Qualitätsprogramme einbezogen.

Vorteile:

- Bessere Wahrnehmung der Führungsaufgabe des Bundes als in Variante 1a mit angemessenem Steuerungsaufwand.
- Konzentration aller Themen der Qualitätsstrategie mit wenig externen Schnittstellen (wie bei Variante 1a).

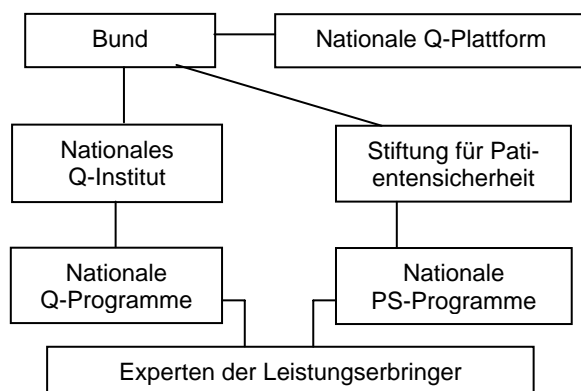
Nachteile:

Wie bei Variante 1a besteht:

- ein wesentlicher Aufwand für das Change Management in der Zusammenführung bestehender Akteure, Strukturen und Kulturen mit dem Risiko von Widerständen, Know-how-Verlust, Demotivation und Verlust von bisher Erreichtem.
- Eine neue gesetzliche Grundlage ist notwendig, was mit dem Risiko der Zeitverzögerung und in der politischen Umsetzbarkeit verbunden ist.

3.1.6.3 Variante 1c: Nationales Qualitätsinstitut unter Beibehaltung der Stiftung für Patientensicherheit

Schematische Darstellung:



Beschreibung:

Wie in Variante 1b steht dem Bund beratend für die strategischen Zielsetzungen und steuernden Vorgaben eine nationale Q-Plattform zur Seite.

Ein nationales Qualitätsinstitut in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt oder privatrechtlichen Organisation wird durch den Bund beauftragt. Es hat weniger Aufgaben und Kompetenzen als in den Varianten 1a und 1b.

Es unterstützt den Bund in der Umsetzung der Qualitätsstrategie mit den folgenden Aufgaben:

- Grundlagenerarbeitung
- Stufengerechte Aufbereitung von Qualitätsinformationen für die verschiedenen Anspruchsgruppen.
- Kontextbezogene Versorgungs- und Begleitforschung (teils selbst, teils Beauftragung Anderer)
- Entwicklung von Messkonzepten z.Hd. des Bundes
- Initiierung, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen) und Führung von nationalen Qualitätsprogrammen, Koordination der Akteure sowie Evaluation der Wirkung und Effizienz der Programme

Die Stiftung für Patientensicherheit bleibt in ihrer eigenständigen Form weiter bestehen. Die Absicht bei der Gründung der Stiftung mit der Sichtbarmachung und Stärkung des Themas Patientensicherheit bleibt in dieser Form erhalten. Die Stiftung kann sich bereits in der Übergangsphase 2011 bis 2014 voll bei nationalen Qualitäts- und Patientensicherheitsprogrammen engagieren und wird nicht durch Aktivitäten bezüglich Stiftungsauflösung und Integration, Neuorganisation und Definition von neu angepassten Zielsetzung/Aufgabenzuordnung in einem grösseren nationalen Institut absorbiert. Die Finanzierung der Aktivitäten der Stiftung wird mit Mitteln aus den Versichertenbeiträgen auf eine stabilere langfristig orientierte Basis gestellt und ihre Programme können auf eine wirksamere nationale Tiefen- und Breitenwirkung ausgebaut werden, was mit den heute verfügbaren Mitteln ungenügend möglich ist. Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Stiftung würde in einem entsprechenden Leistungsauftrag definiert. Wie in Varianten 1a und 1b würden die Aufgaben des ANQ in das nationale Institut integriert. Eine spätere Überführung der Stiftung in das nationale Institut wird als anzustrebende Weiterentwicklung erachtet.

Dem Bund kommen bei dieser Organisationsform gegenüber Variante 1b neben einer konkreteren strategischen Steuerung und/oder Erteilung von spezifischen Leistungsaufträgen zusätzlich die Funktionen des Controlling/Monitoring von Q-Aktivitäten auf nationaler Ebene und Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsvorgaben zu.

Die Akteure OKP werden neben ihrer Einbindung im Gesundheitspolitischen Beirat als Schlüsselpartner in der konkreten Umsetzung jeweils in die Projektarbeiten und nationalen Qualitätsprogramme einbezogen.

Vorteile:

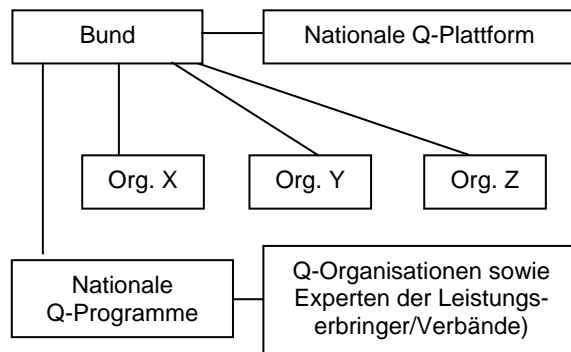
- Guter steuernder Einfluss des Bundes sowie Einflussnahme auf die Umsetzung der Massnahmen.
- Ein kompetenter Partner im Thema Qualität für die Unterstützung des Bundes mit einfacherer Steuerung als Variante 2.
- Das Thema Patientensicherheit hat mit dem Verbleib einer eigenständigen Institution eine bessere Visibilität und mit der Unabhängigkeit von anderen Qualitätsthemen kann besser auf das Thema Patientensicherheit fokussiert und das Image und die Akzeptanz bei den Akteuren gefördert werden.
- Die weiterbestehende Stiftung für Patientensicherheit kann sich in der Übergangsphase 2011-2014 bereits voll in die Umsetzung eines 1. nationalen Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramms voll einbringen ohne sich mit einem Integrationsprozess befassen zu müssen.

Nachteile:

- Grössere Aufgabenteilung beim Bund gegenüber Varianten 1a und 1b.
- Bei einer öffentlich-rechtlichen Anstalt ist eine neue gesetzliche Grundlage notwendig, was mit dem Risiko der Zeitverzögerung und in der politischen Umsetzbarkeit verbunden ist. Geringer wäre das Risiko bei einer privatrechtlichen Organisation mit geringeren rechtlichen Anpassungen.

3.1.7 Strukturvariante 2, Übertragung von Aufgaben an verschiedene (bestehende) Organisationen

Schematische Darstellung:



Beschreibung:

Wie in Varianten 1b und 1c, steht auch hier dem Bund beratend für die strategischen Zielsetzungen und Vorgaben eine nationale Q-Plattform zur Seite, in welcher die wichtigen Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Der Bund erteilt für verschiedene Aufgaben Leistungsaufträge an verschiedene Partnerorganisationen und überwacht die Umsetzung. Er koordiniert die Aktivitäten der beauftragten Organisationen. Derzeit bestehen bereits Organisationen, die Aktivitäten in Teilbereichen durchführen, wie beispielsweise der ANQ (Qualitätsmessungen für Spitäler auf nationaler Ebene) und die Stiftung für Patientensicherheit. Diese, sowie weitere Organisationen sollen mit Teilaufgaben vom Bund beauftragt werden.

Beim Bund verbleiben bei dieser Modellvariante am meisten Aufgaben. Insbesondere auch wesentliche Aufgaben in der Überwachung und Koordination der Akteure und der beauftragten Organisationen (mit Unterstützung der nationalen Q-Plattform) und Planung von nationalen Qualitäts-Programmen.

Vorteile:

- Rasche Nutzung bestehender Strukturen
- Geringere Anpassung der rechtlicher Grundlagen notwendig

Nachteile:

- Höherer Steuerungsaufwand durch den Bund mit entsprechend höherem Ressourcenbedarf
- Höhere organisatorische Komplexität durch mehr Partner mit höherem Splitting der Tätigkeiten
- Trägheit in der Umsetzung durch die Auftragsvergaben entsprechend dem öffentlichen Beschaffungswesen

3.1.8 Übergangsphase bis zur Installation einer neuen nationalen Q-Organisation

Es wird davon ausgegangen, dass für die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen, den Aufbau des nationalen Instituts mit Integration bestehender Organisationen (z.B. ANQ und die Stiftung für Patien-

tensicherheit) die Zeit von 2011 bis 2014 benötigt wird. Für einen reibungsarmen Übergang, der das Wissen und die Kompetenzen zusammenführt und ergänzt sowie die bisherigen Anstrengungen schützt, ist ein Change Management-Prozess notwendig.

Neben dem Aufbau der Strukturen sollen parallel bereits Arbeiten zur (Weiter-)Entwicklung von Qualitätsinformationen aufgenommen (siehe Kapitel 3.4) und ein erstes Qualitäts- und Patientensicherheits-Programm auf nationaler Ebene initiiert und umgesetzt werden (siehe Kapitel 3.3), damit die bestehende Motivation und Initiativen für die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit nicht gedämpft und dringend notwendige Aufbauarbeiten angegangen werden können. Die Steuerung soll durch spezifische Leistungsaufträge zwischen dem BAG und bestehenden Organisationen erfolgen. Dies erfordert einerseits die Schaffung von entsprechenden zusätzlichen personellen Ressourcen sowie Bereitstellung von finanziellen Mitteln seitens des Bundes.

3.1.9 Durchsetzungsmöglichkeiten seitens Kantone, Versicherer

Die Kantone haben in ihrer gesundheitspolizeilichen Funktion sowie in ihrer planerischen und steuernden Funktion hinsichtlich der kantonalen Gesundheitsversorgung Möglichkeiten, Qualitätsanforderungen (z.B. Strukturmerkmale, Mindestfallzahlen), Qualitätssicherungsmassnahmen (z.B. Anforderung an das innerbetriebliche Qualitätsmanagement, Meldesysteme für kritische Ereignisse) und die Erhebung von Qualitätsindikatoren bei den Leistungserbringern zu verlangen (Zulassung der Leistungserbringer, Spitalisten/Versorgungsplanung, Leistungsaufträge).

Die Versicherer haben die Möglichkeit in den Tarifverträgen qualitätssichernde Massnahmen zu verankern. Sie haben die Aufgabe, die Erfüllung von qualitativen Voraussetzungen der Leistungserbringer für die Leistungserbringung zu Lasten der OKP zu überprüfen, wo entsprechende Regelungen in den Tarifverträgen oder Gesetz und Verordnung vorhanden sind. Die Versicherer haben die Möglichkeit, wenn die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen nicht gegeben sind, nach Artikel 59 KVG bei kantonalen Schiedsgerichte Sanktionen zu beantragen. Der Weg über die kantonalen Schiedsgerichte erweist sich in der praktischen Umsetzung oft als schwierig. Welche Anpassungen der rechtlichen Grundlagen hinsichtlich wirksamerer Durchsetzungsmöglichkeiten angemessen wären, gilt es noch vertiefter abzuklären.

3.1.10 Durchsetzungsmöglichkeiten seitens Bund

Geltendes Recht

Der Bundesrat hat die Durchführung von Massnahmen der Qualitätssicherung in Artikel 77 KVV in erster Linie den Leistungserbringern übertragen. Die Modalitäten der Durchführung sind durch die Tarifpartner in Verträgen zu vereinbaren. Ob Massnahmen ergriffen werden, ist aber nicht in das Belieben der Tarifpartner gestellt. Es handelt sich um einen gesetzlichen Auftrag. Der Bundesrat könnte durch eine entsprechende Änderung der KVV die Umsetzung auch einer Instanz des Bundes übertragen. Das KVG verlangt dabei aber eine enge Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern. Ein indirektes Mittel für die Erhöhung der Umsetzung sind das Transparentmachen von Beteiligungen an Qualitätsaktivitäten und die Publikation von Qualitätsindikatoren durch den Bund.

Die Qualitätssicherung nach geltendem Recht ist sehr weit gefasst und der Bundesrat hat grundsätzlich die Kompetenzen zur Umsetzung von Massnahmen der Qualitätssicherung. Er muss dabei die interessierten Organisationen vorher anhören. Der Bund hat nach geltendem Recht keine Sanktionsmöglichkeiten.

Verstärkung der Verbindlichkeit und der Durchsetzungsmöglichkeiten

Bei der angestrebten Führungsrolle des Bundes in der Qualitätssicherung und der Errichtung eines nationalen Instituts entsteht die Situation, dass der Bund in keinem direkten Vertragsverhältnis mit den Leistungserbringern steht und die Massnahmen zur Qualitätssicherung nicht in jedem Fall in einem direkten Zusammenhang zur Vergütungspflicht einer konkreten Leistung durch die OKP steht. Weigert sich ein Leistungserbringer bei nationalen Messprogrammen mitzuwirken oder liefert er die verlangten Daten nicht in der vorgeschriebenen Art und Weise, ist die Publikation der Liste jener Leistungserbrin-

ger denkbar, welche sich weigern oder nicht in der Lage sind, die verlangten Daten zu liefern oder Massnahmen umzusetzen.

Die Durchsetzungsmassnahmen betreffend Qualität der Leistungserbringung, allenfalls mit Sanktionen, sollen primär darin bestehen, dass ein Leistungserbringer Leistungen mit einer offensichtlich mangelhaften oder ungenügenden Qualität nicht mehr zu Lasten der OKP abrechnen kann und ist in erster Linie Aufgabe der Versicherer und Kantone. Welche zusätzlichen rechtlichen Grundlagen für die Verstärkung der Verbindlichkeit geschaffen werden sollen, hängt auch von der Ausgestaltung der nationalen Strukturen ab und ist vertieft zu klären.

3.1.11 Beurteilung der Strukturvarianten

Gestützt auf die vorangegangenen Überlegungen ergibt sich die untenstehende zusammengefasste Beurteilung der wichtigsten Kriterien für die Modellwahl.

Legende

+ bedeutet: erleichterte bzw. gute Erfüllung des Kriteriums

– bedeutet: erschwerte, komplizierte Erfüllung des Kriteriums und

O ist eine neutrale bzw. indifferente Beurteilung

| Kriterium | Variante 1 nationales Institut | | | Variante 2 |
|--|--------------------------------|----|----|------------|
| | 1a | 1b | 1c | |
| Steuerbarkeit durch Bund | – | + | + | + |
| Organisatorische Komplexität der Umsetzung der Qualitätsstrategie | + | + | O | – |
| Potential für Wirkung auf Qualität und Patientensicherheit | + | + | + | O |
| Potential für Einbindung der Akteure | + | + | + | + |
| Durchsetzung der Verbindlichkeit | O | + | + | + |
| Sichern bestehender Stärken, Schaffung von Nachhaltigkeit bezüglich Qualität und Patientensicherheit | O | O | + | + |
| Risiken bei der Umsetzung der Strukturveränderungen (politische Machbarkeit, Zeitverzögerungen, Verlust von bisher Erreichtem) | – | – | + | + |

3.2 Finanzierung

3.2.1 Abgrenzung

Der auf 20 – 25 Mio. CHF geschätzte finanzielle Rahmen für die Umsetzung der Qualitätsstrategie ist für die Aufgaben der Umsetzung der Qualitätsstrategie (Erarbeitung von Grundlagen, Planung und Durchführung von Programmen, Entwicklung, Pilotierung und Aufbereitung von Qualitätsindikatoren, nationale Organisation) aufzuwenden. Er beinhalten nicht die Kosten der Leistungserbringer, um den vom KVG verlangten Nachweis der Qualität der medizinischen Leistungen zu erbringen. Hinsichtlich der Einführung eines leistungsbezogenen Abgeltungssystems sind nach Artikel 59d KVV von den Tarifpartnern Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität zu vereinbaren.

Nach Artikel 22a KVG haben die Leistungserbringer die Aufgabe, medizinischen Qualitätsindikatoren kostenlos zur Verfügung zu stellen. Im Sinne des KVG sind die Qualitätssicherungsmassnahmen der Leistungserbringer Bestandteil der Leistungserbringung (zur Gewährleistung der Qualität der Versor-

gung) und die damit verbundenen Kosten sind in den vereinbarten Tarifen zu berücksichtigen und nicht über separate Wege zu finanzieren.

3.2.2 Finanzierungsbedarf für Massnahmen der Qualitätsstrategie

Die Herleitung des Kostenrahmens von jährlich CHF 20 – 25 Mio. erfolgte aufgrund von Vergleichen mit anderen Aktivitäten im Bereich der Patientensicherheit und Gesundheitsförderung sowie Strukturen in anderen Ländern. Er ist im Sinne eines Kostenrahmens zu verstehen, der ein politisch verträgliches Mass für Qualitätsaktivitäten auf nationaler Ebene darstellt. Eine genauere bottom-up Herleitung erscheint schwierig machbar, insbesondere da eine rein sachlich begründete Begrenzung angezeigter Aktivitäten nicht machbar ist und eine finanzielle Begrenzung notwendig erscheint.

Nicht Teil des genannten Kostenvolumens sind, aufgrund der unter 3.2.1 dargelegten Gründe, die Aufwände der Leistungserbringer für deren Aktivitäten zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung inbegriffen die Kosten für die Erhebung von Qualitätsindikatoren. Auch weitere Qualitätsaktivitäten der verschiedenen Verbände und Fachgesellschaften, die nicht Teil von nationalen Qualitätsprogrammen, aber wie bisher sinnvoll und wichtig für die Qualitätsentwicklung sind, sollen über die bereits bestehenden Finanzierungskanäle abgedeckt werden. Auch nicht enthalten sind die Aufgaben der Kantone (Qualitätsvorgaben in der Zulassung der Leistungserbringer, Datensammlung z.Hd. des Bundes und Qualitätsmonitoring auf kantonaler Ebene).

Wie in der Qualitätsstrategie dargelegt, machen Qualitätsanstrengungen nur dann Sinn, wenn die Mittel angemessen dimensioniert sind. Die Investitionen in die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit lohnen sich, da damit durch schlechte Qualität verursachten Kosten reduziert werden können.

Mit dem genannten Finanzrahmen würde für die Umsetzung der Qualitätsstrategie ein Beitrag pro versicherte Person und Jahr von ca. CHF 3.- beansprucht, was weniger als ein halbes Promille der gesamten Gesundheitsausgaben darstellt. Angesichts des Handlungsbedarfs im Bereich Qualitätssicherung und des vergleichsweise sehr grossen und evidenten ökonomischen und gesundheitlichen Nutzens konzentrierter Anstrengungen im Qualitätsbereich ist dies eine angemessene, eher am unteren Limit liegende Grössenordnung.

Das Kostenvolumen für den Betrieb des nationalen Instituts, für Vernetzung, Grundlagen- und Begleitforschung soll wesentlich kleiner ausfallen als das zum Volumen für die Umsetzung von Qualitätsprogrammen und flächendeckenden Erhebungen.

3.2.3 Kriterien zur Beurteilung der Finanzierungsmodelle

Bei der Wahl eines Finanzierungsmodells sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. **Einfachheit / Administrierbarkeit:** dies sind Grundanliegen für eine verlässliche Finanzierung der Qualitätsanstrengungen. Wenn die Gelder in einer komplizierten Administration bzw. einem aufwendigen Inkasso generiert werden müssen, fehlen die für die Bewirtschaftung des Inkassos und des Finanzcontrollings aufzuwendenden Mittel („Verwaltungskosten“) automatisch für die konkreten Massnahmen zur Qualitätsförderung. Auch sollen unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit die administrativen Kosten möglichst gering gehalten und durch einen einfachen Prozess gesichert werden können. Wenn z.B. ein „Qualitätszuschlag“ auf jeder abgerechneten Leistung eines jeden Leistungserbringers in Rechnung gestellt werden müsste, so wäre dies wahrscheinlich ein unverhältnismässiger administrativer Aufwand.
2. **Ordnungspolitische Logik:** Die Finanzierung soll der Exposition gerecht werden, also sowohl Kranke (Patienten) als auch gesunde Bürger als „potentiell exponierte“ berücksichtigen.
3. **Vermeidung falscher Anreize:** es muss verhindert werden, dass zur Verfügung gestellte Gelder z.B. zur Refinanzierung bestehende Qualitätsinitiativen und die interne Qualitätssicherung bei Leistungserbringern verwendet werden.

4. **Verlässlichkeit:** das nationale Institut muss sich auf eine langjährig gesicherte Finanzierung verlassen können, um die Programme auch langfristig betreiben zu können.

3.2.4 Finanzierungsmodelle

| Modell / Beschreibung | Vorteile | Nachteile |
|---|---|---|
| <p>Finanzierung über Leistungsentgelte Erhebung eines Zuschlags auf jede abgerechnete Leistung bei allen ambulanten und stationären Leistungserbringer-Kategorien via die entsprechenden Tarifverträge (SwissDRG, Tarmed, paramed. Tarife, SPITEX, Medikamente etc.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bezug zum Leistungsvolumen • Langjährig stabile Finanzierung | <ul style="list-style-type: none"> • Konsumorientiert • Verursacherprinzip ohne Solidarität von Gesunden und Kranken • Verständnisprobleme bei Leistungserbringer und Patienten wenn leistungsbezogene Q-Entgelte nicht für interne Aufwendungen für Q-Massnahmen sind • Fördert Begehrlichkeit für Zusatzfinanzierung der internen QS bei Leistungserbringern (falsche Anreize) • Kompliziert und aufwändig: zahlreiche Tarifstrukturen und Fakturierungssysteme • Bewirtschaftungsaufwand hoch im Vergleich zum Finanzvolumen • Neue Gesetzesgrundlage notwendig |
| <p>Beiträge pro versicherte Person Erhebung durch Krankenversicherer als zusätzliche Pauschale zu den Prämien.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Expositions- und nicht konsumbezogen • Solidarität von Gesunden und Kranken • Erhebung relativ einfach • Kein direkter Einfluss auf Anreize bei Leistungserbringern • Langjährig stabile Finanzierung | <ul style="list-style-type: none"> • Neue Gesetzesgrundlage notwendig |
| <p>Finanzierung über Steuermittel (Bund und Kantone) Finanzierung über ordentliche Steuermittel</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Expositions- und nicht konsumbezogen • Solidarität von Gesunden und Kranken • Erhebung relativ einfach • Kein direkter Einfluss auf Anreize bei Leistungserbringern | <ul style="list-style-type: none"> • Neue Gesetzesgrundlage notwendig • Nicht im Sinne der Vorgabe des BR betr. Vermeidung von Mehrbelastungen des Bundes • Unterliegt den regelmässigen politischen Budgetdiskussionen, insbesondere auch bei den Kantonen mit Gefährdung der Finanzierungsstabilität |

3.2.5 Beurteilung der Finanzierungsmodelle

Legende

+ bedeutet: erleichterte bzw. gute Erfüllung des Kriteriums

– bedeutet: erschwerte, komplizierte Erfüllung des Kriteriums und

O ist eine neutrale bzw. indifferente Beurteilung

| Finanzierungsmodell | Einfachheit/ Administrierbarkeit | Ordnungspol. Logik | Vermeidung falscher Anreize | Verlässlichkeit |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|
| Leistungsentgelte | – | – | – | + |
| Beitrag pro versicherte Person | + | O | + | + |
| Steuermittel | – | O | + | – |

Weiter diskutiert aber nicht berücksichtigt oder vorgeschlagen werden folgende Modelle:

- **Reine Private-Public-Partnership (PPP) Finanzierung:** als zu gewichtige Nachteile werden die Unverlässlichkeit in der Langzeitwirkung sowie heikle Interessenbindungs-Probleme erachtet, die in diesem Bereich des Gesundheitswesens absolut unerwünscht sind. Die Unabhängigkeit der Organisation ist ein zentrales Anliegen.
- **Projektbeitrags-Finanzierung:** eine Kostendeckung bei allen Arbeiten wäre erforderlich, dadurch würden zahlreiche elementare Aktivitäten verunmöglicht, da dafür kein Markt besteht, der diese Aktivitäten „kaufen“ würde (z.B. nationale Verbesserungsinterventionsprogramme, nationale Fehlermeldesysteme). Viele Abnehmer sind nicht in der Lage oder gewillt, kostendeckende Preise zu zahlen. Die Strategieumsetzung wäre kaum möglich. Zudem wäre eine ständige „Verkaufsaktivität“ nötig.

3.2.6 Erste Konkretisierung der Aufteilung der Finanzmittel

Bei der untenstehenden Konkretisierung des Finanzvolumens von 20 bis 25 Mio. CHF handelt es sich um erste grob geschätzte Annahmen. Die weitere Konkretisierung wird im Rahmen des kommenden Gesetzgebungsprozesses und im Zusammenhang mit vertieften Arbeiten für die Strategieumsetzung erfolgen, wobei die Mittelzuteilung auch von der im politischen Prozess vorgenommenen Ausgestaltung des Systems abhängt.

| Aufgabe | Betrag CHF/J (ab 2015) |
|--|------------------------|
| Administration Institut, allgemeine Koordinations- und Vernetzungsaufgaben | 2 Mio. |
| Qualitäts- und Patientensicherheits-Programme (Entwicklung, Durchführung und Evaluation von 3-4 parallel laufenden Programmen; inkl. die diesbezüglichen Administrationskosten) | 10 -12 Mio. |
| Qualitätsindikatoren/-informationen (Grundlagenarbeiten, nationales Qualitätsmonitoringkonzept, Indikatorenentwicklung, Datenaufbereitung) | 5 - 6 Mio. |
| Controlling / Monitoring hinsichtlich Umsetzung von Qualitätsvorgaben | 1-2 Mio. |
| Kontextbezogene Versorgungs- und Begleitforschung (Bewirtschaftung Forschungsportfolio, Durchführung und Vergabe von spezifischen Forschungsprojekten in Ergänzung zum Nationalfond) | 2-3 Mio. |
| <i>Total</i> | <i>20-25 Mio.</i> |

Für die Aufgaben der Steuerung und Controlling sowie Datenaufbereitung auf Seiten des EDI werden Mehraufwände von ungefähr 1 Mio. CHF (Personalkosten und externer Aufwand für Beratung und Publikationen), je nach Ausgestaltung der nationalen Strukturen, geschätzt. Diese sind innerhalb des regulären Budgetprozesses des Departementes bereitzustellen. Je nach Wahl der Strukturvariante können diese höher oder auch tiefer ausfallen.

3.2.7 Finanzierung Übergangsphase

In der Übergangsphase 2011 bis 2014, bis die gesetzlichen Grundlagen und die Umsetzungsprozesse für das neue Finanzierungsmodell geschaffen sind, sollen neben den Ressourcen für die Vorbereitungs- und Aufbauarbeiten für die nationale Struktur Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden, um ein erstes nationales Qualitätsprogramm zu initiieren und umzusetzen, sowie die Erhebung von Qualitätsindikatoren auszubauen und Grundlagenarbeiten hinsichtlich Analyse und Publikation von Qualitätsinformationen durchzuführen. Dadurch sollen auch die bestehende Motivation und Initiativen für die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit weiter gefördert werden. Der zusätzliche finanzielle Ressourcenbedarf wird wie folgt veranschlagt:

- Vorbereitungsarbeiten für nationale Strukturen und Finanzierung: CHF 200'000.- / Jahr
- Ein nationales Qualitätsprogramm: CHF 800'000. / Jahr
- Grundlagenarbeiten für Qualitätsindikatoren/Qualitätsinformationen: CHF 100'000.- / Jahr
- Weitere Sofortmassnahmen: CHF 100'000.- / Jahr)

Die Stiftung für Patientensicherheit soll weiterhin Bundesmittel von rund CHF 300'000.- / Jahr für ihre Aktivitäten erhalten. Eine Übernahme der Administrationskosten des ANQ ist in der Übergangsphase nicht möglich, wie auch nicht die Sprechung von zusätzlichen Geldern für die Stiftung für Patientensicherheit. Die Aktivitäten des ANQ hinsichtlich Planung und Organisation von nationalen Messungen, Publikation von Qualitätsdaten und die Durchführung von lernorientierten Aktivitäten werden als gemäss KVG grundsätzliche Aufgaben der Tarifpartner erachtet, welche nicht durch zusätzlichen Bundesgelder zu finanzieren sind.

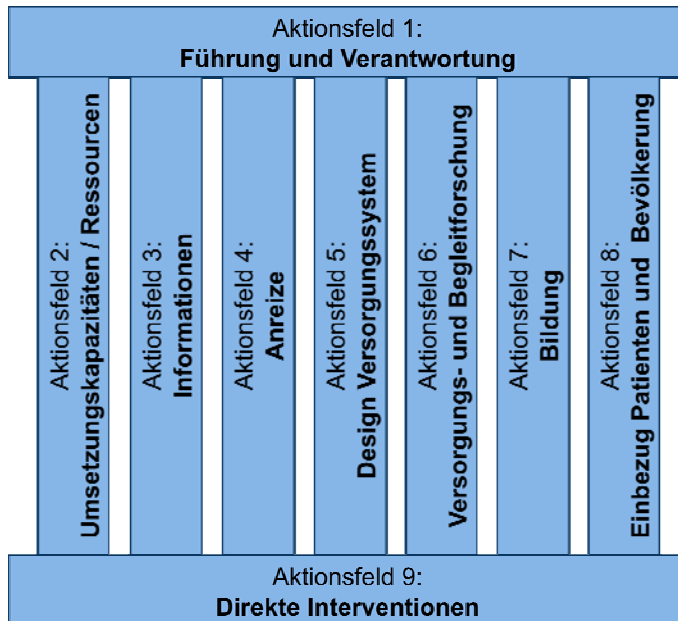
3.3 Prioritäre Inhalte, Aktionsfelder

3.3.1 Zielsetzung

Die Zielsetzung im Konkretisierungsprojekt war, hinsichtlich der in der Qualitätsstrategie genannten neun Aktionsfelder wichtige, in der Übergangsphase 2011 bis 2014 anzugehende Themenbereiche zu identifizieren, zu priorisieren und hinsichtlich Umsetzungsmassnahmen zu konkretisieren.

3.3.2 Aktionsfelder im Überblick

Die neun in der Qualitätsstrategie des Bundes benannten Aktionsfelder bieten dem Bund die Möglichkeit, zur Verbesserung der Qualität mittels nationaler Programme und/oder Einzelmassnahmen, steuernd einzugreifen.



In der Qualitätsstrategie sind die Aktionsfelder ausführlich beschrieben und einzelne erste Handlungsempfehlungen zur Steuerung durch den Bund werden ausgeführt. Alle genannten Aktionsfelder sind für den Bund von Bedeutung.

3.3.3 Priorisierungsprozess

3.3.3.1 Priorisierungskriterien

In jedem Aktionsfeld besteht eine Reihe von handlungsrelevanten Problemfeldern. An Hand der folgenden Kriterien sollen die ermittelten Problemfelder priorisiert und geeignete Massnahmen für eine möglichst wirksame und effiziente Umsetzung der Strategie ausgewählt werden:

- Handlungsbedarf
- Kosten-Nutzen-Relation (günstiges Verhältnis von Mitteleinsatz und Impact auf die Qualität)
- Vorhandensein von möglichen Lösungsansätzen

Zudem ist bei der Wahl der Massnahmen zu berücksichtigen, dass diese einen Nutzen entsprechend den im Strategiepapier von 2009 genannten Zieldimensionen der Qualität (sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig, effizient, chancengleicher Zugang zu Leistungen; entsprechend der Definition des amerikanischen Institute of Medicine) erzielen.

3.3.3.2 Vorgehen

Das Vorgehen für die Erarbeitung von Empfehlungen für Sofortmassnahmen in Feldern mit hohem Handlungsbedarf (Hotspots) stützte sich im Wesentlichen auf die Einschätzung der Expertinnen und Experten. Zudem stützte man sich auf eine Analyse der Stiftung für Patientensicherheit aus einer breit abgestützten Expertenbefragung. Die Zusammensetzung der Gruppe mit verschiedenen Expertinnen und Experten, welche über grosse Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verfügen, findet sich im Anhang. Die Wissensbasis für die nachfolgenden Empfehlungen fusst auf folgenden Bereichen: Literatur, Expertenwissen und Aktivitäten in anderen Ländern.

3.3.4 Schwerpunkte in den Aktionsfeldern für die Übergangsphase 2011-2014

Die seitens BAG zu Projektbeginn festgelegten Schwerpunkte hinsichtlich Strukturen und Finanzierung (betreffen die Aktionsfelder 1 und 2) sowie Informationen (betrifft Aktionsfeld 3) wurden vom Projektteam bestätigt. Die Inhalte zum Aktionsfeld 3 „Informationen“ wurden in einem separaten Teilprojekt behandelt (siehe Kapitel 3.4). Als weiteres prioritäres Aktionsfeld wurde von den Teilprojektmitgliedern das Aktionsfeld 9 „Direkte Interventionen“ bezeichnet, da dieses die beste Gelegenheit bietet, um mit nationalen Programmen in kurzer Zeit wesentliche Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Massnahmen bei den übrigen Aktionsfeldern wirken sich dagegen immer indirekt auf die Verbesserung der Qualität aus. Sie sind deswegen nicht weniger wichtig, da sie die erforderlichen günstigen systemischen Rahmenbedingungen zur längerfristigen Qualitätssteigerung erst ermöglichen, erhalten aber bei der Priorisierung einen anderen Stellenwert.

In der Qualitätsstrategie des Bundes wurden zu den Aktionsfeldern im Sinne einer ersten Orientierung bereits Handlungsempfehlungen mit einer groben Priorisierung genannt. Zu den Aktionsfeldern 1 bis 8 wurden vom Projektteam diejenigen Problemfelder ermittelt, in denen in der Übergangsphase von 2011 bis 2014 Sofortmassnahmen an die Hand genommen werden sollen. Zum Aktionsfeld 9 „Direkte Interventionen“ wurden erste Konkretisierungen erarbeitet. Eine Überprüfung, Konkretisierung und Eingrenzung der Inhalte hat im Rahmen der Umsetzungsprojekte zu erfolgen.

Folgende Empfehlungen für Sofortmassnahmen in der Übergangsphase 2011 bis 2014 werden von der Expertengruppe empfohlen:

Aktionsfeld 1: Führung und Verantwortung

Nationale Ebene:

Die Inhalte und Massnahmen zu den nationalen Strukturen finden sich im Kapitel 3.1.

Ebene Leistungserbringer:

- Monitoring der Qualitäts- und Sicherheitskultur durch standardisierte Spitalpersonalbefragungen
- Konzipierung und Evaluation von geeigneten Führungsmodellen (Leitfaden als mögliches Produkt, Nominierung von Spitälern mit hervorragenden Q-Aktivitäten als „Referenzspitäler“)

Aktionsfeld 2: Umsetzungskapazitäten und Ressourcen

Die Inhalte und Massnahmen betreffend Finanzierung auf nationaler Ebene finden sich im Kapitel 3.2. Es wurden keine zusätzlichen Problemfelder bzw. Sofortmassnahmen ermittelt.

Aktionsfeld 3: Information

Die betreffenden Inhalte sind im Kapitel 3.4 dargestellt.

Aktionsfeld 4: Anreize

- In diesem Aktionsfeld wurden keine konkreten, für die Übergangsphase wichtigen Handlungsfelder ermittelt, da bislang wenig Evidenz für die Wirkungen von Anreizen festgestellt werden kann. Dieses Aktionsfeld bedarf vertiefter Grundlagenarbeit.
- Es besteht zurzeit kein Nachweis, dass Zertifizierungen die Outcome-Qualität erhöhen. Auch die Wirkung von Pay for Performance-Systemen wurde bereits im Strategiebericht als zurzeit zuwenig

belegt eingestuft.

- Allenfalls ist die Möglichkeit für nutzbringende Sofortmassnahmen zu prüfen, unter Anderem die Errichtung von Qualitätsprämien und -preisen oder Projektförderungen.

Aktionsfeld 5: Design Versorgungssystem

Problemfelder:

- Fehlen adäquater Strukturen integrierter Versorgungssysteme
- Mangelnde Vernetzung zwischen den Bereichen ambulant-stationär und Akutmedizin-Rehabilitation
- Fraktioniertes Gesundheitssystem

Sofortmassnahmen:

Der Bund lanciert oder unterstützt Modellprojekte im Themenbereich Vernetzung, integrierte Versorgungssysteme:

- Standardisiertes Austrittsmanagement Akutsomatik (Optimierung Schnittstelle stationär-ambulant)
- Pilotprojekt zur Schnittstellenproblematik stationär-ambulant im Bereich Psychiatrie
- Erarbeitung von Grundlagen für Disease-Management-Programme mit auf Evidence based Medicine basierten Behandlungsdesigns

Bei der Konkretisierung der Modellprojekte sollen bei den Akteuren bereits vorhandene Einzelprojekte einbezogen werden.

Aktionsfeld 6: Begleit- und Versorgungsforschung

Problemfelder:

- Datengrundlage zur Versorgung (insbesondere in der Grundversorgung) und Versorgungssicherheit ungenügend
- Fehlende Nutzenanalyse unterschiedlicher Formen von Versorgungssystemen

Sofortmassnahmen:

- Definition eines Versorgungsforschungsportfolios: Konzepterarbeitung für zukünftige Versorgungsforschung. (Die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner. Das definitive Umsetzungskonzept zum SwissDRG-Vertrag betreffend Qualität ist noch ausstehend.)
- Pilot einer krankheitsbezogenen Versorgungsstudie mittels Analysen von „small area variations“ aufgrund von Routinedaten mit dem Ziel, ein regionales Benchmarking zu erarbeiten und gestützt darauf mögliche Qualitätsprobleme zu analysieren.
- Nationale Qualitäts-Register: Pilotprojekt eines krankheitsbezogenen Qualitäts-Registers (siehe auch Kapitel 3.4. Informationen).

Aktionsfeld 7: Bildung

Problemfelder:

- Ungenügende Aus-, Weiterbildung in Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
- Mängel im Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen

Sofortmassnahmen:

- Das BAG ist aktiv bezüglich der Revision des Medizinalberufegesetzes mit Einbezug von Qualitätsaspekten (Relevanz der Bildungsinhalte, Verbindlichkeit/Controlling, Zielerreichungskatalog). Entsprechende Inhalte wurden im Entwurf der Gesetzesrevision eingearbeitet. Dieses Ziel wird ebenfalls in der Ausarbeitung eines Gesundheitsberufegesetzes anvisiert.
- Evaluation des Nutzens eines teambasierten Trainings bei allen Berufsgruppen im Hinblick auf die „Sicherheitskultur“ (human factor training).

Aktionsfeld 8: Einbezug von Patienten und Bevölkerung

Problemfelder:

- Fehlende Transparenz bezüglich Qualität der Leistungen und fehlende Wahlmöglichkeiten nach Qualitätskriterien
- Perspektive Patient in Qualitäts- und Patientensicherheits-Aktivitäten ungenügend berücksichtigt

Sofortmassnahmen:

- Weiterführung/nationaler Rollout des abgeschlossenen Pilotprojekts der Stiftung für Patientensicherheit zur Messung der Patientensicherheit aus Patientensicht.
- Nationales Projekt Patientenempfehlungen für Patientensicherheit (Pilotprojekt wurde von der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführt).
- Ideelle Unterstützung der Förderung krankheits- und eingriffsspezifischer Empowermentprojekte (z.B. Gesundheitsportal eHealth), Finanzierung teilweise durch Fachgesellschaften oder Organisationen.
- Zielgruppengerechte Aufbereitung der Qualitätsinformationen für Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung.

Aktionsfeld 9: Direkte Interventionen

Dieses wurde von den Experten als prioritäres Aktionsfeld vorgeschlagen. Weitergehende Inhalte sind im Kapitel 3.3.5 dargestellt.

3.3.5 Prioritäres Aktionsfeld 9 „Direkte Interventionen“

Mit nationalen Qualitäts-(Patientensicherheits-)Programmen, die im Leistungserbringungsprozess ansetzen und somit direkte Auswirkung auf die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit haben, soll die Umsetzung der Qualitätsstrategie rasche sichtbare Verbesserung bewirken. Solche nationalen Programme können im Sinne von *large scale interventions* verstanden werden, wie sie etwa in den Programmen des US-amerikanischen Institute for Healthcare Improvement^{*} („100'000 lives Campaign“ und „Protecting 5 Million Lives from Harm“) und der WHO („High 5s“) erfolgreich praktiziert wurden. Sie orientieren sich vorwiegend an bereits bekannten, qualitätsrelevanten Problemen, den sogenannten *Hotspots*.

* Siehe <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>

3.3.5.1 Hotspots im Aktionsfeld 9 direkte Interventionen

Ausgewählt wurden von den Expertinnen und Experten gemäss der untenstehenden Tabelle diejenigen Hotspots und Teilaspekte, bei welchen der Handlungsbedarf als mittel bis hoch eingeschätzt wird.

Tabelle Hotspots im Aktionsfeld 9 „direkte Interventionen“:

| Hotspot | Teilaspekte |
|---|---|
| Nosokomiale Infekte | <ul style="list-style-type: none"> • Händehygiene • Antibiotika-Prophylaxe • Umgang mit Antibiotikaresistenz |
| Medikationssicherheit Grösstes Qualitätsproblem überhaupt, 30-50% aller Fehler sind Medikationsfehler | <ul style="list-style-type: none"> • Medikationsinteraktion • Medikation in Pflegeheimen • Polymedikation • Rüsten von Medikamenten • Fehldosierungen, Fehlberechnungen, nicht korrekte Berücksichtigung der Nierenfunktion • Verwechslungen • Fehlverordnungen • nicht lesbare Verordnungen, look-/sound-alike-Probleme • Informations- und Dokumentationsprobleme • Problematische Medikamentengruppen: Antikoagulation, Schlafmittel und Psychopharmaka, Blutpräparate, Chemotherapeutika und Narkotika • Medikamentenallergien • Technologieprobleme (z.B. Infusomaten, Verordnungs- und Medikationssysteme) • Umgang mit konzentrierten injizierbaren Medikamenten (z.B. Kalium) • Medikationsprüfung und -sicherung bei Übergängen/Übergaben im Versorgungssystem (Transitions; eines der WHO-High5s) • Fehlende Monitoringsysteme für Medikationsprobleme • Nicht-Arbeiten mit Checklisten |

| Hotspot | Teilaspekte |
|---|--|
| <p>Sicherheit bei invasiven Interventionen inkl. ambulanter Bereich Ist WHO-High5s-Thema</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Infektprophylaxe, präoperative Antibiose • Präop. Riskassessment (Airway, Anästhesierisiken, OP-Risiken, Blutverlustrisiken, Polymorbidität, etc.) • Operationsvorbereitung und Planung (Verfügbarkeit relevanter Informationen/Bilder, mangelnde Checklistenkultur, etc.) • Allergieprävention • Eingriffsverwechslungen • Patientenidentifikation • Intraoperative Komplikationserfassung (z.B. Fremdkörper zurücklassen im OP-Gebiet, Akzidentelle Organverletzungen) • Postoperative Komplikationen (Wundinfektion, respiratorisches Versagen, metabolische Entgleisung, Stürze) • Geburtshilfetraumata • Strahlenschutz von Patientinnen und Patienten sowie Personal bei dosisintensiven diagnostischen und therapeutischen Verfahren (Optimierungsprozeduren technischer und operationeller Art, Ausbildung) |
| <p>Diagnosefehler (inkl. Triagefehler) Wird als an Bedeutung gewinnender emerging Hotspot eingestuft</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualität der Diagnostik in Radiologie und Pathologie • Nicht-Verwenden moderner Diagnostik, d.h. Fehler im Prozess: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Verpasste Diagnose ◦ Falsche oder verzögerte Diagnosedstellung mit Folge von <ul style="list-style-type: none"> • verzögerte Therapieeinleitung, • falsche Therapie |
| <p>Indikationsqualität</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde oder fehlende Kenntnis von Use/Misuse/Overuse • Fehlende Versorgungsforschung: z.B. Eingriffszahlen zur Untersuchung diagnostischer Differenzen auf region. Ebene |
| <p>Schnittstellenproblematik innerhalb und zwischen den Leistungserbringern (Kommunikationsebene) Teil der WHO High 5s</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fehlen einer nahtlosen Kommunikation, Information und Kontinuität bei <ul style="list-style-type: none"> ◦ internen Übergaben (Handovers) und ◦ Übergängen an Sektorenschnittstellen (Handoffs). |
| <p>Verwechslungen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Menschen: Patienten, Personal, • Material: Dokumente, Befunde, Proben, Medikamente • Erkenntnisse, Informationen • Körperstellen, Körperseiten, hinten / vorne bei Röntgenbildern • Ganze Prozesse und Strukturen |
| <p>Medizintechnologie: Schnittstelle Technologie / Mensch</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Konnektionsprobleme • Schulung • Wartung von Apparaturen • Bedienung von Apparaturen |

| Hotspot | Teilaspekte |
|---|---|
| Fehlende, mangelhafte Lernsysteme für Qualität und Patientensicherheit | <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Meldesysteme, unsystematische oder falsche Anwendung von Meldesystemen (z.B. Repression), fehlendes Bewusstsein bzgl. Sinn und Zweck von Meldesystemen • Fehlende Mortalitäts- Morbiditäts-Konferenzen MMC • Fehlende Chart-Reviews und Krankengeschichtsanalysen • Fehlende Analysen von Haftpflichtfällen |

3.3.5.2 Prioritäre Themen für ein erstes nationales Qualitäts-Programm

Dem Bundesrat wird empfohlen, bereits in der Übergangsphase 2011-2014 ein erstes nationales Qualitäts-/Patientensicherheits-Programm zu lancieren, aufgrund des gegebenen Handlungsbedarfs und den bereits vorhandenen Lösungsansätzen sowie der oben erwähnten prioritären Bedeutung dieses Aktionsfeldes.

Anhand der unter Ziffer 3.2.3 genannten Priorisierungskriterien wurden folgende Themen (Hotspots) für ein erstes nationales Programm durch das Teilprojektteam ermittelt:

- Reduktion der nosokomialen Infekte (im Abgleich mit Massnahmen der Abteilung übertragbare Krankheiten des BAG und der Revision des Epidemiengesetzes)
- Verbesserung der Medikationssicherheit
- Erhöhung der Sicherheit bei invasiven Interventionen

Erste Massnahmenvorschläge zu den genannten Hotspots und Teilaspekten finden sich im Anhang. Dabei sollen bereits laufende Aktivitäten einbezogen werden. Die folgende Liste gibt einen Überblick über die seitens verschiedenen Akteuren vorhandenen Projekten zu diesen Hotspots. Eine Überprüfung, Ergänzung und Eingrenzung der Teilaspekte und Massnahmen soll im Rahmen der zukünftigen Projektarbeiten zum ersten nationalen Qualitäts-/Patientensicherheits-Programm erfolgen.

Nosokomiale Infekte:

- Händehygienekampagne Swiss-Noso, (abgeschlossen)
- Messungen im Bereich Infektionen (u.a. Wundinfekte), (ANQ/Swiss-Noso)
- Zahlreiche lokale Programme einzelner Leistungserbringer
- WHO: Clean Hands (high 5s)

Medikationssicherheit:

- Elektronische Verordnung (Projekte verschiedener Leistungserbringer)
- Verschiedene Projekte der Stiftung für Patientensicherheit
- pharmazeutische Konsiliardienste zur individuellen Medikationsüberprüfung
- Medikamentenberatung bei Spitalaustritt an Schnittstellen (stationär-ambulant) im Rahmen des Austrittsmanagements (einige Leistungserbringer)
- Medikationssicherheit in Pflegeheimen (diverse Projekte)

Sicherheit bei invasiven Interventionen:

- Kampagne zur Prävention von Eingriffsverwechslungen (durch Stiftung für Patientensicherheit und in Eigenregie diverser Leistungserbringer)
- WHO-Checkliste „safe surgery“
- Quick Alerts der Stiftung für Patientensicherheit hervorgehend aus dem Reporting kritischer Ereignisse
- Messung der postoperativen Wundinfekte (ANQ/Swiss-Noso)
- Prävalenzerhebungen nosokomialer Infekte
- Verschiedene chirurgische/orthopädische Qualitätsdatenbanken/-Register

3.4 „Informationen“

3.4.1 Ausgangslage

Die Bedeutung des Aktionsfeldes 3 „Information“ ergibt sich unter anderem aus dem gesetzgeberischen Auftrag des Artikels 22a im KVG (Daten der Leistungserbringer). Weiter weist der OECD/WHO-Bericht zum Schweizerischen Gesundheitssystem (2006) darauf hin, dass in der Schweiz die Qualität der medizinischen Leistungen nur spärlich dokumentiert sei. Darin wird auch bezweifelt, dass die gegenwärtige Praxis der berufsständischen Selbstregulierung zur Gewährleistung der Versorgungsqualität ausreicht.

In der Analyse zur Qualitätsstrategie des Bundes wurde festgestellt, dass in der Schweiz seit einigen Jahren die Vielfalt an Aktivitäten zur Erhebungen von Qualitätsinformationen im Gesundheitswesen zugenommen hat. Vielen dieser Erhebungen immanent ist die mangelnde Koordination der unternommenen Anstrengungen, so dass völlig verschiedene Aspekte der Qualität mit sehr unterschiedlichem Tiefgang und verschiedenen Differenzierungsgraden erfasst werden. Die Nachvollziehbarkeit, Verlässlichkeit und Differenziertheit der Mess- und Bewertungssysteme differiert ebenso wie der Modus der Datenerhebung. Die Daten stammen teils von den Leistungserbringern selbst (Selbstmessung, bzw. -deklarationen), teils werden sie von externen Stellen erhoben (Messinstitute, Marktforschung usw.). Ihre Erhebung erfolgt auf Anordnung beziehungsweise im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen oder auf freiwilliger Basis. Daten werden speziell mittels Qualitätsmessung generiert oder sie stammen aus Quellen, die ursprünglich nicht zur Qualitätsmessung gedacht waren. Auch werden die Daten für unterschiedliche Zwecke aufbereitet und verwendet wie einerseits für die gesetzlich geforderte Transparenz sowie gesundheitspolitische Diskussion und andererseits als Basis für die Ableitung von leistungserbringerinternen Verbesserungsprozessen. Die aufgeführten, auf den unterschiedlichsten Ebenen bestehenden Bestrebungen, weisen darauf hin, dass hier ein klarer Bedarf an Koordination und Festlegung von übergeordneten Rahmenbedingungen besteht.

3.4.2 Zielsetzungen

In der Qualitätsstrategie des Bundes wird für das Aktionsfeld 3 „Information“ folgende Zielsetzung genannt: *„der Bund dafür sorgt, dass valide, adäquate, stufen- und zielpublikumsgerechte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, aufgrund derer die verschiedenen Akteure des Versorgungssystems qualitätsrelevante Sachverhalte erkennen, Entscheidungen treffen und Massnahmen ergreifen können.“*

In den Konkretisierungsarbeiten zu diesem Aktionsfeld wurden die Weiterentwicklung der Informationssysteme und das Setzen von Schwerpunkten für Aktivitäten des Bundes in den kommenden Jahren bearbeitet. Für die Erstellung von Qualitätsinformationen sind entsprechende Datengrundlagen notwendig, die von Leistungserbringern, Messorganisationen sowie dem BFS erhoben werden. Als Hauptfokus der Konkretisierungsarbeiten wurde deshalb vom BAG das Thema der Weiter-/Entwicklung von Qualitätsindikatoren gesetzt.

Die Ziele für die Publikation von Qualitätsindikatoren durch den Bund finden sich auf drei Ebenen:

- Beurteilung der Qualität des Versorgungssystems mit Hinweisen zu Unter-, Fehl- und Überversorgung
- Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer gegenüber der Öffentlichkeit über die Qualität ihrer Leistungen
- Qualitätsinformationen als Katalysatoren für den internen Verbesserungsprozess der Leistungserbringer

Aus der Versorgungsperspektive muss angestrebt werden, dass Qualitätsdaten die folgenden Anforderungen erfüllen: Validität, Relevanz, Verlässlichkeit, Patienten- und Ergebnisorientiertheit, Differenziertheit und Ganzheitlichkeit.

3.4.3 Prioritäre Bereiche hinsichtlich Qualitätsindikatoren

Gemäss dem Auftrag des Bundesrats erfolgte eine erste Beurteilung, in welchen Leistungserbringerbereichen die Weiter-/Entwicklung von entsprechenden Qualitätsindikatoren eine besonders hohe Priorität aufweist. Dabei wurden insbesondere die folgenden Kriterien angewendet:

- epidemiologische Relevanz
- vorhandener Handlungsbedarf

Aufgrund dieser Kriterien wurde seitens BAG der Schwerpunkte für die Jahre der Übergangsphase 2011 bis 2014 auf die folgenden Leistungserbringerbereiche gelegt:

- Stationäre akut-somatische Medizin
- ambulante ärztliche Behandlung (niedergelassene Ärzte und Spitäler)
- Psychiatrie
- Pflegeheime

Diese Leistungserbringerkategorien sind auch hinsichtlich Kostenblöcke des Gesundheitswesens an vorderster Stelle. Es sei darauf hingewiesen, dass es bei den priorisierten Bereichen um Schwerpunkte des Bundes für konzeptionelle Arbeiten sowie Studien handelt und nicht eine Refinanzierung von Organisationen oder Finanzierung von Qualitätsmessungen (siehe auch Kapitel 3.2).

Weiter sollen bei den Qualitätsindikatoren auch die Aspekte

- Qualität des Versorgungssystems und insbesondere die
- Schnittstelle stationär-ambulant

beachtet werden.

Weiter ist in die Überlegungen einzubeziehen, wo bereits entsprechende Datengrund vorhanden sind und bestehende Qualitätsindikatorensysteme herangezogen werden können.. Bestehende Aktivitäten der Akteure zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren sind denn auch möglichst mit den Umsetzungsarbeiten zum Aktionsfeld Information zu koordinieren.

Bei der Diskussion der prioritären Bereiche im Rahmen der Projektarbeiten wurden auch die Bereiche Rehabilitation und Spitex eingebracht. Es ist aus Sicht des Bundes ausdrücklich erwünscht, dass Entwicklungsarbeiten auch in Bereichen weitergeführt werden, die nicht explizit bei den prioritären Handlungsfeldern des Bundes benannt sind. Auch ist es gemäss KVG primär die Rolle der Leistungserbringer und Kantone, Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu planen und durchzuführen (siehe auch Kapitel 3.1). Dabei ist die Überwachung der Qualität der Leistungserbringung und die Erhebung von Qualitätsindikatoren als Basis für Verbesserungsaktivitäten eine integrierte Voraussetzung. Hier sollen die bestehenden national agierenden Organisationen auch vermehrt Koordinationsfunktionen wahrnehmen. Bei diesen Initiativen ist soweit möglich auch die Abstimmung mit der Qualitätsstrategie des Bundes zu beachten. Aufgrund der beschränkten Ressourcen des Bundes und der erst zu schaffenden neuen Finanzierungsbasis ist eine Fokussierung der Bundesaktivitäten notwendig und im Sinne einer zeitlichen Staffelung zu verstehen.

3.4.4 Vorgehen im stationär akut-somatischen Bereich

Unter den verschiedenen vorhandenen Ansätzen in der Ermittlung von Qualitätsinformationen können grob die folgenden vier Gruppen unterschieden werden: Ermittlung aus Routinedaten der Medizinischen Statistik, spezifische Qualitätsmessungen, Ermittlung aus Registern und Qualitätsberichten der Leistungserbringer.

Bezüglich der Ermittlung von Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten der Medizinischen Statistik, welche vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben werden, ist das BAG, gestützt auf Artikel 22a KVG, bereits aktiv geworden. Mit der Publikation „Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler“, wo Mortalitätsraten und Fallzahlen zu bestimmten Krankheitsgruppen aufgelistet sind, besteht für den stationären akut-somatischen Bereich ein schweizweit einheitliches und ab Erhebungsjahr 2008 flächendeckendes Instrument, um gewisse Aspekte der Ergebnisqualität transparent zu machen. Das

Konzept, wurde von den deutschen HELIOS Kliniken übernommen, welches auf Indikatorensets der AHRQ beruht.

Gestützt auf die gleichen Routinedaten führt der ANQ auf seiner Liste der Messungen die Erhebung von potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen und Reoperationen.

Entwicklungsmöglichkeiten basierend auf diesen Routinedaten werden gesehen in der Ermittlung von weiteren Qualitätsindikatoren bezogen auf den Behandlungsprozess spezifischer Krankheitsbilder gemäss dem System der OECD Health Care Quality Indicators (HCQI). Die Optimierung und Weiterentwicklung erfolgt in Zusammenarbeit des Bundes mit Vertretern der Universitätsspitäler. Die Vergleichbarkeit mit dem entsprechenden Indikatorenset in Deutschland und Österreich bleibt dabei gewährleistet durch Abgleichung mit den G-IQI (German Inpatient Quality Indicators) und A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators).

In der Gruppe der spezifischen Qualitätsmessungen sind verschiedenste Aktivitäten mit unterschiedlichen Messinstrumenten verbreitet. Diese beinhalten neben Messungen der Patienten-, Zuweiser und Mitarbeiterzufriedenheiten auch verschiedene Prozess- und Outcome-Indikatoren. Ab 2011 sieht der ANQ auf nationaler Ebene die Messung der postoperativen Wundinfekte nach bestimmten operativen Eingriffen mit SwissNOSO, die Prävalenzmessung „Sturz“ und „Dekubitus“ sowie die Erhebung der Patientenzufriedenheit vor. Die Aktivitäten der Kantone sind sehr unterschiedlich und auch die Leistungserbringer nehmen verschiedene selbstbestimmte Qualitätsmessungen vor. Hauptsächlich Handlungsbedarf in diesem Bereich besteht in der mangelnden Vergleichbarkeit von Ergebnissen durch methodische und zeitliche Unterschiede und beim Fehlen von flächendeckenden gesamtschweizerischen Daten. Hier setzen Initiativen des ANQ an, jedoch sind die Möglichkeiten für die Durchsetzung einer flächendeckenden Abdeckung derzeit beschränkt. Es wird weiter zusammen mit dem ANQ zu klären sein, wie dessen Messungen mit den Anforderungen des Gesetzes (Art. 22a KVG und Art. 31 KVV) abgeglichen werden können. Weiter sind im Rahmen der Einführung von SwissDRG von den Tarifpartnern die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung festzulegen. Diese sollen in die Überlegungen und den weiteren Aktivitäten des Bundes miteinbezogen werden.

Es bestehen weiter verschiedene Datenbanken bzw. Register, aus welchen neben epidemiologischen Analysen und Evaluation von Behandlungskonzepten auch die Ermittlung von Qualitätsindikatoren hinsichtlich Monitoring der Versorgungsqualität und Qualität der Leistungserbringung ermittelt werden können. Diese Register werden von unterschiedlichen Organisationen geführt. Beispielhaft können genannt werden: das AMIS Plus Herzinfarktregister, kantonale Krebsregister, das AQC-Register für chirurgische Fälle/Operationen, Evaluationsregister bezüglich befristet zur OKP zugelassenen Leistungen, Datenbank der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin und weitere mehr. Diese Register enthalten nicht nur Daten bezüglich der stationären akut-somatischen Medizin, sondern in unterschiedlichem Masse über die gesamte Behandlungskette, weshalb sie sich besonders für die Beurteilung von Versorgungssystemen eignen. Schwierigkeiten bestehen hier vor allem in der ungenügenden Flächendeckung bzw. Beteiligung der Leistungserbringer, Vollständigkeit und Einheitlichkeit der Datenerfassung sowie in der Weitergabe von Daten für versorgungs- und gesundheitspolitische Ansprüche. Auf Seiten des Bundes laufen Aktivitäten hinsichtlich neuer Registergesetzgebung.

Verschiedene Spitäler veröffentlichen jährliche Qualitätsberichte, zum Teil als Vorgabe der Kantone, mit Angaben zu ihren Qualitätsaktivitäten und Publikation von Kennzahlen. Der Branchenverband H+ hat ein einheitliches Raster für Qualitätsberichte entwickelt, welches zunehmend Verbreitung in der Anwendung findet und erstellt aus den Daten dieser Qualitätsberichte einen zusammenfassenden Branchenbericht.

Für die zukünftigen Aktivitäten des Bundes in diesem Leistungsbereich werden folgende Themen vorgeschlagen:

- Weiterentwicklung der Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren aufgrund von Routinedaten.
- Förderung der Koordination unter den Akteuren durch Schaffung von Transparenz und Kommunikationsgefässen unter Einbezug bestehender Initiativen insbesondere von H+ und ANQ.

- Förderung von flächendeckenden Qualitätsmessungen durch geeignete Rahmenbedingungen auf Verordnungsebene.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Führung von Registern sowie die Publikation von geeigneten Datenauswertungen im Interesse der Öffentlichkeit in Gesetzen und Verordnungen.
- Entwicklung eines nationalen integrativen Konzeptes betreffend Qualitätsinformationen unter Einbezug und in Abstimmung mit den verschiedenen Akteuren.

3.4.5 Vorgehen im ambulant-ärztlichen Bereich

Im ambulant-ärztlichen Bereich bestehen derzeit kaum verfügbare Qualitätsindikatoren. Der Bund sieht hier einen Schwerpunkt seiner Aktivitäten in der Förderung der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, nicht zuletzt auch hinsichtlich des Auftrages nach Artikel 22a KVG zur Publikation von Qualitätsindikatoren. Im Rahmen der Konkretisierungsarbeiten wurde ein erstes Konzept zur Entwicklung von Qualitätsmessungen bezüglich des ambulant-ärztlichen Bereiches entwickelt. Eine tabellarische Version des Konzeptes findet sich im Anhang. Die folgenden vier Elemente einer Qualitätsmessung werden für diesen Leistungsbereich vorgeschlagen:

- Ein erster Ansatz stützt sich auf ein Indikatoren-Set der AHRQ (Prevention Quality Indicators) der USA-Forschungsinstitution für Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen. Die Indikatoren können auf der Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BfS ermittelt werden und fliessen bereits heute in die OECD Healthcare Quality Indicators ein. Dieses Indikatorenset ermittelt für bestimmte Erkrankungen die Hospitalisierungen, die bei guter ambulanter Betreuung potentiell vermeidbar wären. Dies erlaubt Aussagen über mögliche Problembereiche in der Qualität der ambulant ärztlichen Betreuung. Es wird empfohlen, in einer ersten Studie auf der Basis der Methode der „small area variations“ ein regionales Benchmarking zu erarbeiten und gestützt darauf mögliche Qualitätsprobleme zu analysieren. Dieses Indikatorenset kann sich für eine Beurteilung auf der Systemebene (nationale und regionale Ebene), nicht aber für die Ermittlung von potentiellen Verbesserungsmöglichkeiten auf der Ebene von einzelnen Leistungserbringern eignen.
- Via Datenerhebung in Ärztenetzwerken oder flächendeckend auch für Einzelpraxen über internetbasierte Register können Indikatoren eingeführt werden, die Aussagen darüber machen, ob die *Behandlung entsprechend gängiger Leitlinien* erfolgt (Ansatz beruhend auf den deutschen Modellen AQUIK und QiSA). Dadurch werden Aussagen über relevante Qualitätsaspekte auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers möglich. Dieser Ansatz wurde bereits in der Schweiz im Ärztenetzwerk mediX mit dem Modul koronare Herzkrankheit pilotiert. Als nächster Umsetzungsschritt ist eine Ausweitung der Pilotierung zu prüfen. Zudem ist der Aufbau eines internetbasierten diagnosebezogenen Registers (z.B. Diabetes) für die Pilotierung im Bereich von Einzelpraxen in Zusammenarbeit mit der entsprechenden Fachgesellschaft und der FMH an die Hand zu nehmen. Die Erfahrungen aus dem Ausland sollen dabei auch berücksichtigt werden.
- Die Auswertung retrospektiv erhobener Routinedaten einzelner Krankenversicherer sowie Daten der Trustcenter der Ärzte erlauben ebenfalls die Abbildung relevanter Qualitätsaspekte der ambulanten Versorgung. Hier richtet sich das Augenmerk neben der Behandlung nach gängigen Leitlinien auch auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Utilization). Auch hier sind Aussagen auf Ebene des einzelnen Arztes möglich. Bevor Prozessindikatoren und Utilization-Aussagen möglich sind, braucht es eine Machbarkeitsstudie zur Verwendung von Routinedaten. Zudem müssen auch organisatorische und rechtliche Aspekte wie der Zugang zu den Daten der verschiedenen Akteure geklärt werden.
- Schliesslich sollen mit gezielten Patientenbefragungen Aussagen über die Qualität der ärztlichen Betreuung aus Patientensicht gewonnen werden. Solche Patientenbefragungen sind auf zwei Ebenen möglich: Als Bevölkerungsbefragung mit standardisiertem Fragebogen (z.B. BfS Gesundheitsbefragung) oder via Arztpraxen oder Versicherer (Patienten-Feedback zu einzelnen Qualitätsaspekten der ärztlichen Betreuung). Auch hier werden als erste Umsetzungsschritte Machbarkeitsprüfungen vorgeschlagen. Dabei können bereits vorhandene Konzepte und Erfahrungen (Swisspep) für Patientenbefragungen in Arztpraxen herangezogen werden.

3.4.6 Vorgehen im Bereich Psychiatrie

Unter dem Bereich Psychiatrie werden stationäre und ambulante Angebote sowie Tageskliniken verstanden. Die psychiatrischen Leistungserbringer verwenden verschiedene Instrumente für die Erhebung von Qualitätsdaten beispielsweise in den Bereichen Patienten- und Angehörigenzufriedenheit, Zufriedenheit der Zuweiser und Nachversorger, Mitarbeiterzufriedenheit, Messung der Erreichung von Behandlungszielen, Erfassung von Zwangsmassnahmen, Medikamentenbehandlung nach Standards und Weitere. Der ANQ hat hinsichtlich nationaler Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie drei Messungen ausgearbeitet, deren Pilotphase derzeit ausgewertet wird.

Das weitere Vorgehen hinsichtlich Qualitätsmessungen im Bereich der Psychiatrie soll gemeinsam mit dem ANQ, der FMH und weiteren in diesem Bereich tätigen Akteuren erarbeitet werden. Der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich soll mit Qualitätsindikatoren besondere Beachtung geschenkt werden. In den weiteren Arbeiten sollen die Schwerpunkte auf Versorgungsqualität und Ergebnisindikatoren (Outcome) gelegt werden.

Weiter soll geprüft werden, inwiefern Routinedaten aus der Codierung der stationären Fälle auch im Bereich der Psychiatrie für die Ermittlung von Qualitätsindikatoren herangezogen werden können.

3.4.7 Vorgehen im Bereich Pflegeheime

Im Pflegeheimbereich läuft zurzeit eine Initiative des Verbandes der Heime und Institutionen der Schweiz (CURAVIVA), um das Vorgehen zu klären, wie flächendeckend Qualitätsindikatoren etabliert werden können. Zudem gibt es diverse Indikatorensätze im Ausland, die für diesen Bereich entwickelt wurden.

Der Bund wird zusammen mit dem Verband CURAVIVA und den Kantonen klären, welche zukünftigen Schritte unter welcher Aufgabenteilung angezeigt sind hinsichtlich Entwicklung, Adaptation ausländischer System, Implementierung von Messungen sowie Publikation von Daten.

3.4.8 Zielgruppengerechte Aufbereitung der Informationen

Parallel zur Weiterentwicklung von Qualitätsmessungen in den genannten prioritären Bereichen ist in Zusammenarbeit mit den Akteuren zu klären, wie die Informationen zielgruppengerecht aufgearbeitet und zugänglich gemacht werden können und die entsprechenden Rahmenbedingungen zu regeln sind. Dies beinhaltet eine Definition der Zielgruppen, der Ermittlung ihrer Bedürfnisse, die Analyse bestehender Publikationen und Zugangsmöglichkeiten sowie deren Einbezug in zukünftige Informationssysteme.

4 Übersicht Massnahmen und Zeitplan

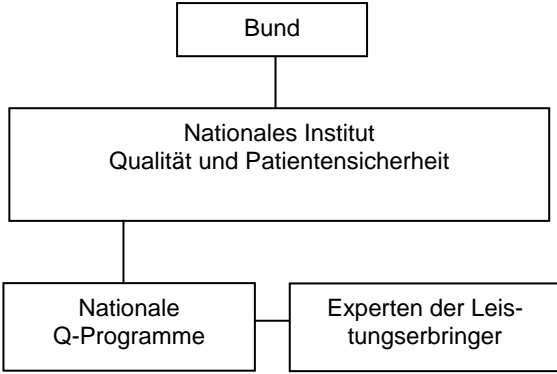
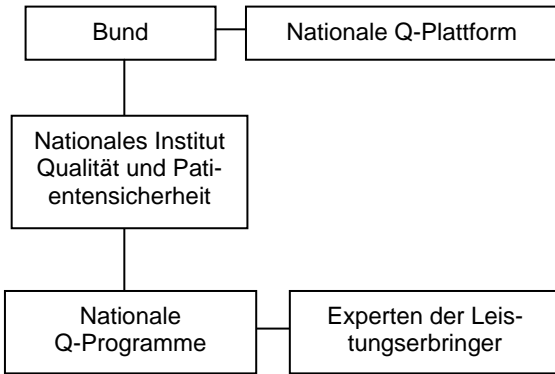
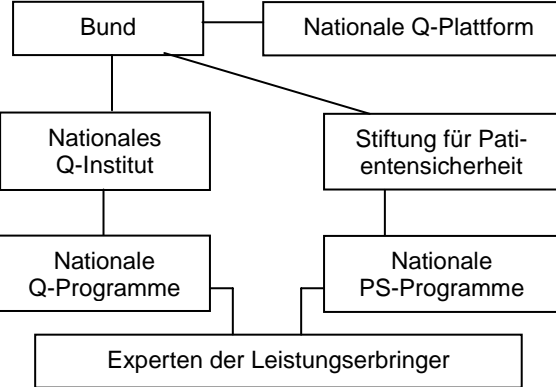
Die im Bericht genannten zukünftigen Massnahmen auf Ebene des Bundes werden in untenstehender Übersichtstabelle zusammengefasst. Der angegebene Zeitplan entspricht einer ersten groben Schätzung und soll in der nächsten Umsetzungsphase geprüft, konkretisiert und angepasst werden.

| | 1. Halbjahr 2011 | 2. Halbjahr 2011 | 1. Halbjahr 2012 | 2. Halbjahr 2012 | 1. Halbjahr 2013 | 2. Halbjahr 2013 | 1. Halbjahr 2014 | 2. Halbjahr 2014 |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Strukturen, Finanzierung | | | | | | | | |
| 1.1 Anpassungen KVG/KVV hinsichtlich Nationales Institut, Finanzierung, Durchsetzbarkeit | | | | | | | | |
| 1.2 Gründungsvorbereitungen Institut inklusive Erstellung Leistungsauftrag | | | | | | | | |
| 1.3 Gründung/Aufbau Institut, Integration bestehender Organisationen | | | | | | | | |
| 2. Sofortmassnahmen Aktionsfelder | | | | | | | | |
| 2.1 Nationaler Rollout Messung Patientensicherheit aus Patientensicht | | | | | | | | |
| 2.2 Pilotprojekt krankheitsbezogene Versorgungsstudie mittels „small area variations“ | | | | | | | | |
| 2.3 Erstes nationales Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramm (Konzeption, Umsetzung, Evaluation) | | | | | | | | |
| 3. Qualitätsinformationen | | | | | | | | |
| 3.1 Weiterentwicklung Qualitätsindikatoren stationär akutsomatischer Bereich aufgrund Routinedaten | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3.2 Vorgehenskonzept Entwicklung Qualitätsinformationen im ambulant-ärztlichen Bereich | | | | | | | | |
| 3.3 Grundlagenerarbeitung für Qualitätsindikatoren im ambulant-ärztlichen Bereich | | | | | | | | |
| 3.4 Umsetzung erste Qualitätsindikatoren im ambulant-ärztlichen Bereich | | | | | | | | |
| 3.5 Weiterentwicklung Qualitätsindikatoren ambulant-ärztlicher Bereich | | | | | | | | |

Anhang 1 – Detailübersicht über Strukturvarianten für eine nationale Q-Organisation

Strukturvariante 1, nationales Institut

| Variante 1a: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Einbindung Partner im Institutsrat | Variante 1b: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit und beratende nationale Q-Plattform | Variante 1c: Nationales Qualitätsinstitut unter Beibehaltung der Stiftung für Patientensicherheit |
|--|--|---|
|  |  |  |
| <p><u>Beschreibung:</u> Ein nationales Q-Institut erhält den umfassenden Auftrag in der Umsetzung der Qualitätsstrategie inklusive der Beratung des Bundes in strategischen Themen. Im Institutsrat sind die Akteure OKP paritätisch vertreten. Das Institut arbeitet in seinen Umsetzungsaktivitäten mit anderen Partnerorganisationen zusammen. Es hat eine höhere Autonomie als in Variante 1b. In der Organisationsstruktur der nationalen Q- und PS-Programme werden Experten der Leistungserbringer/Verbände eingebunden werden.</p> | <p><u>Beschreibung:</u> Beratend für die strategischen Zielsetzungen und steuernden Vorgaben steht dem Bund eine nationale Q-Plattform zur Seite, in welcher die wichtigen Akteure OKP vertreten sind (BAG (Vorsitz), BFS, Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer, Patientenorganisationen). Für die Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie dient dem Bund ein nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit. Das Institut arbeitet in seinen Umsetzungsaktivitäten mit anderen Partnerorganisationen zusammen. In der Organisationsstruktur der nationalen Q- und PS-Programme werden Experten der Leistungserbringer/Verbände eingebunden.</p> | <p><u>Beschreibung:</u> Beratend für die strategischen Zielsetzungen und steuernden Vorgaben steht dem Bund eine nationale Q-Plattform zur Seite, in welcher die wichtigen Akteure OKP (BAG (Vorsitz), BFS, Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer, Patientenorganisationen) vertreten sind. Ein nationales Qualitätsinstitut erhält einen Leistungsauftrag des Bundes insbesondere für unterstützende Funktionen wie die fachliche Aufbereitung und Grundlagenerarbeitung von Themen der Qualität des Gesundheitssystems. Es können ihm auch Aufträge für Q-Programme erteilt werden, welches dieses arbeitet und zusammen mit anderen Partnerorganisationen durchführt. Themen und Aktionen betreffend Patientensicherheit werden weiterhin durch die Stiftung für Patientensicherheit bearbeitet (Leistungsaufträge seitens Bund). In der Organisationsstruktur der nationalen Q-Programme werden Experten der Leistungserbringer/Verbände eingebunden.</p> |

| Variante 1a: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Einbindung Partner im Institutsrat | Variante 1b: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit und beratende nationale Q-Plattform | Variante 1c: Nationales Qualitätsinstitut unter Beibehaltung der Stiftung für Patientensicherheit |
|---|--|--|
| <p><u>Aufgaben Nationales Institut:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung • Beratung des Bundes in strategischen Themen • Grundlagenerarbeitung • Initiieren, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen) und Management nationaler Qualitäts-/Patientensicherheits-Programme, Koordination der Akteure sowie Evaluation der Wirkung und Effizienz der Programme • Durchführung und/oder Beauftragung der Erhebung von nationalen Qualitätsindikatoren, der Auswertung und integrierten stufengerechten Aufbereitung für die verschiedenen Anspruchsgruppen. • Controlling/Monitoring von Q-Aktivitäten, Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsvorgaben (ev. Durchführung oder Vergabe von Audits). • Entwicklung von Anreizsystemen. • Kontextbezogene Versorgungs- und Begleitforschung (teils selbst, teils Beauftragung Anderer) • Verwaltung der Mittel der Versichertenbeiträge | <p><u>Aufgaben Nationales Institut:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenerarbeitung • Erarbeitung Vorschläge für strategische Konzepte z.Hd. des Bundes • Initiieren, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen) und Management nationaler Qualitäts-/Patientensicherheits-Programme, Koordination der Akteure sowie Evaluation der Wirkung und Effizienz der Programme • Durchführung und/oder Beauftragung der Erhebung von nationalen Qualitätsindikatoren, der Auswertung und integrierten stufengerechten Aufbereitung für die verschiedenen Anspruchsgruppen. • Controlling/Monitoring von Q-Aktivitäten, Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsvorgaben (ev. Durchführung oder Vergabe von Audits). Unterstützung der Entwicklung von Anreizsystemen. • Kontextbezogene Versorgungs- und Begleitforschung (teils selbst, teils Beauftragung Anderer) | <p><u>Aufgaben Nationales Institut:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenerarbeitung • Stufengerechte Aufbereitung von Qualitätsinformationen für die verschiedenen Anspruchsgruppen. • Kontextbezogene Versorgungs- und Begleitforschung (teils selbst, teils Beauftragung Anderer) • Entwicklung von Messkonzepten z.Hd. des Bundes • Initiieren, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen) und Management nationaler Qualitäts-Programme, Koordination der Akteure sowie Evaluation der Wirkung und Effizienz der Programme |
| <p><u>Rechtsform des Instituts:</u> öffentlich-rechtliche Anstalt</p> | <p><u>Rechtsform des Instituts:</u> öffentlich-rechtliche Anstalt</p> | <p><u>Rechtsform des Instituts:</u> öffentlich-rechtliche Anstalt oder privatrechtliche Aktiengesellschaft oder Stiftung</p> |
| <p><u>Beauftragung/Steuerung des Instituts:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung des Rahmens für die Aufgabenübertrag in Gesetz/Verordnung • Erlass der strategischen Ziele des Instituts durch den Bundesrat • Wahl des Institutsrates durch Bundesrat | <p><u>Beauftragung/Steuerung des Instituts:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung des Rahmens für die Aufgabenübertrag in Gesetz/Verordnung • Erlass der strategischen Ziele des Instituts durch den Bundesrat • Wahl des Institutsrates durch Bundesrat | <p><u>Beauftragung/Steuerung des Instituts:</u> <u>Bei öffentlich rechtlicher Anstalt wie 1b.</u> <u>Bei privatrechtlicher Institution:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung des Rahmens für mögliche Delegation von Aufgaben in Gesetz/Verordnung • Beauftragung des Instituts mittels Leistungsauftrag |
| <p><u>Aufsicht Institut:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbandsaufsicht; Bundesrat • Sanktionsmöglichkeiten: Abberufung von Mitgliedern des Institutsrates | <p><u>Aufsicht Institut:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbandsaufsicht; Bundesrat • Sanktionsmöglichkeiten: Abberufung von Mitgliedern des Institutsrates | <p><u>Aufsicht Institut:</u> Bei öffentlich-rechtlicher Anstalt wie 1b Bei privatrechtlicher Institution:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fachlich: EDI/BAG; Instrumente: Genehmigung org. Reglemente, Verpflichtung zur Vorlage von Berichten, ev. weitere • zudem: Eidg. Stiftungsaufsicht • Sanktionsmöglichkeiten: Entzug des Leistungsauftrages |

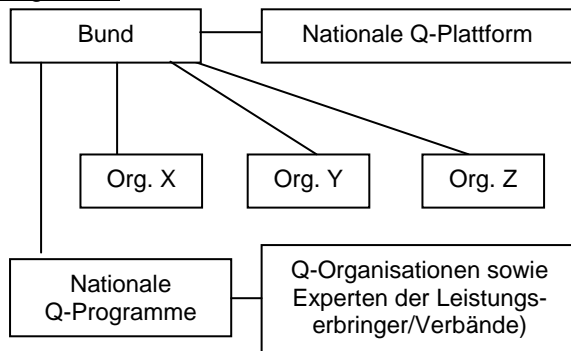
| Variante 1a: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Einbindung Partner im Institutsrat | Variante 1b: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit und beratende nationale Q-Plattform | Variante 1c: Nationales Qualitätsinstitut unter Beibehaltung der Stiftung für Patientensicherheit |
|---|---|--|
| <p><u>Aufgaben Bund (ergänzend zu 3.1.2)*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Aufgabenübertragung, Erlass strategische Ziele durch Bundesrat, Erteilung des Leistungsauftrages an nationales Institut • Beaufsichtigung des Instituts hinsichtlich Erfüllung der Zielvorgaben (Zielerreichung, Relevanz der Tätigkeiten) | <p><u>Aufgaben Bund (ergänzend zu 3.1.2)*:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Aufgabenübertragung, Erlass strategische Ziele durch Bundesrat • Beaufsichtigung des Instituts hinsichtlich Erfüllung der Zielvorgaben (Zielerreichung, Relevanz der Tätigkeiten) • Definition nationaler Messungen/Messprogramme • Festlegung nationaler Q-Programme • Verwaltung und Bestimmung der Mittelzuteilung aus den Versichertenbeiträgen • Publikation von nationalen Qualitätsinformationen • Entwicklung von Anreizsystemen zusammen mit Partnerorganisationen | <p><u>Aufgaben Bund (ergänzend zu 3.1.2)*:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Aufgabenübertragung, Erlass strategische Ziele durch Bundesrat oder Erteilung des Leistungsauftrages an privatrechtliches Institut • Beaufsichtigung des Instituts hinsichtlich Erfüllung der Zielvorgaben (Zielerreichung, Relevanz der Tätigkeiten) oder des Leistungsauftrags • Definition nationaler Messungen/Messprogramme • Festlegung nationaler Q-Programme • Verwaltung und Bestimmung der Mittelzuteilung aus den Versichertenbeiträgen • Publikation von nationalen Qualitätsinformationen • Controlling/Monitoring von Q-Aktivitäten, Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsvorgaben. • Entwicklung von Anreizsystemen zusammen mit Partnerorganisationen |
| | <p><u>Aufgaben nationale Q-Plattform:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung • Beratung des Bundes hinsichtlich Identifikation, Priorisierung und Gestaltung von nationalen Programmen und Messungen, Strategieweiterentwicklung | <p><u>Aufgaben nationale Q-Plattform:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung • Beratung des Bundes hinsichtlich Identifikation, Priorisierung und Gestaltung von nationalen Programmen und Messungen, Strategieweiterentwicklung |
| <p><u>Rechtliche Grundlagen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neue Grundlagen in Gesetz und Verordnung für die Einsetzung, Finanzierung und Beauftragung eines nationalen Institutes • Anpassung Artikel 77 KVV | <p><u>Rechtliche Grundlagen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neue Grundlagen in Gesetz und Verordnung für die Einsetzung, Finanzierung und Beauftragung eines nationalen Institutes sowie nationaler Q-Programme • Anpassung Artikel 77 KVV | <p><u>Rechtliche Grundlagen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neue Grundlagen in Gesetz und Verordnung für die Delegation von Aufgaben und die Finanzierung eines nationalen Institutes sowie nationaler Q-Programme • Anpassung Artikel 77 KVV |

* Aufgaben zusätzlich zu den unter 3.1.2 genannten übergreifenden Aufgaben des Bundes

| Variante 1a: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit mit Einbindung Partner im Institutsrat | Variante 1b: Nationales Institut für Qualität und Patientensicherheit und beratende nationale Q-Plattform | Variante 1c: Nationales Qualitätsinstitut unter Beibehaltung der Stiftung für Patientensicherheit |
|--|--|--|
| <p><u>Vorteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Partner für den Bund und einfachere Steuerung als Variante 2 • Geringere Vielfalt der Akteure hat grösseres Potential für eine schlagkräftige Umsetzung und höhere Wirkung auf Qualität und Patientensicherheit • Geringerer Steuerungsaufwand und damit verbundene Personalressourcen auf Seiten der Bundesverwaltung <p><u>Nachteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Steuerung des Instituts durch die Akteure des Gesundheitswesens ist nicht mit den Corporate-Governance-Richtlinien des Bundes vereinbar. Weiter stellt diese Delegation an die Akteure des Gesundheitswesens, eine ähnliche Situation wie heute dar, wo die Schwierigkeit der Einigung der Tarifpartner und eine Trägheit im Aufbau der Qualitätssicherung weiter bestehen würde. Die vom Parlament beabsichtigte Verstärkung der Rolle des Bundes ist in dieser Variante ungenügend gesichert. • Die aktuell von den Akteuren gewünscht Unabhängigkeit des Instituts wäre ausser einem geringeren Einfluss des Bundes durch die starke Interessenvertretung der einzelnen Akteure ungenügend gewährleistet • Neue gesetzliche Grundlage für nationales Institut notwendig mit Risiko der Zeitverzögerung und in der politischen Umsetzbarkeit • Im Vergleich zu Variante 2 wesentlicher Aufwand für Change Management der Zusammenführung bestehender Akteure, Strukturen und Kulturen mit Risiko von Widerständen, Know-how-Verlust, Demotivation und Verlust von bisher Erreichtem • Gefahr der Minderung der Qualitätsinitiativen auf Ebene der Leistungserbringer und Verbände durch übermässige Verantwortungszuordnung an die nationale Struktur. | <p><u>Vorteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Partner für den Bund und einfachere Steuerung als Variante 2 • Geringere Vielfalt der Akteure hat grösseres Potential für eine schlagkräftige Umsetzung und höhere Wirkung auf Qualität und Patientensicherheit • Direktere Einflussnahme und Steuerung durch den Bund als bei 1a. <p><u>Nachteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neue gesetzliche Grundlage für nationales Institut notwendig mit Risiko der Zeitverzögerung und in der politischen Umsetzbarkeit • Im Vergleich zu Variante 2 wesentlicher Aufwand für Change Management der Zusammenführung bestehender Akteure, Strukturen und Kulturen mit Risiko von Widerständen, Know-how-Verlust, Demotivation und Verlust von bisher Erreichtem • Gefahr der Minderung der Qualitätsinitiativen auf Ebene der Leistungserbringer und Verbände durch übermässige Verantwortungszuordnung an die nationale Struktur. | <p><u>Vorteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Partner für den Bund und einfachere Steuerung als Variante 2 • Geringere Vielfalt der Akteure hat grösseres Potential für eine schlagkräftige Umsetzung und höhere Wirkung auf Qualität und Patientensicherheit • Guter steuernder Einfluss des Bundes sowie Einflussnahme auf die Umsetzung der Massnahmen. • Das Thema Patientensicherheit hat mit dem Verbleib einer eigenständigen Institution eine bessere Visibilität und mit der Unabhängigkeit von anderen Qualitätsaktivitäten kann besser auf das Thema Patientensicherheit gelegt und das Image und die Akzeptanz bei den Akteuren gefördert werden. <p><u>Nachteile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Vergleich zu Variante 2 mehr Aufwand für Change Management der Zusammenführung bestehender Akteure, Strukturen und Kulturen • Gefahr der Minderung der Qualitätsinitiativen auf Ebene der Leistungserbringer und Verbände durch übermässige Verantwortungszuordnung an die nationale Struktur. • Je nach Wahl der Rechtsform geringerer oder grösserer Anpassungsbedarf in den gesetzliche Grundlagen mit Risiko der Zeitverzögerung und in der politischen Umsetzbarkeit |

Strukturvariante 2, Übertragung von Aufgaben an verschiedene (bestehende) Organisationen

Organigramm:



Beschreibung:

Wie in Varianten 1b und 1c, steht auch hier dem Bund beratend für die strategischen Zielsetzungen und Vorgaben eine nationale Q-Plattform zur Seite, in welcher die Akteure OKP vertreten sind.

Der Bund erteilt für verschiedene Aufgaben Leistungsaufträge an verschiedene Partnerorganisationen und überwacht die Umsetzung. Er koordiniert die Aktivitäten der beauftragten Organisationen. Derzeit bestehen bereits Organisationen, die Aktivitäten in Teilbereichen durchführen, wie der ANQ (Qualitätsmessungen für Spitäler auf nationaler Ebene) und die Stiftung für Patientensicherheit. Diese, sowie weitere Organisationen sollen mit Teilaufgaben vom Bund beauftragt werden.

Aufgaben der Auftragnehmer:

- Erfüllung der Leistungsaufträge bezüglich Durchführung von **nationalen Messungen** und Aufbereitung der Daten
- Erstellung der Voraussetzungen (administrativ, EDV) für die **Erhebung von Qualitätsindikatoren** und Erhebung der Daten
- Durchführung von **Programmen** für die Förderung von Qualität und Patientensicherheit
- Durchführung von **Forschungsprogrammen**
- Durchführung von **übertragenen Aufgaben** wie: Erarbeitung von Grundlagen, Audits

Beauftragung Auftragnehmer:

- Festlegung des Rahmens für mögliche Delegation von Aufgaben in Gesetz/Verordnung
- Beauftragung der Institute mittels Leistungsaufträgen

Aufsicht der Auftragnehmer:

- fachlich: EDI/BAG; Instrumente: Verpflichtung zur Vorlage von Berichten, ev. weitere
- zudem: Eidg. Stiftungsaufsicht
- Sanktionsmöglichkeiten: Entzug des Leistungsauftrages

Aufgaben Bund (ergänzend zu 3.1.2)

- Erteilung von **Leistungsaufträgen** an verschiedene Organisationen sowie deren **Koordination** zu den Themen:
 - Nationale Qualitätsmessungen/Messprogramme
 - Erhebung von Qualitätsindikatoren
 - Versorgungs- und Begleitforschung
- Erarbeitung von **Grundlagen** hinsichtlich Qualität und Patientensicherheit (teils selbst, teils Beauftragung Anderer)
- Initiierung, Erarbeitung (in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen) und Leitung nationaler **Q-Programme** sowie Evaluation deren Wirkung und Effizienz
- Durchführung und/oder Beauftragung der Auswertung und integrierten stufengerechten Aufbereitung der **Qualitätsinformationen** für die verschiedenen Anspruchsgruppen sowie deren Publikation
- **Controlling/Monitoring** der Q-Aktivitäten, Überprüfung der Umsetzung der Qualitätsvorgaben, Entwick-

lung von **Anreizsystemen**

- Verwaltung und Bestimmung der **Mittelzuteilung** aus den Versichertenbeiträgen

Aufgaben nationale Q-Plattform:

- **Vernetzung** der Akteure im Gesundheitswesen bezüglich Aktivitäten der Qualitätssicherung
- **Beratung des Bundes** hinsichtlich Identifikation, Priorisierung und Gestaltung von nationalen Programmen und Messungen, Strategieweiterentwicklung

Rechtliche Grundlagen:

- Neue Grundlagen in Gesetz und Verordnung für die Finanzierung der nationalen Programme
- Anpassung Artikel 77 KVV

Voraussetzungen für die Massnahmen zur Sicherung der Qualität wie der Einforderung von nationalen Qualitätsmessungen und Qualitätsindikatoren sind im geltenden Gesetz vorhanden.

Vorteile:

- Rasche Nutzung bestehender Strukturen
- Geringer Aufwand für Change Management
- Weniger Veränderungen der rechtlichen Grundlagen notwendig
- Das Thema Patientensicherheit hat mit dem Verbleib einer eigenständigen Institution eine bessere Visibilität und mit der Unabhängigkeit von anderen Qualitätsaktivitäten kann besser auf das Thema Patientensicherheit gelegt und das Image und die Akzeptanz bei den Akteuren gefördert werden.

Nachteile:

- Höherer Steuerungsaufwand durch den Bund mit entsprechend höherem Ressourcenbedarf bei einer grösseren Anzahl Partner mit unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen
- Höhere organisatorische Komplexität durch mehr Partner mit höherem Splitting der Tätigkeiten und höheren Koordinationsbedarf auf Seiten des Bundes
- Möglicherweise müssen mehr finanzielle Mittel für Administration und Strukturen zugeteilt werden, als bei Variante 1.
- Geringere Wirkung auf die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit durch erschwerte Steuerbarkeit, höhere organisatorische Komplexität.
- Höhere Trägheit in der Umsetzung durch die Auftragsvergaben entsprechend dem öffentlichen Beschaffungswesen

Erläuterungen bezüglich Rechtsformen des Instituts

Der Bericht des Bundesrates zur Auslagerung und Steuerung von Bundesaufgaben vom 13. September 2006 (Corporate-Governance-Bericht)^{*} enthält Kriterien für Auslagerungen von Bundesaufgaben aus der zentralen Bundesverwaltung. Die übliche Rechtsform des öffentlichen Rechts ist die Anstalt.[†] Als privatrechtliche Rechtsform steht heute die Aktiengesellschaft nach Art. 620 ff. OR im Vordergrund. Gerade im Sozialversicherungsrecht ist aber auch die Stiftung nach Art. 80 ff. ZGB eine häufig gewählte Rechtsform.[‡]

Bei den Varianten 1b und 1c erteilt gibt der Bund dem nationalen Institut nicht nur die strategischen Ziele vor, sondern er definiert auch die durchzuführenden Messungen/Messprogramme und die nationalen Qualitätsprogramme. Das Institut hat damit weitgehend die Aufgabe eines Durchführungsorgans, welches das vom Bund vorgegebene Arbeitsprogramm umsetzt. Der Bund definiert diese Vorgaben gestützt auf Empfehlungen einer nationalen Q-Plattform. Der Bund ist an die Empfehlungen der nationalen Q-Plattform nicht gebunden. Bei dieser Variante ist die Rechtsform der öffentlichrechtlichen Anstalt zu wählen. Der Gesetzgeber ist dabei frei, wie er die Aufgaben und Kompetenzen des Leitungsorgans der Anstalt (Institutsrat) und damit den Grad der Autonomie der Anstalt umschreibt. Bei Anstalten wählt der Bundesrat den Verwaltungs-

^{*} BBI 2006 8233ff

[†] Corporate-Governance-Bericht, 4.2.1

[‡] Vgl.. z.B. die Gemeinsame Einrichtung KVG, Art. 18 KVG; die Stiftung zur Förderung der Verhütung von Krankheiten, Art. 19 KVG; die Ersatzkasse nach UVG, Art. 72 UVG.

oder Institutsrat sowie die externe Revisionsstelle. Die ein- oder mehrköpfige Geschäftsleitung von Anstalten wird durch den Verwaltungs- oder Institutsrat unter Vorbehalt der bundesrätlichen Genehmigung gewählt. Bundesvertreter sollen grundsätzlich nicht Einsitz in Verwaltungs- oder Institutsräten nehmen. Zwei Fälle können eine Einsitznahme von Bundesvertretern dennoch notwendig machen: a. Die spezifischen, mit der Eignerschaft an der verselbständigten Einheit verfolgten Interessen des Bundes lassen nicht mit andern Instrumenten (u.a. Gesetzgebung, strategische Ziele) verwirklichen. b. Das an den Verwaltungs- oder Institutsrat zu stellende Anforderungsprofil lässt sich nicht anders erfüllen: Zwingend notwendig kann beispielsweise die Wahl oder Entsendung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiter der Verwaltung als Bundesvertreter sein, wenn der Verwaltungsrat über Spezialwissen verfügen muss, das nur innerhalb der Verwaltung vorhanden ist.

Bei Variante 1a hat das Institut eine grössere Autonomie. Hier definiert der Institutsrat im Rahmen des Leistungsauftrages des Bundes die durchzuführenden Messungen/Messprogramme und die nationalen Q-Programme. Der Institutsrat ist bei Variante 1a wahrscheinlich ähnlich zusammengesetzt wie die nationale Q-Plattform. Der Institutsrat hat in Variante 1a aber einen stärkeren Einfluss auf die Umsetzung von Q-Programmen als die nationale Q-Plattform in den Varianten 1b und 1c. Es ist davon auszugehen, dass die Aufgaben, welche das Qualitätsinstitut erfüllt, als Dienstleistungen mit Monopolcharakter zu charakterisieren sind. Auch in diesem Fall sieht der Corporate-Governance-Bericht in erster Linie die Rechtsform der öffentlichrechtlichen Anstalt vor.

Eine privatrechtliche Rechtsform kann in Frage kommen, wenn die vom Qualitätsinstitut erbrachten Leistungen mehrheitlich marktfähig und preisfinanziert sind, es nicht hoheitlich handelt und das Institut die Voraussetzung für eine wirtschaftliche Selbständigkeit erfüllt bei der auch eine Beteiligung Dritter offen steht, respektive diese erwünscht ist.[†] Die Beauftragung mittels gesetzlicher Aufgabenübertragung und Leistungsauftrag des Bundes mit der empfohlenen Finanzierung in Form eines Beitrags pro versicherte Person, welche von den Krankenversicherern erhoben wird, ist keine Leistungsfinanzierung über Preise. Ein wesentlicher Teil der Leistungen des Instituts können nicht als marktfähig bezeichnet werden, da es ausser dem Bund keine weiteren Auftraggeber gibt (Monopolcharakter). Eine Beteiligung Dritter am Institut wäre dann gegeben, wenn das Qualitätsinstitut nicht allein durch den Bund errichtet würde, sondern sich Dritte daran als Gesellschafter (Aktionäre) oder als Gründer (Stifter) beteiligen können.

* Leitsatz Nr. 9, Corporate-Governance Bericht Ziff. 4.2.1

† Corporate-Governance Bericht Ziff. 4.2.1

Anhang 2 – Erstes Nationales Programm – Teilaspekte, Massnahmenvorschläge

Zu den vorgeschlagenen drei Themen (Hotspots), welche in einem ersten nationalen Programm angegangen werden sollen wurden in der Expertengruppe als erste Orientierung Vorschläge in der Konkretisierung der Teilaspekte und für mögliche Massnahmen gemacht. Diese Inhalte sind im Rahmen des Vorbereitungsprojektes für ein erstes nationales Programm fundiert hinsichtlich den Priorisierungskriterien und ihrem Beitrag zu den sechs Zieldimensionen der Qualität zu prüfen, anzupassen und einzugrenzen.

Folgende Hotspots, Teilaspekte, Massnahmen werden für das erste nationale Aktionsprogramm vorgeschlagen:

a) Hotspot nosokomiale Infekte

Im Hotspot nosokomiale Infektionen sieht auch der Entwurf des revidierten Epidemiengesetzes Aktivitäten vor. Nationale Programme werden aufeinander abgestimmt. Mögliche Schwerpunkte für ein nationales Qualitätsprogramm werden im Bereich Händehygiene und Senkung der im Spital erworbenen Pneumonien gesehen.

| Teilaspekte | Massnahmen |
|-----------------------------------|---|
| Händehygiene | Nationale Händehygiene Kampagne zusammen mit SwissNoso sowie den Pflege- und Therapieberufen |
| Antibiotika-Prophylaxe | Aufstellen von Richtlinien für die Antibiotikaprophylaxe und Kommunikation derselbe auf geeigneten Kanälen |
| Umgang mit Antibiotikaresistenzen | Aufstellen von Richtlinien für den Umgang mit antibiotikaresistenten Keimen vor allem im Spitalbereich inklusive der Prophylaxe und des Screenings. |

b) Hotspot Medikationssicherheit

Bemerkungen

30-50% aller Fehler in der medizinischen Versorgung sind Medikationsfehler. Aus der langen Liste der bekannten Teilaspekte sind im Folgenden einige davon als anschauliche Beispiele herausgegriffen worden. Die Liste erhebt keine Ansprüche auf Vollständigkeit und richtige Prioritätensetzung.

Nicht kurzfristig umsetzbar, doch wegen des hohen Nutzens in der Medikationssicherheit konkret anzugehen: elektronische und bis ans Patientenbett reichende Verordnungs- und Medikationssysteme (gekoppelt mit elektronischer Krankenakte und elektronischem Patientenidentifikationssystem)

| Teilaspekte | Massnahmen |
|---|---|
| Medikationsverwechslungen | <ul style="list-style-type: none"> • Systematisches Umsetzen des 4-Augenprinzips (evt. selektiv bei gefährlicheren Medikamenten) • Klare Kennzeichnung von look- und sound-alike Verpackungen und Ampullen (in Zusammenarbeit mit den Herstellern) • Bezeichnung einer/eines Verantwortlichen für die konsequente Umsetzung / Kontrollen |
| Fehlverordnung, Fehldosierungen, Fehlberechnungen | <ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Hinweise bei Interaktionen • Direktinvolvierung von klinischen Pharmazeuten • Installation von „no interruption zones“ für die Medikationsvorbereitung • Strikte und rechnerisch korrekte Berücksichtigung der Nierenfunktion für Dosisberechnungen |

| Teilaspekte | Massnahmen |
|--|--|
| Polymedikation (oft bei Chronischkranken, häufige Fehler bei Schnittstellen (ambulant-stationär, intrastationär, interaambulant)) | <ul style="list-style-type: none"> • Abgabe eines Medikationspasses • Routinemässige Überprüfung allfälliger Diskrepanzen zwischen verordneter und eingenommener Medikation incl. Dosierung • Etablierung eines Experten- und Konsiliardienstes für Alters- und Pflegeheime • Integration der geriatrischen Medikation in die Lehrpläne von Medizin und Pflege • Interdisziplinäre (Arzt/Pflege/Apothekerin) Beurteilung der Medikation (Qualitätszirkel) |
| Medikationssicherung bei Übergaben im Versorgungssystem | <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Inhalte der Übergaberapporte (Schichtwechsel, Wechsel der Abteilung) |

c) Hotspot Sicherheit bei invasiven Interventionen

Bemerkungen

Bei den invasiven Interventionen ist auch der ambulante/teilstationäre Bereich einzubeziehen.

Ein wichtiges Teilgebiet von nosokomialen Infekten sind diejenigen, die durch invasive Massnahmen hervorgerufen werden. Chirurgische Eingriffe und die Einlage von zentralvenösen Kathetern werden in der Literatur als Beispiele mit relativ häufigen Infektionen angeführt. Bei der Einschätzung der Häufigkeit nosokomialer Infekte kann davon ausgegangen werden, dass ca. ein Patient von 10-20 hospitalisierten Patienten eine nosokomiale Infektion erleidet.

Obschon das Ereignis einer gravierenden Seitenverwechslung objektiv relativ selten ist, ist die Dunkelziffer über das tatsächliche Ausmass solcher Verwechslungen wie z.B. die Beinamputation auf der falschen Seite im Jahr 1999 im Kanton TI oder leichterer Verwechslungen entsprechend hoch. Schätzungen gehen davon aus, dass in den USA etwa 1'500 bis 2'500 Operationen pro Jahr auf der falschen Seite stattfinden. Auf die Schweiz bezogen bedeutet das in etwa 50 – 70 Operationsverwechslungen pro Jahr.

| Teilaspekte | Massnahmen |
|---|--|
| Infektprophylaxe | <ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Durchführung von Händehygienekampagnen • Umsetzung der mit den Fachgesellschaften im medical board bis Ende 2010 erarbeiteten Empfehlungen zur Infektprophylaxe durch optimierte präoperative Antibiotikaprophylaxe • Erfassung aller nosokomialen Infekte gemäss den Richtlinien von SwissNoso |
| Eingriffsverwechslungen | <ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Umsetzung auf Kampagne der WHO basierten safe surgery Initiative der Stiftung für Patientensicherheit • Einheitliche Dokumentation des Ablaufes bei invasiven Eingriffen (Patientenidentifikation, Eingriffsdefinition, team time out, intraoperative Sicherheitschecks) |
| Intra- und postoperative Komplikationserfassung | <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung aller invasiver Eingriffe in einer Datenbank (zB. analog AQC oder als hausinterne Morbiditäts-/Mortalitäts-Datenbank) |

ANHANG 3- Konzept Qualitätsmessung ambulant ärztliche Leistungen

| Modul | Was wird gemessen? | Datengrundlage | Ziel der Messung | Erste Umsetzungsschritte |
|--|--|--|---|--|
| AHRQ Prevention Quality Indicators | Hospitalisierungen, die bei guter ambulanter Betreuung potentiell vermeidbar wären | Medizinische Statistik (BFS) | Aussagen über mögliche Problembereiche in der Qualität der ambulant ärztlichen Betreuung; populationsbezogene Indikatoren | Durchführung einer 1. Studie (Evaluation Versorgungsqualität) |
| Qualitätsindikatoren auf der Basis von prospektiv erhobenen Daten auf der Basis der AQUIK/QISA Indikatoren a) Datenerhebung in Ärztenetzwerk b) Datenerhebung über internetbasierte Register | Indikatoren, welche Aussagen darüber machen, ob die Behandlung entsprechend gängiger Leitlinien erfolgt (medizinische Prozessindikatoren) | a) Prospektive Erhebung basierend auf Informatiklösung in med. Netzwerken b) Internetbasierte prospektive Erhebung BFS/BAG in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften/FMH | Abbildung relevanter Qualitätsaspekte der ambulanten Versorgung; Aussagen auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers möglich | a) Pilot Ärzte-Netzwerk auswerten b) Aufbau Diabetes Register als Pilot |
| Qualitätsindikatoren auf der Basis von retrospektiv erhobenen Routinedaten a) Daten einzelner Versicherer b) Daten der Trustcenters | Indikatoren, welche Aussagen darüber machen, ob die Behandlung entsprechend gängiger Leitlinien erfolgt (medizinische Prozessindikatoren); Indikatoren zur Inanspruchnahme von med. Leistungen (Utilization) | a) und b): Routinedaten einzelner Versicherer und der Trustcenters (nicht aggregiert) | Abbildung relevanter Qualitätsaspekte der ambulanten Versorgung; Aussagen auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers möglich | a)+b) Machbarkeitsstudie zur Verwendung von Routinedaten für die Auswertung von Qualitätsindikatoren (klinische Prozessindikatoren, Utilization-Indikatoren [Inanspruchnahme]) |
| Patientenbefragungen a) Populationsbezogen b) via Arztpraxen | a) Bevölkerungsbefragung mit standardisiertem Fragebogen b) Patienten-Feedback zu einzelnen Qualitätsaspekten der ärztlichen Betreuung | a) Daten aus Bevölkerungsbefragung (BFS/BAG) b) Daten via Arztpraxen | Aussagen über die Qualität der ärztlichen Betreuung aus Patientensicht | a) Machbarkeitsprüfung b) Auswertung Ergebnisse aus Swisspep; ev. spezifische Befragung zu Traacerdiagnose |

Anhang 4 – Projektorganisation Konkretisierungsphase

Liste der Projektmitarbeitenden

Gesundheitspolitischer Beirat

| | | |
|-------------|-----------|---|
| de Haller | Jacques | FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| Wegmüller | Bernhard | H+ Die Spitäler der Schweiz |
| Théraulaz | Pierre | SBK Schweiz. Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| Kaufmann | Stefan | santésuisse |
| Ayoubi | Semya | GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| Ziltener | Erika | DVSP Dachverband Schweizerischer Patientenstellen |
| Faller | Andreas | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Schneider | Sandra | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Sarott | Franziska | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Langenegger | Manfred | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Otto | Stefan | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Rykart | Helen | Administration / BAG |
| Bosshard | Walter | Projektleiter, TeamFocus AG |

Teilprojekt 1: Strukturen und Finanzierung

| | | |
|--------------|----------------|--|
| Moser | Markus | Berater |
| Nold | Verena | santésuisse |
| Bütikofer | Anne-Geneviève | GDK / Direction générale de la santé du Canton de Genève |
| Hochreutener | Marc-Anton | Stiftung für Patientensicherheit |
| Straubhaar | Thomas | ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken |
| Schneider | Sandra | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Sarott | Franziska | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Langenegger | Manfred | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Marbach | Christoph | Teilprojektleiter, TeamFocus AG |
| Brunner | Sibylle | Projektoffice, TeamFocus AG |

Teilprojekt 2: Prioritäre Inhalte Aktionsfelder

| | | |
|----------------|------------|---------------------------------|
| Conen | Dieter | Berater |
| Hess | Kurt | Berater |
| Hochreutener | Marc-Anton | Berater |
| Jenzer Bürcher | Regula | Beraterin |
| Schär | Christian | Berater |
| Herren | Daniel | Berater |
| Ziltener | Erika | Beraterin |
| Sarott | Franziska | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Langenegger | Manfred | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Otto | Stefan | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Bosshard | Walter | Teilprojektleiter, TeamFocus AG |
| Brunner | Sibylle | Projektoffice, TeamFocus AG |

Teilprojekt 3: Informationen

| | | |
|-------------|-----------|--|
| Herren | Daniel | FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| Steccanella | Stefan | H+ Die Spitäler der Schweiz |
| Busch | Petra | ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken |
| Franck | Christoph | GDK / Gesundheitsdirektion Kanton Zürich |
| Hüttner | Eveline | BFS Bundesamt für Statistik |
| Kilchenmann | Christoph | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Schneider | Theres | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Sarott | Franziska | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Langenegger | Manfred | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Otto | Stefan | BAG Bundesamt für Gesundheit |
| Marbach | Christoph | Teilprojektleiter, TeamFocus AG |
| Brunner | Sibylle | Projektoffice, TeamFocus AG |

Anhang 5 – Rechtliche Grundlagen KVG, KVV

Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)

Art. 22a Daten der Leistungserbringer

¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. medizinische Qualitätsindikatoren.

² Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³ Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

⁴ Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Art. 32 Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Art. 33 Bezeichnung der Leistungen

¹ Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.

² Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.

³ Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.

⁴ Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.

⁵ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.

Art. 38 Andere Leistungserbringer

Der Bundesrat regelt die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c–g, i und m.² Er hört zuvor die Kantone und die interessierten Organisationen an.

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;

- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

² Die Kantone koordinieren ihre Planung.¹

^{2bis} Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

^{2ter} Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

Art. 43 Grundsatz

¹ Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

² Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);
- d. zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).

³ Der Pauschaltarif kann sich auf die Behandlung je Patient oder Patientin (Patientenpauschale) oder auf die Versorgung je Versichertengruppe (Versichertenpauschale) beziehen. Versichertenpauschalen können prospektiv aufgrund der in der Vergangenheit erbrachten Leistungen und der zu erwartenden Bedürfnisse festgesetzt werden (prospektives Globalbudget).

⁴ Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Bei Tarifverträgen zwischen Verbänden sind vor dem Abschluss die Organisationen anzuhören, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

⁵ Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

⁷ Der Bundesrat kann Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Er sorgt für die Koordination mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen

Art. 45 Sicherung der medizinischen Versorgung

Ist wegen des Ausstandes von Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, so sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung. Ein Tarifschutz gilt auch in diesem Fall. Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen.

Art. 46 Tarifvertrag

¹ Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits.

² Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag für die Mitglieder des Verbandes nur verbindlich, wenn sie dem Vertrag beigetreten sind. Auch Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag kann vorsehen, dass diese einen angemessenen Beitrag an die Unkosten des Vertragsabschlusses und der Durchführung leisten müssen. Er regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe.

³ Nicht zulässig und damit ungültig sind insbesondere folgende Massnahmen, ohne Rücksicht darauf, ob sie in einem Tarifvertrag oder in getrennten Vereinbarungen oder Regelungen enthalten sind:

- a. Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- b. Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge;
- c. Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern;
- d. Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln.

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

⁵ Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate.

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

¹ Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

² Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden. Rückforderungsberechtigt ist:

- a. im System des Tiers garant (Art. 42 Abs. 1) die versicherte Person oder nach Artikel 89 Absatz 3 der Versicherer;
- b. im System des Tiers payant (Art. 42 Abs. 2) der Versicherer.

³ Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die ihm:

- a. ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt;
- b. Personen oder Einrichtungen gewährt, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

⁴ Gibt der Leistungserbringer die Vergünstigung nicht weiter, so kann die versicherte Person oder der Versicherer deren Herausgabe verlangen.

⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

Art. 58 Qualitätssicherung

¹ 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.

² Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

³ Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

- a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;
- b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

Art. 59 Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

¹ Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;
- c. eine Busse; oder
- d. im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

² Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

³ Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;
- b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;

- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.

Art. 89 Kantonales Schiedsgericht

¹ Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht.

² Zuständig ist das Schiedsgericht desjenigen Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.

³ Das Schiedsgericht ist auch zuständig, wenn die versicherte Person die Vergütung schuldet (System des Tiers garant, Art. 42 Abs. 1); in diesem Fall vertritt ihr Versicherer sie auf eigene Kosten.

⁴ Der Kanton bezeichnet ein Schiedsgericht. Es setzt sich zusammen aus einer neutralen Person, die den Vorsitz innehat, und aus je einer Vertretung der Versicherer und der betroffenen Leistungserbringer in gleicher Zahl. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen; dieses wird durch je einen Vertreter oder eine Vertreterin der Beteiligten ergänzt.

⁵ Der Kanton regelt das Verfahren; dieses muss einfach und rasch sein. Das Schiedsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei.

⁶ Die Entscheide werden, versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts, schriftlich eröffnet.

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Art. 31 Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

¹ Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes und durch das BAG nach Artikel 51 des Bundesgesetzes vom 26. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

- a. Leistungsangebot der Leistungserbringer;
- b. Diplome und Weiterbildungstitel der Leistungserbringer;
- c. medizinische Qualitätsindikatoren;
- d. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- e. Kostenentwicklung.

Art. 58b Versorgungsplanung

¹ Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

² Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

³ Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58e zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

⁴ Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 58e.

⁵ Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:

- a. die Effizienz der Leistungserbringung;
- b. den Nachweis der notwendigen Qualität;
- c. im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Art. 77 Qualitätssicherung

¹ 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 Finan-

zierung) werden in den Tarifverträgen oder 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.

² Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

³ In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

⁴ Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.