



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Ort, Datum	Bern, 30.08.2021	Direktwahl	031 335 11 57
Ansprechpartner	Pascal Besson	E-Mail	pascal.besson@hplus.ch

Strategie und Vierjahresziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen

Stellungnahme H+

Sehr geehrte Frau Lévy

Mit Schreiben vom 29. Juni 2021 hat das BAG die erarbeitete Qualitätsstrategie sowie die Vierjahresziele zur Konsultation unterbreitet. H+ Die Spitäler der Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung. Gerne stellen wir Ihnen unsere Stellungnahme hiermit zu.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Aktuell zählt der Verband 207 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen an 368 Standorten, 13 Verbandsmitglieder und ca. 150 Partnerschaftsmitglieder.

Wir anerkennen den aufwändigen Erarbeitungsprozess der Qualitätsstrategie und der Vierjahresziele und bedanken uns für die wertvolle Arbeit. Trotzdem bestehen insgesamt zahlreiche grundsätzliche Vorbehalte, weshalb wir die substanzielle Überarbeitung der Qualitätsstrategie und der Vierjahresziele als dringend notwendig erachten. Sie finden die Vorbehalte jeweils separat zusammengefasst für die Qualitätsstrategie und die Vierjahresziele.

I. Qualitätsstrategie: Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungserbringung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

H+ Position zur Qualitätsstrategie

H+ erinnert sich, mit den Aktionsfeldern der letzten Q-Strategie 2010–2020 einverstanden gewesen zu sein, unter der Voraussetzung, dass die Rollen bestimmter Akteure geklärt, eine Q-Plattform und Expertenkommission (anstelle Q-Institut) eingerichtet, entsprechende Rechtsgrundlagen geschaffen und die Finanzierung geklärt werden.

Die Entwicklungen der letzten zehn Jahren erachtet H+ als grundsätzlich positiv und im Interesse des Spitalverbands. Es besteht jedoch weiterer Bedarf, in der Qualitätsentwicklung, Rollen und Finanzierung zu klären sowie entsprechende Rechtsgrundlagen zu schaffen und abzustimmen. «Steuern statt Rudern» lautete damals unsere Parole, als es um die Rolle der Bundesbehörde ging. Nun muss aufgepasst werden, dass das «Schiff» nicht überladen wird und

sinkt. Das KVG gibt bereits Rollen und Aufgaben im Bereich der Qualität vor. Die Qualitätsstrategie muss deshalb vor allem übergeordnet definieren werden und die bestehenden gesetzlichen Grundlagen integrieren. Die detaillierten Massnahmen zur Umsetzung und Koordination sollen die Leistungserbringer (was die Schweizer Spitäler [nach KVG 35] angeht), Versicherer und Kantone bestimmen und umsetzen (Versorgungsplanung und Qualitätsverträge). Dem BAG ist eine lenkende Rolle zuzuordnen, wobei die Verbände der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone aktiv einzubinden sind.

Im letzten Jahrzehnt haben Akteure im Gesundheitswesen, namentlich sind der nationale Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ) und die Stiftung Patientensicherheit Schweiz zu nennen, Pionierarbeit in den Bereichen Qualitätsmessungen und Qualitätssicherungsprogramme geleistet. Die bereits etablierte Rollenverteilung gilt es im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsstrategie zu beachten und so den fortgeschrittenen Netzwerkgedanken zu fördern. Die Handlungsfelder müssen primär aus den Bedürfnissen des schweizerischen Gesundheitswesens abgeleitet werden. Sekundär sollen internationale Studien und Erfahrungen, sowie die WHO-Definitionen übernommen werden. Den Besonderheiten des schweizerischen Gesundheitswesens, insbesondere das föderalistische System, den kulturellen, sprachlichen und regionalen Vielfaltigkeit, sind Rechnung zu tragen. Dazu braucht es eine vertiefte Analyse der bestehenden Strukturen im Schweizer Gesundheitswesen, um darauf aufbauend die Handlungsfelder zu definieren und gemeinsam mit allen Akteuren die Qualität im Schweizerischen Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

Die vorliegende Qualitätsstrategie inkl. Handlungsfelder fokussieren auf den OKP-Bereich und die dort erbrachten Leistungen. Diese Sichtweise ist unvollständig und somit nicht nachvollziehbar: Die Qualitätsentwicklung und Lernkultur in einem Spital beschränken sich nicht auf OKP-Behandlungen (vgl. Kommentare zu 1.1 Ausgangslage sowie 5.1 Geltungsbereich). Die Strategie wie auch die Vierjahresziele fokussieren grundsätzlich auf grosse Leistungserbringer (Zentrums-/Unispitäler/Spitalkonglomerate). Aber auch kleinräumige Systeme, z. B. Regionalspitäler im stationären Bereich / Praxen im ambulanten Bereich und Rehabilitation und Psychiatrien erbringen systemrelevante Leistungen. Diesem Aspekt wird zu wenig Rechnung getragen und dementsprechend sind abgestimmte Anforderungen aus einer Strategie bzw. die Zielformulierung anzupassen.

Weiter fokussiert die Strategie auf bestehende Lösungen. Selbstverständlich begrüsst H+, dass bereits erarbeitete Programme und Minimalstandards gefestigt und flächendeckend umgesetzt werden. Aus Sicht von H+ verpasst die Strategie jedoch die Chance, auf die tatsächlichen Herausforderungen hinzuweisen und den Handlungsbedarf in den Bereichen Innovation, Digitalisierung, Medikationssicherheit, Aus- und Weiterbildung, Forschung, etc. anzugehen (vgl. Kommentar zu 5.4 Oberziele).

Die Revisionen im KVG und KVV sind u.a. mit dem Ziel erfolgt, Strukturen zu schaffen für eine vermehrte Koordination, Weiterentwicklung und Innovation in der Q-Entwicklung. Damit die Akteure die Inhalte der revidierten KVG und KVV effizient umsetzen können und die vorliegende Strategie zum Tragen kommt, muss ein zentrales Handlungsfeld der Qualitätsstrategie die Abstimmung und Koordination der verschiedenen Rollen und Initiativen im Bereich der Qualität sein. Auf Bundesebene braucht es entsprechende Rahmenbedingungen, wie z.B. Datenschutzgesetz, Zulassungssteuerung, nationale Strategien, juristischer Schutz von Lernsystemen, Aus- und Weiterbildung der Health Professionals (vgl. Kommentar zu 4.1 Rechtliche Grundlagen).

In der vorliegenden Qualitätsstrategie fehlen an diversen Stellen Hinweise zur Finanzierung. Die Umsetzung bedarf zusätzlicher personeller Ressourcen und der technischen Mittel in den Institutionen. Der Zusatzaufwand geht zulasten der Leistungserbringer und letztendlich Steuer- und Prämienzahlende. Daher sollte der Nutzen und Verhältnismässigkeit der Regulierung wie auch der gesamtwirtschaftliche Nutzen, der in der Qualitätsstrategie und den Vierjahreszielen formulierten Massnahmen berücksichtigt werden (vgl. auch WZW-Kriterien gemäss KVG). Es muss

also darauf geachtet werden, dass die Umsetzung der Handlungsfelder Vordergründig dem Patienten zu nützen und die Behandlungsqualität verbessern, anstelle von zusätzlicher Regulation und Dokumentation.

Der 43-seitige Entwurf der Qualitätsstrategie ist zu umfangreich, nicht einfach zu verstehen und hat in wesentlichen Punkten Überarbeitungsbedarf (vgl. nachfolgende Kommentare zu den einzelnen Kapiteln). Dem Entwurf zur Qualitätsstrategie fehlt ein roter Faden mit klarer Argumentationskette, d.h. wie Handlungsfelder abgeleitet und wie der Status Quo und die zukünftigen Herausforderungen bewertet wurden. Der Fokus der Qualitätsstrategie soll auf den Teilen der Wertschöpfungskette liegen, welche bisher nicht oder kaum Qualitätsinformationen zur Verfügung stellen, d.h. insbesondere der ambulante, niedergelassene Sektor wie z.B. Hausärzte und Fachspezialisten in Praxen (siehe insbesondere HF 2.3, 3.1 und 3.3). Zudem ist der Zeitplan unrealistisch: die zum Teil umfangreichen Massnahmen können ohne verhältnismässigen Zusatzaufwand nicht in vier bzw. drei Jahren erreicht werden. Der Bund, die EQK und auch die Qualitätsvertragspartner verfügen über limitierte personelle und finanzielle Ressourcen.

Zusammengefasst: Weniger, dafür konkrete Ziele. Die Qualitätsstrategie braucht zudem ein Bewertungsmechanismus, welcher regelmässig das Kosten-Nutzen-Verhältnis der einzelnen Handlungsfelder analysiert und ggf. anpasst oder streicht.

Kommentare zu den einzelnen Kapiteln

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Die Strategie bezieht sich auf die «systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität der Leistungen». Der vorliegende Entwurf konkretisiert zwar die vorhergehende Strategie von 2009, aber unterscheidet sich darin, dass es nicht mehr um die Qualität im Gesundheitswesen geht, sondern um die Qualität der OKP-Leistungen. Damit soll der Nutzen für die OKP-versicherten Personen ins Zentrum gestellt werden. Die Qualität (Sicherung, Messung und Entwicklung) in einem Spital geht jedoch über die Qualität der Leistungen im OKP-Bereich hinaus. Eine Einschränkung auf die OKP-Leistung birgt die Gefahr für falsche Anreize der Akteure auf allen Ebenen der Qualitätsgestaltung. Es stellen sich z.B. die Fragen: Was ist hierbei der grundsätzliche Stellenwert der Patientensicherheit oder von Qualitätsaspekten, die nicht direkt oder nicht nur mit einer OKP-Leistung verbunden sind (z. B. Weiterbildung des Personals)?

1.2. Erarbeitungsprozess

Es ist nicht erkennbar, ob bzw. wie die Inputs und Diskussionsergebnisse im Rahmen der Konsultationen von Experten, Kantonen, Versicherer, Fachorganisationen, Patientenorganisationen berücksichtigt worden sind. Zu den gelisteten Übereinstimmungen der Akteure stellt sich die Frage, wie die Notwendigkeit des verstärkten Einbezugs der Patienten bei der Leistungserbringung zu verstehen ist? Die Definitionen der WHO und der Bericht «Quality through Patient Eyes» sind wichtig, jedoch erhalten sie im Erarbeitungsprozess ein zu starkes Gewicht. Es bedarf einer Strukturanalyse und Befragung von weiteren Experten im Gesundheitswesen. So sind im neuen Qualitätsvertrag zu den Qualitätsentwicklungen (KVG Art. 58) wichtige Themenbereiche für die Qualitätsentwicklung festgehalten. Eine Abstimmung der Schwerpunkte wäre bereits jetzt angebracht.

H+ begrüsst die Entwicklung von PROMs und PREMs, um die Leistungen hinsichtlich Übereinstimmung mit den Erwartungen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu prüfen und zu verbessern wie auch die Entwicklung von Indikatoren, die zu Verbesserungsmassnahmen führen können. Im Zuge der Erarbeitung von Messungen ist jedoch mit Vorsicht vorzugehen: Nicht alle Indikatoren eignen sich für den nationalen Vergleich oder ein Monitoring, sondern sind eher gezielt im Klinikalltag einzusetzen.

2. Stand der Qualität in der Schweiz

Nationale Messergebnisse zeigen, dass die Schweizer Spitäler und Kliniken auch im internationalen Vergleich gut abschneiden: Beim Indikator Dekubitus beispielsweise zeigen sich die nationalen Prävalenzraten leicht abnehmend und liegen im unteren Bereich der internationalen Referenzwerte. Dies lässt auf wirksame Präventionsstrategien auf Prozessebene schliessen. Der ANQ hat schweizweit etabliert Messungen eingeführt und umgesetzt. Dem wird zu wenig Beachtung geschenkt und der Stand der Qualität wird zu negativ dargestellt. Zu beachten ist, dass das Schweizer Gesundheitswesen stark föderalistisch geführt wird. Entsprechend ist es nicht erstaunlich, dass auf nationaler Ebene nicht dieselbe Vielfalt von Indikatoren erwartet werden kann, wie in einem NHS (welches stark zentralistisch aufgebaut ist). Weiter gilt es die vielen kantonalen Vorgaben und die Umsetzungsbereitschaft und Eigeninitiativen auf Leistungserbringerebene zu beachten.

Dem ersten Satz von Abschnitt 4 der Qualitätsstrategie stimmen wir vollkommen zu «es wird zu wenig in die für die Qualität und Patientensicherheit erforderlichen Rahmenbedingungen investiert». Das Gesundheitspersonal leistet tagtäglich einen enormen Einsatz, Ressourcen sind bekanntlich knapp. Entsprechend muss bei der gesamten Qualitätsstrategie auf eine unbürokratische Umsetzung geachtet werden. Sollen weitere Belege und Dokumentation über die Erfüllung der Qualitätsanforderungen erbracht werden, ist dies adäquat zu finanzieren.

Generell fokussiert das Papier zu stark auf die Schwächen und Gefahren, und vernachlässigt Stärken sowie Chancen. H+ vermisst im Strategiepapier den ausgewogenen Brückenschlag zwischen Analyse und Strategie sowie den Bezug zu den aktuellen Arbeiten der Verbände der Leistungserbringer und Versicherer, worüber das BAG laufend informiert wird – das von den Vertragspartnern erarbeitete neue Konzept zur Qualitätsentwicklung beinhaltet u.a. die genannten interprofessionelle/interdisziplinäre Lern- und Kommunikationskultur sowie das Schnittstellenmanagement.

3. Kontext

H+ begrüsst den Verweis auf weitere Nationale Strategien wie z.B. Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR). In dem Strategiepapier fehlt jedoch der Bezug zu den bereits bestehenden Initiativen, Strukturen und Akteure im Bereich der Qualität in der Schweiz (unabhängig der nationalen Strategien des BAGs). Eine Abstimmung mit diesen und Einbettung in den Gesamtkontext der Versorgungsstrategie sind unerlässlich. Die Initiativen der EQK, die Themenfelder und Massnahmen der Qualitätsverträge und die kantonalen Anforderungen müssen noch besser koordiniert werden.

Wie bereits erwähnt, müsste grundsätzlich dem föderalistischen Gesundheitssystem mehr Beachtung geschenkt werden. Die Bedeutung der Kantone und deren zentrale Rolle in der lokalen Versorgungsplanung kommt zu wenig stark zum Tragen. Diese muss ebenfalls integriert werden. Die Kantone erlassen konkrete Anforderungen an die Spitäler und haben damit unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Versorgung.

4. Grundlagen

4.1. Gesetzliche Grundlagen

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu Qualität und Wirtschaftlichkeit ist auf allen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makro-Ebene) mit Hürden verbunden, wenn die Nahtstellen zu weiteren gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen nicht thematisiert, aufgezeigt bzw. gelöst werden. Es sind aus diesem Grund zwingend Abstimmungen und/oder Rahmenbedingungen notwendig mit:

- Datenschutzgesetzen (StGB, KVG, DSG, und kantonale DSG),
- Zulassungssteuerung und -verfahren,
- anderen laufenden nationalen Bundesstrategien,
- juristischen Schutz von Lernsystemen,
- Aus- und Weiterbildung der Health Professionals,

- der Forschung,
- der heutigen «Ambulantisierung» der Leistungserbringung,
- den kantonalen Vorgaben.

Die heutige Problematik ist, dass die Qualität im KVG geregelt wird. Es bräuchte eigentlich ein Qualitätsgesetz, um dem Flickwerk ein Ende zu setzen.

Die in diesem Kapitel genannten Finanzhilfen dienen dazu, die Aktivitäten der Qualitätsentwicklung zu finanzieren. Das Motto «Alle diese Qualitätsaktivitäten seien geschuldet» ist grundsätzlich korrekt. Falsch hingegen ist vorauszuschicken, dass alle diese Qualitätsaktivitäten, welche in Spital sichergestellt werden mit der im KVG vorgesehenen Spitalfinanzierungsmechanismen – den OKP-Tarifen – bereits abgegolten seien, da es sich um anrechenbaren OKP-Betriebskosten handle. Seit 2012 gilt in der OKP-Leistungsfinanzierung ein Preissystem basierend auf einem Effizienz-OKP-Benchmarking, und kein Kostenerstattungssystem. Wenn schon vorausgeschickt wird, dass alle diese Qualitätsaktivitäten finanziert werden, dann sollte in den OKP-Finanzierungsmechanismen dieses Thema dringendst aufgenommen und dafür gesorgt werden, dass Qualitätsaktivitäten im Spital und vor allem die dadurch im Spital gebundenen Ressourcen/Kosten nicht in das Effizienz-OKP-Benchmarking einfließen, sondern z. B. via DRG- und/oder Tarif-Zuschlag spitalbezogen 100% abgegolten werden.

Schliesslich erinnern wir hier daran, dass das Erheben von Daten und die Dokumentation, die durch Spitäler sichergestellt werden muss (zwecks Erfüllung von regulatorischen Vorgaben), nicht einzig der OKP-Qualitätsentwicklung im Spital dienen, sondern weit darüber hinaus gehen bzw. verfolgen diese zum Teil einzig ein Public-Health Ziel. In beiden Fällen können, die damit gebundenen Ressourcen im Spital nicht einfach als Teil der OKP-Leistung definiert werden und als solche über die OKP-Tarife als finanziert betrachtet werden!

Die Finanzierung der auf die Spitäler zukommenden neuen Aufgaben im Zusammenhang mit dem KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit und der vorliegenden Strategie und Vierjahresziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen sind in der vorliegenden Strategie und den Vierjahreszielen unvollständig und unklar.

Die Qualität der medizinischen Leistung muss weiterhin als zentral angesehen werden. Die einseitige Ausrichtung bestimmter Vorhaben auf Kosteneinsparungen steht dazu gegenwärtig im Widerspruch. Ausgehend davon müssen die Finanzierungsspielregeln für die anfallenden neuen Qualitätsaktivitäten in den Spitälern dringendst differenziert, transparent und vollständig bereits in der Strategie dargelegt werden.

4.2. Standards

Die Spitäler und Kliniken sind mit einer stetig wachsenden Anzahl Richtlinien und Guidelines konfrontiert. Diese sind grundsätzlich sinnvoll, da sie u.a. Entscheidungen unterstützen und die Patientensicherheit erhöhen. Sie sind somit ein wichtiger Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens der Schweiz. Die Spitäler und Kliniken stören sich jedoch daran, dass immer mehr dieser Richtlinien und Guidelines zu nationalen Normen werden, ohne dass deren wissenschaftliche Nutzen und Zweckmässigkeit belegt werden muss und die verantwortlichen Akteure bei der Erarbeitung einbezogen wurden. Dies führt bei den Spitälern und Kliniken zu unkontrollierten finanzierungs- und planungsrelevanten Konsequenzen und oft zu Kostenwachstum.

Ausgehend davon fordert H+, dass Anforderungen in Richtlinien und Guidelines mit finanzierungs- und planungsrelevanten Konsequenzen zwingend auf einem wissenschaftlich belegten Nutzen beruhen (Evidenz) oder unter Einbezug der verantwortlichen Akteure erarbeitet werden (Kompromiss). Denn die Anforderungen in Richtlinie und Guidelines gehen teilweise über den Nutzen für eine Qualitätsverbesserung hinaus (vorgeschriebene Bettenabstand). Zudem ist eine gewisse Skalierbarkeit/Anpassbarkeit von Standards auf die unterschiedlichen Betriebe notwendig. Richtlinien und Guideline müssen u.a. auch auf wirtschaftliche Aspekte geprüft werden.

H+ verlangt weiter einen legitimen Rahmen und Prozess, in denen die Anerkennung von Richtlinien unter Einbezug der durch die Richtlinie betroffenen Akteure erfolgt. Dazu muss eine benannte Instanz ein Antrags- und Anerkennungsverfahren aufbauen und führen. Eine mögliche Anerkennung für finanzierungs- und planungsrelevante Systeme bedingt eine bei den betroffenen Akteuren abgestützte Vernehmlassung. Leider ist den strategischen Zielen und Handlungsfeldern davon nichts zu entnehmen.

5. Geltungsbereich und Policy

5.1. Geltungsbereich

Gemäss den Ausführungen des BAG betrifft die vorliegende Qualitätsstrategie nicht alle Departemente des Bundesrates, sondern der Fokus liegt auf dem Bereich des KVG und dort einzig auf den erbrachten Leistungen bzw. der Leistungserstellung im OKP-Bereich. Die Q-Entwicklung und Lernkultur in einem Spital enden jedoch nicht bei der OKP-Behandlung. Dieser grobe Grundsatzfehler zieht sich durch die gesamte Strategie und Handlungsfelder.

Im Verständnis von H+ ist die Zielsetzung der Revision u.a., Strukturen zu schaffen für eine vermehrte Koordination, für Weiterentwicklung und Innovation bei der Q-Entwicklung (messen und verbessern) in allen Leistungsbereichen und vorgelagerten Bereichen, die notwendig sind, um eine Leistungserbringung überhaupt zu ermöglichen. Hierzu und für den Erfolg einer Strategie innerhalb des KVG spielt die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle. Unter diesem Blickwinkel muss der Bundesrat Rahmenbedingungen schaffen, damit die Akteure die Inhalte des revidierten KVG (inkl. Verordnungen) effizient und in einem klaren normativen Rahmen umsetzen können.

Es wäre zudem notwendig Prävention, Impfungen, Studien und Forschung, Ausbildung und Information usw. einzubeziehen, die zwar nicht direkt der Behandlung dienen, aber die Versorgung stark beeinflussen.

5.2. Vision für die Qualität der Leistungen

Die ausformulierte Vision «*Sichere, wirksame und integrierte Behandlung und Pflege auf Augenhöhe mit der Patientin*» ist keine Vision für eine Strategie des Bundesrates, eher eine Aussage in einem Leitbild einer Spitalgruppe oder formulierte Werte. Es fehlt der Bezug zur Qualitätssicherung und kontinuierlichen Weiterentwicklung, und dies flächendeckend über alle Leistungsbereiche, im Sinne der Qualität der gesamten Gesundheitsversorgung für die Schweizer Bevölkerung.

5.3. Mission

Auch die ausformulierte Mission «*Die Qualität der Leistungen wird systematisch sichergestellt und kontinuierlich verbessert. Gleichzeitig werden die Koordination, Wirksamkeit und Sicherheit der Leistungen unter Berücksichtigung der Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Person, für die sie bestimmt sind, gewährleistet. Dies gilt unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status und Profil.*» ist keine Mission für eine Strategie des Bundesrates. Ausserdem ist der letzte Satz der Mission irritierend, da es erstens selbstverständlich ist und zweitens eine Wiederholung der Grundrechte unserer Bundesverfassung darstellt.

5.4. Oberziele

H+ begrüsst, dass bereits erarbeitete Programme (z.B. Checkliste Sichere Chirurgie) und Minimalstandards (z.B. Swissnoso) gefestigt und flächendeckend umgesetzt werden. Aus Sicht von H+ dürfte die Strategie jedoch noch weitergehen und visionärer formuliert sein. Es fehlen z.B. Ziele in den Bereichen Innovation, Digitalisierung, Medikationssicherheit, Aus- und Weiterbildung, Forschung, etc.

6. Handlungsfelder

H+ begrüsst die systemorientierte Sicht auf die Qualitätssicherung. Wie bereits erwähnt sind hier aber entsprechende Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber nötig (vgl. Kapitel 4.1), damit Kultur und Governance gelebt werden und sich etablieren können. Qualitätsziele lassen sich gerade in diesen Bereich nicht vorschreiben, sondern können sich dank adäquater und motivierender Massnahmen bei den einzelnen Akteuren entwickeln. Entscheidend ist, dass das Ganze für die Spitäler handhabbar ist und keinen übermässigen Aufwand generiert.

Unklar bleibt, wer welche Massnahmen organisiert, umsetzt, finanziert und kontrolliert. Ebenfalls geht nicht aus dem Papier hervor, ob die Handlungsfelder ebenfalls für zehn Jahre festgelegt werden. Die Massnahmen müssen sinnvoll, wirksam und ressourcenschonend sein. Es braucht entsprechend auch Kosten-Nutzen-Bewertungen der Handlungsfelder. Bei den Handlungsfeldern geht es um zusätzliche regulatorische Massnahmen. Erfahrungsgemäss führen diese bei den Gesundheitseinrichtungen wiederum zu einer Verschiebung der Ressourcen von den Kernprozessen hin zu den Supportprozessen. Es muss also darauf geachtet werden, dass die Umsetzung der Handlungsfelder vor allem dem Patienten nützen und die Behandlungsqualität verbessern, anstelle von zusätzlicher Regulation und Dokumentation. Weiter sollen die regulatorischen Massnahmen aufeinander abgestimmt sein und die bereits bestehenden Instrumente und Daten integrieren.

Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten müssen besser festgelegt werden. Die zeitlichen Abläufe der Überprüfung und Handlungen auf allen Ebenen sind zu definieren. Es gilt zu beachten, dass die Mikroebene sich schneller verändern wird als die Makroebene.

Kommentare zu den präsentierten Handlungsfeldern finden sich in den abgeleiteten Vierjahreszielen zur Qualitätsentwicklung 2022–2024 im zweiten Teil der Stellungnahme, weshalb an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet wird.

7. Umsetzung der Strategie

Eine visuelle Darstellung ist anzustreben, um ein besseres Verständnis beim Leser zu erreichen und die Schnittmengen zu erkennen.

II. Vierjahresziele zur Qualitätsentwicklung 2022–2024

H+ Position zu den Vierjahreszielen

Beim Lesen der Vierjahresziele ist der Wille zur verstärkten Regulierung und Steuerung klar spürbar. Dem ist grundsätzlich nichts entgegenzusetzen, jedoch kommt nicht zum Ausdruck, wie genau dies geschehen soll. Eingriffe in die Spitalführung durch Top-Down Anordnungen des Bundes sind befremdlich. Die neu gegründete EQK soll etliche Empfehlungen in einzelnen Handlungsfeldern abgeben, z.B. Instrumente zur Kulturevaluation (K2), Verstärkung des Aufbaus der Ausstattung für die Q-Entwicklung (G4) und insbesondere in der Umsetzung der Empfehlung durch alle Akteure (I3). Unklar bleibt, wann und in welcher Form die Empfehlungen gemacht werden. Dies wäre aber wichtig im Hinblick auf die Forderungen an die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer, aber auch der Leitungserbringer selbst.

Die Vierjahresziele umfassen Handlungsfelder zu sehr wichtigen Themen im Hinblick auf die Steigerung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit. H+ begrüsst die Förderung der «Just Culture», die Einbindung aller Ebenen in die Qualitätsentwicklung, die Führung von Berichts- und Lernsystemen, ein mit den Akteuren abgestimmtes nationales Qualitätsdashboard, die Reduktion von mehrfachen Datenerhebungen, und die Patientenzentriertheit sehr. Die Mehrheit der abgebildeten Themen entsprechen dem, was im Konzept zum neuen Qualitätsvertrag bereits aufgenommen ist.

H+ stellt zudem weitere Redundanzen innerhalb des Dokumentes aber auch bei den in der KVV geforderten oder im Q-Vertrag vorgesehenen Massnahmen fest. Weiter ist fraglich, ob die Handlungsfelder, wie z.B. G2 «Die Qualitätsstrategie wird umgesetzt» oder I1 «Alle Leistungserbringer implementieren die Regeln zur Qualitätsentwicklung der gesamtschweizerischen Qualitätsverträge», in den Vierjahreszielen genannt werden müssen, oder ob die Umsetzung der KVG-Forderung dazu nicht ausreicht. Falls die rechtlich bereits vorgesehenen Anforderungen weiterhin im Papier als Ziele genannt werden, wäre zumindest ein Verweis auf die entsprechenden Gesetzesartikel sinnvoll und klärend, z.B. Qualitätsanforderungen (Art. 58g KVV).

Die Verantwortlichkeiten im PDCA-Zyklus für die jeweiligen Handlungsfelder und Ziele sind unklar und somit auch die notwendige Abstimmung zwischen den Ebenen und den Zuständigkeiten. Die klare Definition der Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen ist zwingend erforderlich und sollte beispielsweise von der EQK wahrgenommen werden, die Empfehlungen an alle Akteure weitergibt.

Es ist klar erkennbar, dass in Zukunft Evaluationen und Umfragen einen hohen Stellenwert haben werden. Mit solchen Messungen kann jedoch nicht erfasst werden, ob z. B. ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem, Berichts- und Lernsysteme oder die Just Culture implementiert sind (inkl. Stand der Umsetzung) und wie gut diese funktionieren (K2, K3, K4, G4). Der Fokus auf die PREMs-Messungen in den Vierjahreszielen zur Qualitätsentwicklung 2022-2024 ist nicht nachvollziehbar. Die Instrumente und Versorgungsrealität zur Patientenzufriedenheit sind in ihrer Aussagekraft sehr eingeschränkt. Somit sollten neue Instrumente für SMART-definierte Ziele und Kennzahlen etabliert werden.

Generell geben Qualitätsmessungen höchstens Hinweise für mögliche Verbesserungspotenziale in der eigenen Klinik. Qualitätsmessungen sollten in erster Linie den Spitälern und den Patienten dienen. So ist es wichtig und richtig, dass die Kliniken Qualitätsmessungen intern nutzen, die Ergebnisse dürfen jedoch nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Statistik haben resp. Belege für eine hohe Qualität sein. Zu vielschichtig sind die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Ergebnisse, um eine valide Verbesserung oder Verschlechterung zu erkennen.

Das Konzept zum neuen Qualitätsvertrag sieht deshalb explizit vor, dass bei ausgewählten Spitälern und Kliniken überprüft wird, ob ein Programm/Verbesserungsmassnahme, z.B. für die «Just Culture», eingesetzt ist und ob dieses auch gelebt wird. Dabei werden sowohl die Implementierung des PDCA-Kreises und die Durchdringung im ganzen Betrieb bewertet. Entspre-

chend sind die Texte betreffend den Qualitätsmessungen in K2, K3, K4, G4 wie folgt anzupassen: «Die Qualitätsvertragspartner richten den Qualitätsvertrag und die darin enthaltenen Qualitätsmassnahmen (und nicht Messungen) darauf aus».

Programme sind in den Handlungsfelder PZ2 (patientenzentrierte Interaktionen) und PS1 (Unerwünschte Ereignisse) vorgesehen. H+ bezweifelt jedoch, dass diese in drei Jahren konzipiert und realisiert werden können.

Kommentare zu den einzelnen Kapiteln

1. Einleitung

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ist gemäss KVG verpflichtet, den zuständigen Behörden Empfehlungen über Qualitätsvorgaben sowie die Vierjahresziele des Bundesrates zu erarbeiten. H+ begrüsst es, dass die EQK nun eingeladen worden ist, zu den vorliegenden Entwürfen der Strategie und der Vierjahresziele Stellung zu nehmen. Im Rahmen der Finalisierung der Papiere sollte die EQK nun den Lead übernehmen.

2. Systemorientierte Handlungsfelder

2.1. HF Kultur

Wir unterstützen eine gelebte Sicherheitskultur und teilen die Auffassung, dass Kultur das Fundament von Qualität bildet. Jedoch so wie die Kultur in den Handlungsfeldern (K1 und K2) beschrieben wird, ist es zu kurzgefasst und kann so nicht funktionieren. Kultur muss sich bilden und kann nicht vom Bund Top-Down verordnet werden. Dass die Leistungserbringer für entsprechende Rahmenbedingungen zu sorgen haben (K2) ist schon fast anmassend, da hierfür die seit Jahren geforderten und wichtigen rechtlichen Rahmenbedingungen noch immer fehlen (vgl. Kommentar zu 4.1 Gesetzliche Grundlagen). Gerne verweisen wir erneut auf die [Position der Allianz Peer Review CH: Qualitätsentwicklung braucht geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen und bundeseinheitliche Vorgaben](#)).

Im Hinblick auf eine «Just Culture» (K3) ist die Annahme der Motion Humbel «Lernsysteme in Spitälern zur Vermeidung von Fehlern müssen geschützt werden» 12.2018: [18.4210](#) essenziell. Damit wird der Bundesrat beauftragt, «einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Bericht- und Lernsysteme in Spitälern wie CIRS-Systeme, Peer Reviews, Qualitätszirkel, klinische Audits und Momo-Konferenzen zu schaffen.». Die momentane Situation ist wegen der Unsicherheiten in allen Rechtsgebieten unbefriedigend und verunmöglicht eine Kultur, die sich positiv auf die Qualität der Leistungen und deren Weiterentwicklung auswirkt.

Dass Leistungserbringer über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem verfügen (K4) und sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen anschliessen, ist in der KVV im 12. Abschnitt unter Qualitätsanforderungen als Erfüllungskriterium aufgeführt (Art. 58g Buchs. b) und wird ebenso für die Beurteilung der Qualität der Einrichtung als Anforderung gelistet (Art. 58d Abs. 2 Buchs. c). Wir machen an dieser Stelle darauf aufmerksam, dass es in diesem KVV-Artikel um die *Qualität der Einrichtung* geht, und nicht etwa der Leistung), worauf sich fälschlicherweise die Strategie beschränkt (vgl. H+ Position zur Qualitätsstrategie, S. 2).

Die Kultur entwickelt sich aus den gelebten Grundsätzen aller Handlungsfelder und kann aus Sicht von H+ nicht in einem Handlungsfeld verordnet werden.

2.2. Handlungsfeld Governance (G)

Die Governance ist ein wichtiger Baustein für die systemische Entwicklung, Überwachung und den Anreizen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung. Eingriffe in die Spitalführung durch Top-Down Anordnungen des Bundes sind jedoch sehr befremdlich.

Nicht nachvollziehbar ist jedoch, wie die Anforderungen an die Vision, Strategie und Führung in den Qualitätsverträgen genannt werden sollen (G1). Die Unternehmensführung ist Sache der Spitäler und Kliniken selbst und kann nicht Top-Down verordnet oder von Dachverbänden vorgegeben werden.

G1 «Die Leadership für Qualität der Leistungen aller Akteure auf allen Ebenen des Systems wird verstärkt.» kann weder angenommen noch abgelehnt werden. Es sind noch zu viele offene Punkte, was damit gemeint wird.

G2 «Die Strategie wird umgesetzt» regelt einzig, dass das Strategiepapier gilt und ist aus unserer Sicht überflüssig. Sollte diese Formulierung beibehalten werden, schlagen wir vor folgende Formulierung zu verwenden:

Die Strategie wird auf allen Ebenen umgesetzt, operationalisiert und harmonisiert. Die Umsetzung der Strategie wird pro Ebene konkretisiert und auf die nationalen Institutionen für die Umsetzung auf Mesoebene übertragen. Alle Akteure, d.h. Bund, Kantone, EQK, Verbände und nationale Organisationen sollen ihre Massnahmen und Ziele in ihre Organisationen übernehmen und auf die Qualitätsziele und -strategie ausrichten. Operationalisiert bedeutet, dass die Umsetzung geplant und mit Verantwortlichkeiten auf den jeweiligen Ebenen festgelegt ist. Eine harmonisierte Umsetzung erfordert die Koordination und Konfliktfreiheit der Massnahmen auf allen Ebenen, bspw. Vorgaben in den Qualitätsverträgen sollten nicht mit den kantonalen Vorgaben kollidieren oder sich widersprechen.

G3 «In den leitenden Gremien auf allen Ebenen des Systems gibt es Personen, für die die Leistungen bestimmt sind.» ist vollkommen unverständlich, insbesondere welche Personen und welche Leistungen gemeint sind. Falls sich G3 auf die Patientenzentriertheit bezieht, überschneidet es sich mit PZ1.

Wie bereits erwähnt, ist die Anforderung, dass die Leistungserbringer ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem betreiben (G4) gesetzlich vorgesehen (Art. 58d KVV) und ebenfalls bereits Bestandteil des neuen Qualitätskonzepts bzw. Qualitätsvertrags.

2.3. Handlungsfeld Datengesteuerte Entscheidungsfindung (D)

Seit über zehn Jahren publiziert der ANQ die Ergebnisse der nationalen Messungen sowie das BAG Qualitätsindikatoren (z.B. Mortalitätsraten). Das von H+ und den Verbänden der Versicherer entwickelte neue Qualitätskonzept sieht u. a. eine Publikation vor, die spital- und themenbezogen den Stand der Qualitätsentwicklung im Spital dokumentiert und öffentlich zugänglich gemacht wird. Bevor ein Auftrag für den Aufbau eines nationalen Monitoring-Systems (D1) erteilt wird, sollte mit verschiedenen Kantonen sowie mit H+ Die Spitäler der Schweiz und dem ANQ das Gespräch gesucht werden, denn Monitorings sind bereits verschiedene umgesetzt. So können Doppelarbeiten und Parallelsysteme vermieden werden. Generell sollte hier der Fokus auf den Teilen der Wertschöpfungskette liegen, welche bisher nicht oder kaum Qualitätsinformationen zur Verfügung stellen (z.B. ambulante, niedergelassene Sektor).

D2: Es ist fraglich, ob die öffentliche Darstellung von unerwünschten Ereignissen der «Just Culture» gerecht wird. Dies hört sich eher nach einer «Blame Culture» an. Die Erfassung und Arbeit mit den Ergebnissen von PROMs und PREMs in den Spitälern ist grundsätzlich zu fördern. Es muss aber darauf geachtet werden, dass PROMs und PREMs hauptsächlich zum Zweck der Verbesserung der Behandlungsqualität erhoben werden und nicht rein für Monitoring oder Statistiken. Denn nur wenn Messungen aktiv in den Klinikalltag integriert werden, kann zeitnah auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen und Verbesserungen abgeleitet werden. Aufgrund vieler Einflussfaktoren und individueller Patientenbedürfnisse sind die Auswertung und Interpretationen von PROMs und PREMs auf nationaler Ebene stark eingeschränkt. Auswertungen und Interpretation sind mit entsprechender Vorsicht zu machen und dürfen nicht mit wissenschaftlichen Analysen verwechselt werden resp. als Beleg von Qualität verstanden werden. Entsprechend ist eine abschliessende Bewertung schlussendlich nur im Rahmen einer Einzelfallbesprechung möglich. Weiter möchte H+ daran erinnern, dass die Implementierung von PROMs und

PREMs mit hohen Implementierungs- und wiederkehrenden Kosten verbunden sind (vgl. Kommentar zu Kapitel 4.1 Gesetzliche Grundlagen, S. 4).

H+ begrüsst sehr, dass der Fokus darauf liegt, Doppelerfassungen zu vermeiden und dem Once Only-Prinzip nachzukommen (D3). In diesem Zusammenhang möchten wir allerdings festhalten, dass wir es als sehr störend einstufen, dass Spitäler im Zusammenhang mit Spitaldaten im Gesetz rein als Datenlieferanten und nicht als Datenempfänger definiert sind.

Schliesslich begrüsst H+ die Nutzung von Routinedaten. Es ist jedoch utopisch zu denken, dass Messdaten, welche für ein bestimmtes Ziel (z.B. Qualitätsverbesserung in den Spitälern) entwickelt und erhoben werden, für weitere Zwecke verwendet werden können. Hier ist Vorsicht geboten. Weiter sind entsprechende Machbarkeitsanalysen notwendig. Statistische Aussagen machen nur eine Aussage zur Qualität der Versorgung, wenn diese im vergleichbaren Umfeld analysiert wird (z. B. Mortalitätsrate in Spital versus Pflegeheim).

2.4. Handlungsfeld Implementierung (I)

Im neuen Konzept der Qualitätsentwicklung von den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer ist vorgesehen, dass die Leistungserbringer regelmässig den Umsetzungsstand ausweisen und diese Informationen übersichtlich sind.

Die formulierten Ziele im Handlungsfeld I1 und I3 sind keine Ziele, sondern eine KVG-Forderung. Wer dem KVG nicht gerecht wird, kann in der OKP nicht abrechnen. Störend ist, dass das was im KVG steht, grundsätzlich nur für die OKP gilt, was aber im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung realitätsfremd ist, da die Qualität darüber hinausgeht (vgl. Kommentar zur 5.1 Geltungsbereich, S. 5).

Das Konzept zum neuen Qualitätsvertrag sieht vor, dass anerkannte Verbesserungsmassnahmen und Programme zur Qualitätsentwicklung eingesetzt und dabei die Implementierung des PDCA-Kreises und die Durchdringung im ganzen Betrieb bewertet werden. Für den Ausweis der Wirkung der nationalen Programme (I2) sowie der Verbesserungsmassnahmen müssen noch spezifische Indikatoren entwickelt werden, da es solche heute nicht gibt.

3. Leistungsorientierte Handlungsfelder

3.1. Handlungsfeld Patientenzentriertheit (PZ)

H+ unterstützen die vorgeschlagenen Ziele für ein patientenorientiertes System und begrüsst eine Messung zur Patientenzentriertheit. Diese muss jedoch nicht zwingend national vergleichbar sein, sondern dem Spital vor allem zeigen, wo es in der Implementierung steht (Outcome) – und zwar nicht zwingend gegenüber dem Spitalkollektiv, sondern gegenüber dem Ziel «Patientenzentriertheit» – und wo es sich verbessern kann. Hier muss auch darauf geachtet werden, dass der stationäre und ambulante Bereich abgestimmt wird und die Patientenzentriertheit über die Schnittstellen hinweg funktioniert.

Kinder und Jugendliche und die besonderen Fragstellungen bei dieser Patientengruppe sollten hier Erwähnung finden. Zum einen im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen bei den jungen Patienten in den verschiedenen Altersgruppen und zum anderen auch im Hinblick auf Stellvertretungsfragen, da die Eltern oder andere Betreuungspersonen für die Stimme des Kindes bei Befragungen sorgen.

PZ2: Der «patient centered management approach» ist bereits im Denken der Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden verankert. Hier kann auf Bestehenden aufgebaut werden.

PZ3 ist nicht wirklich ein visionäres Ziel. Des Weiteren versteht man das Ziel zwar, es ist allerdings schwer zu fassen. Entsprechend ist die anzustrebende Ausrichtung der Q-Verträge nicht nachvollziehbar. Weiter ortet H+ in diesem Handlungsfeld Schnittmengen mit der Rolle der Kantone, da diese für die Versorgungssicherheit und Spitalplanung zuständig sind.

3.2. Handlungsfeld Patientensicherheit (PS)

Grundsätzlich gehen wir einig mit der Reduktion von unerwünschten Ereignissen.

Nationale Programme und Q-Verbesserungsmassnahmen müssen u. a. auf Evidenz basieren, bevor sie von den Vertragspartnern anerkannt und von den Spitälern umgesetzt werden. Jede Implementierung zieht schliesslich initiale und wiederkehrende Kosten mit sich. Weiter ist an dieser Stelle daran zu erinnern, dass es nicht nur DIE Verbesserungsmassnahme gibt. Den Spitälern muss ein Wahlrecht bezüglich optimalen Verbesserungsmassnahmen gewährt werden unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Unternehmenskulturen.

Die Beispiele unter PS1 sind willkommen, da sie Klarheit bringen. Bei PS2 werden Aktivitäten verlangt, welche erst noch definiert werden müssen. Interprofessionelle Teamarbeit ist notwendig und sinnvoll; dies ist nicht nur im stationären Bereich notwendig, sondern auch für die ambulante Medizin anzuwenden. Unklar ist, wie ein Risiko-Management (RM)-Prozess (PS3) aussieht, mit dem auf nationaler Ebene die Gefahren identifiziert sowie die Patientenrisiken analysiert und bewertet werden. Das Ziel und der noch unklare RM-Prozess sollte nicht zur Selbstbeschäftigung und übermässiger Datenlieferung führen; Risikomanagement-Aktivitäten müssen zwingend, wie z.B. Schutzmaterialien bei COVID, besser koordiniert werden.

3.3. Handlungsfeld Nutzen für die Patientin (NP)

Die Leistungserbringer wenden bereits heute Best Practices konsequent, systematisch und nachhaltig an und passen ihre Prozesse entsprechend an. NP1 soll umformuliert werden zu: LE verbessern ihre Indikationsqualität. Denn NP1, so wie aktuell formuliert, erfüllen die Spitäler bereits. Massnahmen, die zu einer weiteren Verbesserung der Indikationsqualität führen sollen, sind ebenfalls bereits im Qualitätsvertrag vorgesehen. Auch hier ist ein Fokus auf den Teil der Wertschöpfungskette zu legen, welche bisher nicht oder kaum Qualitätsinformationen zur Verfügung stellen (z.B. ambulante, niedergelassene Sektor). Die Abstimmung der Schnittstellen (ambulant/stationär) für eine Verbesserung der Indikationsqualität ist unerlässlich.

4 Vierjahresziele 2022–2024 auf einen Blick

Die tabellarische Abbildung der Ziele mit entsprechenden Indikatoren und Messungen trägt zum Verständnis bei und unterstützt bei fortführenden Überlegungen die Erarbeitung der neuen Qualitätsverträge. Die aufgeführten Messungen werfen aber auch viele Fragen auf, u. a. wer die Umfrage zur Kultur etc. durchführt. Hier ist dringend das Wissen von etablierten und erfahrenen Organisationen zu nutzen, Beispielsweise ANQ und Patientensicherheit Schweiz.

H+ fordert das BAG auf, die Strategie wie auch bei den Zielsetzungen zu überarbeiten und im innovativen Sinne nachzubessern, damit das Ganze dynamisch und für alle Beteiligten gewinnbringend in der Praxis umgesetzt werden kann.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Anne Bütikofer
Direktorin