



Bern, Stand 25.06.2021

---

## **Qualitätsstrategie**

Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

---

**Entwurf zur Konsultation**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Qualitätsstrategie auf einen Blick</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>4</b>
1.1 Ausgangslage .....	4
1.2 Erarbeitungsprozess .....	5
<b>2 Stand der Qualität in der Schweiz</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Kontext</b> .....	<b>9</b>
3.1 Internationale Strukturen und Aktivitäten .....	9
3.2 Nationale Einbettung der Qualitätsstrategie.....	11
<b>4 Grundlagen</b> .....	<b>17</b>
4.1 Gesetzliche Grundlagen.....	17
4.2 Standards.....	21
4.3 Qualität der Leistungen .....	21
4.4 Qualitätsentwicklung .....	23
<b>5 Geltungsbereich und Policy</b> .....	<b>24</b>
5.1 Geltungsbereich der Strategie.....	24
5.2 Vision für die Qualität der Leistungen .....	25
5.3 Mission.....	25
5.4 Oberziele .....	25
<b>6 Handlungsfelder HF</b> .....	<b>26</b>
6.1 HF Kultur.....	26
6.2 HF Governance .....	28
6.3 HF Datengesteuerte Entscheidungsfindung.....	30
6.4 HF Implementierung .....	32
6.5 HF Patientenzentriertheit .....	33
6.6 HF Patientensicherheit .....	36
6.7 HF Nutzen für den Patienten.....	38
<b>7 Umsetzung der Strategie</b> .....	<b>41</b>
<b>8 Glossar</b> .....	<b>43</b>

**Zusammenfassung und Glossar folgen.**

**Qualitätsstrategie auf einen Blick**

ENTWURF

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Der Ende 1999 erschienene Bericht «To err is human»<sup>1</sup> brachte das Ausmass der Patientensicherheitsproblematik in das internationale Bewusstsein. In der Schweiz reagierte der Bund rasch darauf und setzte eine Taskforce ein. Dies führte 2003 zur Gründung der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Gestützt auf die Motion 04.3624 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) «Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Gesundheitswesen» sowie auf die Empfehlungen der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (GPK-S) vom 13. November 2007 entwickelte das BAG 2008 zusammen mit externen Expertinnen und Experten eine Qualitätsstrategie. Im Jahr 2009 verabschiedete der Bundesrat diese Qualitätsstrategie<sup>2</sup>, die im Bericht vom 25. Mai 2011<sup>3</sup> durch ein Umsetzungskonzept ergänzt wurde. Der Bundesrat beauftragte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), gesetzliche Grundlagen für ein nationales Zentrum für Qualität<sup>4</sup> in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorzubereiten. Für die Übergangsphase bis zur Inkraftsetzung der gesetzlichen Grundlagen wurde ein erstes nationales Patientensicherheitsprogramm ausgearbeitet und im Umsetzungskonzept des Berichts bei den Sofortmassnahmen priorisiert.

Bundesrat und Parlament vertraten bei der Behandlung der Motion 04.3624 der SGK-N «Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Gesundheitswesen» die Auffassung, das weitgehende Delegieren der Kompetenz des Bundesrats an die Tarifpartner in den vergangenen Jahren habe sich für das Festlegen geeigneter Massnahmen zur Qualitätssicherung als wenig wirksam erwiesen.

Um die Qualität der erbrachten Leistungen zu sichern und zu fördern, die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern und die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu dämpfen, sollte der bestehende Artikel 58 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>5</sup> über die Krankenversicherung (KVG) geändert und erweitert werden. Die Botschaft für eine entsprechende Teilrevision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wurde vom Bundesrat am 4. Dezember 2015 verabschiedet.

Am 21. Juni 2019 beschlossen die Eidgenössischen Räte die Änderung des KVG betreffend Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.<sup>6</sup> Mit den neuen Bestimmungen des KVG soll eine systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität der Leistungen erreicht werden. Als zentrale Bestimmung beauftragt Artikel 58 KVG den Bundesrat alle vier Jahre die zu erreichenden Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen. Als Grundlage für die Festlegung dieser Ziele und eines Rahmens sowie zur Auftragsklärung bedarf es einer Strategie. Die vorliegende Qualitätsstrategie des Bundesrates aktualisiert diejenige aus dem Jahre 2009. Durch den breiten Fokus der Strategie 2009 konnte das Thema Qualität umfassend diskutiert und insbesondere strukturell vorangebracht werden. Die neue Qualitätsstrategie hingegen deckt nicht mehr dieselbe thematische Breite in Bezug auf die Qualität im Schweizerischen Gesundheitswesen ab. Einige der damals in den Aktionsfeldern Bildung, Forschung sowie Einbezug von Patienten und Bevölkerung angesprochenen Handlungsoptionen sind nicht mehr Gegenstand der vorliegenden Strategie. Im Einklang mit den neuen gesetzlichen Grundlagen steht bei der vorliegenden Qualitätsstrategie die Qualität der Leistungen im Fokus. Bei der Umsetzung steht der Nutzen der Qualitätsentwicklung für die versicherten Personen und die Versichertengemeinschaft der OKP stets im Zentrum.

<sup>1</sup> Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson, M. S. (Hrsg.) (2000). To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine (IOM). Washington, DC: National Academies Press.

<sup>2</sup> Die Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung.

<sup>3</sup> Der Bericht zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung.

<sup>4</sup> BBl 2016 257

<sup>5</sup> SR 832.10

<sup>6</sup> BBl 2019 4469

Am 6. Dezember 2019 hat der Bundesrat mit der Gesamtstrategie Gesundheit2030 zudem eine neue Oberstrategie erlassen. Diese baut auf den Arbeiten von Gesundheit2020 auf und setzt neue Schwerpunkte in der Gesundheitspolitik. Einer dieser Schwerpunkte besteht darin, die Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Aufgrund der Gesundheit2020 hat der Bund bereits verschiedene nationale Strategien und Programme initiiert, die sich an den gesundheitspolitischen Prioritäten orientieren und ihre Umsetzung unterstützen sollen. Die vorliegende Qualitätsstrategie stützt sich auf die Gesundheit2030 und ergänzt die bereits bestehenden nationalen Strategien des Bundesrates. Die Schnittstellen und Abgrenzungen werden in Kapitel 3.2 genauer aufgezeigt.

## 1.2 Erarbeitungsprozess

Für die Weiterentwicklung, Aktualisierung und Konkretisierung der Qualitätsstrategie von 2009 standen das Lernen aus der guten Praxis sowie die Schaffung der notwendigen Grundlagen für ein zielgerichtetes und national koordiniertes Vorgehen im Zentrum.

Die vorliegende Strategie baut auf den Erkenntnissen des im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellten und im November 2019 veröffentlichten nationalen Berichtes «Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens»<sup>7</sup>, im Folgenden nationaler Bericht genannt, und des kürzlich publizierten OECD-Berichts zur Governance<sup>8</sup> «System governance towards improved patient safety» auf. Es galt an die Grundlagen aus den Jahren 2009 und 2011 sowie an Bewährtes aus dem In- und Ausland anzuknüpfen. Dafür wurden nebst internationalen und nationalen Experten auch die relevanten Akteure der Qualitätsstrategie – nebst den Bundesbehörden insbesondere Kantone, Versicherer, Leistungserbringer, Fachorganisationen, Konsumenten- sowie Patientenorganisationen – zu verschiedenen Zeitpunkten konsultiert. Gleichzeitig hat die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) im Auftrag des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung BAG Gespräche geführt, um die Erwartungen der Patienten und Patientinnen an die Qualität der Leistungen zu verstehen. Ein Hauptergebnis des Berichtes «Quality through patients' eyes»<sup>9</sup> betrifft die Art und Weise im Umgang damit, dass Patientinnen und Patienten einerseits sowie Fachpersonen andererseits nicht über denselben Informationsstand verfügen.

Die Akteure haben unterschiedliche Interessen und Erwartungen an Ziele zur Qualitätsentwicklung. Nicht nur ihre Ressourcen, welche sie in Bezug auf die Qualitätsentwicklung mitbringen, sondern auch ihre Betroffenheit von der Qualitätsstrategie und den angestrebten Ergebnissen unterscheiden sich stark. Dennoch ergab die Konsultation folgende Übereinstimmungen:

- Dreifachziel (Triple Aim)<sup>10</sup>:
  - Gesundheit der Bevölkerung (Public Health)
  - Qualität der Behandlung und Pflege am einzelnen Patienten (Individualmedizin)
  - verantwortungsvoller Umgang mit den Ressourcen (Nachhaltigkeit)
- Notwendigkeit eines verstärkten Einbezugs der Patientinnen (Beteiligung an Entscheidungsfindung, Behandlung und Pflege, Leistungserbringung, Projekten usw.)
- Notwendigkeit der Entwicklung der Patient Reported Experience Measures (PREMs) und der Patient Reported Outcome Measures (PROMs), um die Leistungen hinsichtlich der Übereinstimmung mit den Präferenzen, Bedürfnissen und Werten der Patientinnen und Patienten zu prüfen und zu verbessern
- Elemente, welche die Qualität der Leistungen kennzeichnen: Sicherheit, Nutzen für den Patienten, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit, Effizienz, Chancengleichheit und Integration

<sup>7</sup> Der Bericht ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung.

<sup>8</sup> Der Bericht ist abrufbar unter: [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org) > Papers > OECD Health Working Papers > System governance towards improved patient safety.

<sup>9</sup> Der Bericht ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung.

<sup>10</sup> Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, health, and cost. Health Affairs. Mai/Juni;27(3). Seiten 759-769.

## Qualitätsstrategie

- Bedeutung der Entwicklung von praktisch anwendbaren Indikatoren, d.h. von Indikatoren, die zu Verbesserungsmassnahmen führen können

Vor der Verabschiedung der vorliegenden Qualitätsstrategie durch den Bundesrat im Dezember 2021 führte das BAG von Juni bis August 2021 eine Konsultation bei den interessierten Organisationen und Akteuren durch. Ausserdem wurde sie der Eidgenössischen Qualitätskommission zur Stellungnahme vorgelegt.

ENTWURF

## 2 Stand der Qualität in der Schweiz

Der Stand der Dinge in Bezug auf die Qualität basiert auf dem nationalen Bericht<sup>11</sup> sowie den durchgeführten Konsultationen der relevanten Akteure. Der folgende Abschnitt ist eine Zusammenfassung.

Unter den internationalen Vergleichsstudien zur Qualität der Leistungen und der Patientensicherheit weisen einige Studien für die Schweiz eine bessere Leistung (Performance) als in vergleichbaren Ländern auf, andere zeigen das Gegenteil.<sup>12</sup> In der Schweiz liegen für Vergleiche erforderliche Daten oft nicht auf nationaler Ebene vor. Verschiedenen Studien zufolge erleben auf internationaler Ebene rund 10 Prozent der Patientinnen und Patienten bei einem Spitalaufenthalt ein unerwünschtes Ereignis. In der Schweiz ergab die nur in einer Einrichtung der Leistungserbringung durchgeführte und somit einzige dazu vorliegende Studie, dass 12,3 Prozent von einem unerwünschten Ereignis betroffen sind. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sind nationale Indikatoren sehr spärlich.<sup>13</sup> Im stationären Bereich verfügt der somatische über die grösste Datenmenge. Am wenigsten Daten liegen im ambulanten Bereich zur psychischen Gesundheit vor. Es entsteht der Eindruck, dass die Qualität in der Schweiz weder besser noch schlechter ist als in vergleichbaren Ländern, obschon das System teurer ist.<sup>14</sup>

Es wurden zahlreiche Qualitätsinitiativen von Fachpersonen, Institutionen, Regionen und auf Qualität spezialisierten Gremien lanciert. Viele dieser Initiativen sind jedoch von geringer Tragweite, und ihre Nachhaltigkeit ist oft nicht erwiesen.<sup>15</sup> Die nationalen Pilotprogramme Progress sind ein Beispiel für Initiativen mit erheblichem Potenzial, auch wenn ihre Reichweite bisher relativ bescheiden geblieben ist.<sup>16</sup> Es gibt kaum institutionelle Leistungserbringer, die nicht über einen entsprechenden Qualitätsansatz verfügen. Nur wenige hingegen sehen diesen als echte langfristige und strategische Priorität.<sup>17</sup>

Der nationale Bericht zeigt, dass zu wenig in die für die Qualität und Patientensicherheit erforderlichen Rahmenbedingungen investiert wird.<sup>18</sup> Doch genau diese Bedingungen fördern oder erschweren die Initiativen, begünstigen oder verhindern ihren Erfolg und sorgen für nachhaltige oder kurzlebige Ergebnisse. Ihre Weiterentwicklung würde die Reichweite neuer nationaler Programme zur Qualitätsentwicklung vergrössern. Eine dieser Rahmenbedingungen ist die Stellung, die den Patienten eingeräumt wird. Gemäss den von der Schweizerischen Patientenorganisation geführten Gesprächen<sup>19</sup> wollen Patientinnen ernst genommen und nicht als Objekt der Behandlung und Pflege, sondern als Subjekt wahrgenommen werden. Je chronischer oder unklassifizierbarer die Erkrankung, desto wichtiger ist ihnen der psychosoziale Aspekt. Eine fehlende berufsübergreifende Zusammenarbeit und die Fragmentierung der Patientenprozesse durch die Spezialisierung der Medizin sind ihrer Meinung nach problematisch und sollten angegangen werden. Weitere zu optimierende Rahmenbedingungen sind eine Kultur der Qualitätsverbesserung, die Beteiligung der Frontmitarbeitenden in Verbesserungsinitiativen, die Unterstützung aller an einem Vorkommnis Involvierten und die Meldung unerwünschter Ereignisse an die Betroffenen. In den Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogrammen der verschiedenen Berufszweige wird das Thema Qualität noch wenig behandelt. Dasselbe gilt für die Schulung von Führungskräften und Leitungsorganen. Die konsultierten Akteure stellen fest, dass die Interprofessionalität und die Bildung auf allen Ebenen weiterentwickelt werden müssen.

<sup>11</sup> Vincent, Ch., Staines A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<sup>12</sup> Ebd. Seite 24f.

<sup>13</sup> Ebd. Seite 25.

<sup>14</sup> Ebd.

<sup>15</sup> Ebd. Seite 33.

<sup>16</sup> Stiftung Patientensicherheit. [Nationale Pilotprogramme für Patientensicherheit](https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/). Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/>.

<sup>17</sup> Vincent, Ch., Staines A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Seite 34.

<sup>18</sup> Ebd. Seite 49.

<sup>19</sup> Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.

## Qualitätsstrategie

Sowohl dem nationalen Bericht als auch dem OECD-Bericht<sup>20</sup> zufolge sind eine stärkere Governance und Führung erforderlich, um die Fähigkeiten zur Verbesserung der Qualität auf allen Ebenen des Systems weiterzuentwickeln und diesen Fragen dieselbe Priorität wie in anderen Ländern einzuräumen. Der OECD-Bericht stuft die Schweiz betreffend nationalen Governance-Strukturen und -Funktionen für die Patientensicherheit als Schlusslicht unter den OECD-Ländern ein. Die Verwaltungsräte von Einrichtungen der Leistungserbringung befassen sich noch nicht ausreichend mit den Aspekten der Qualität.

---

<sup>20</sup> Aarssen, A., Saar, K., Klazinga, N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. Paris: OECD Publishing.



## 3 Kontext

### 3.1 Internationale Strukturen und Aktivitäten

Der Beginn des 21. Jahrhunderts ist international durch eine starke Entwicklung von Forschung, Publikationen, Projekten und Know-how im Bereich der Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen geprägt.

#### Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Qualität der Versorgung und deren Dimensionen definiert.<sup>21</sup> Mit der Resolution WHA69.11<sup>22</sup> der Generalversammlung 2016 hat sie ein nachhaltiges Entwicklungsprogramm (WHA72.12) gefördert. Mit einer globalen Initiative hat die WHO die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von Qualitätsstrategien unterstützt.<sup>23</sup> Ein Verbesserungsschwerpunkt war 2016 ein Aktionsrahmen für patientenzentrierte und integrierte Behandlung und Pflege.<sup>24</sup> 2019 schlug die WHO gemeinsam mit der OECD und der Weltbank eine Reihe von Massnahmen für die Versorgungsqualität vor.<sup>25</sup>

Die WHO hat sich schon früh mit Patientensicherheit befasst und 2002 die Resolution WHA55.18<sup>26</sup> zuhanden der Mitgliedstaaten verabschiedet. Dies führte zur Gründung der Weltallianz für Patientensicherheit und einem Programm zur Verbesserung der Patientensicherheit mit drei *Global Patient Safety Challenges*. Bei der ersten dieser globalen Herausforderungen ging es mit «Clean Care is Safer Care»<sup>27</sup> um therapieassoziierte Infektionen, bei der zweiten mit «Safe Surgery Saves Lives»<sup>28</sup> um eine Checkliste für sichere Chirurgie und bei der dritten «Medication without Harm» schliesslich um eine sichere Medikation<sup>29</sup>.

Die WHO stellt Best Practices für die Meldung, Analyse und Klassifikation von Zwischenfällen und organisationales Lernen bereit. 2005 gab die Weltallianz für Patientensicherheit ihre Empfehlungen zum Thema ab.<sup>30</sup> 2009 entstand die internationale Klassifikation für Patientensicherheit.<sup>31</sup> 2020 wurde der vollständig aktualisierte Bericht über das Melden von Vorkommnissen und das Lernen daraus veröffentlicht.<sup>32</sup> Ein 2011 herausgegebener multiprofessioneller Bildungsleitfaden für Patientensicherheit<sup>33</sup> soll die Schulung zum Thema in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen unterstützen.

2015 initiierten die Gesundheitsministerien Grossbritanniens und Deutschlands globale Gipfeltreffen zum Thema Patientensicherheit, um eine Plattform für den Austausch zwischen Fachpersonen und Ministern zu schaffen sowie die Zusammenarbeit unter den Ländern zu fördern. Mit der Resolution

<sup>21</sup> WHO. Quality health services. Abrufbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

<sup>22</sup> WHO, 69<sup>th</sup> World Health Assembly, WHA69.11 resolution, 28. Mai 2016. Abrufbar unter: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R11-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R11-en.pdf).

<sup>23</sup> WHO. National quality policy and strategy. Abrufbar unter: <https://www.who.int/sericedeliverysafety/areas/qhc/nqps/en/>.

<sup>24</sup> WHO. Framework on integrated people-centred health services. Abrufbar unter: <https://www.who.int/sericedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>.

<sup>25</sup> WHO, OECD und Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. (2019). Delivering Quality Health Services: A Global Imperative. Abrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>.

<sup>26</sup> WHO World Health Assembly, Resolution WHA55.18. 18. Mai 2002. Abrufbar unter: [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1&ua=1](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1&ua=1).

<sup>27</sup> WHO. The First Global Patient Safety Challenge: «Clean Care is Safer Care». Abrufbar unter: [https://www.who.int/gpsc/clean\\_care\\_is\\_safer\\_care/en/](https://www.who.int/gpsc/clean_care_is_safer_care/en/).

<sup>28</sup> WHO. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Abrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70080>

<sup>29</sup> WHO. Medication Without Harm. Abrufbar unter: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.

<sup>30</sup> WHO (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action (No. WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). World Health Organization. Abrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>.

<sup>31</sup> WHO (2009). The conceptual framework for the international classification for patient safety (ICPS). Genf: WHO. Abrufbar unter: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>.

<sup>32</sup> WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance, 2020. Abrufbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>.

<sup>33</sup> WHO (2011). Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. Abrufbar unter: [https://www.who.int/patientsafety/education/mp\\_curriculum\\_guide/en/](https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/).

WHA72.6<sup>34</sup> forderte die WHO 2019 die Mitgliedstaaten auf, Patientensicherheit als Priorität ihrer Gesundheitspolitik anzuerkennen. Die Resolution führte zu einem globalen Aktionsplan für Patientensicherheit<sup>35</sup> mit Empfehlungen an alle Beteiligten. Mit der Resolution wurde auch der Weltaktionstag «World Patient Safety Day» eingeführt.

### **Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)**

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in Europa setzt sich für eine sichere, wirksame und bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung ein. Sie verfügt über einen 2006 entwickelten Rahmen für die Qualität der Versorgung.<sup>36</sup> Auf diesem Rahmen beruhen die OECD-Qualitätsindikatoren.<sup>37</sup> Die OECD hat Partnerschaften mit anderen internationalen Organisationen aufgebaut, insbesondere der WHO. Bei jedem globalen Ministertreffen zur Patientensicherheit hat die OECD einen Bericht zum Thema vorgelegt.<sup>38</sup>

Am Treffen 2017 in Paris gaben die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten Empfehlungen zur Governance der Gesundheitsdaten<sup>39</sup> ab und lancierten das Projekt PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*) für das Generieren von Indikatoren zu Erfahrungen und Berichten von Patienten über ihre Gesundheitsergebnisse.<sup>40</sup>

### **Europäische Gremien**

Zur Patientensicherheit gingen schon mehrfach Empfehlungen europäischer Gremien an die Staaten: 2005 gab die Europäische Kommission die Luxemburg-Deklaration<sup>41</sup> heraus. 2006 veröffentlichte das Ministerkomitee des Europarats eine Empfehlung, die auch die Prävention von unerwünschten Ereignissen in der Gesundheitsversorgung<sup>42</sup> betraf. 2009 publizierte der EU-Rat Empfehlungen zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen.<sup>43</sup>

Beim 2005–2007 durchgeführten Projekt *Safety Improvement for Patients in Europe* (SIMPATIE) wurden Indikatoren, Instrumente und ein gemeinsames Vokabular erarbeitet.<sup>44</sup> Das europäische Netzwerk EUNetPas<sup>45</sup> hat zwischen 2008 und 2010 verschiedene Empfehlungen an die Mitgliedstaaten abgegeben und Umsetzungshilfen bereitgestellt.

Weitere Empfehlungen veröffentlicht auch das *European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare* (EDQM) des Europarates, welches, hauptsächlich im Heilmittelbereich, Programme zu Themen der öffentlichen Gesundheit in Europa koordiniert und Referenzstandards erarbeitet.<sup>46</sup> Die Schweiz ist unter anderem in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Heilmittelversorgung involviert.

<sup>34</sup> WHO World Health Assembly, Global action on patient safety, WHA72.6. 28. Mai 2019. Abrufbar unter: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf).

<sup>35</sup> WHO (2021). Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Third draft 2021. Abrufbar unter: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030\\_third-draft\\_january-2021\\_web.pdf?sfvrsn=6767dc05\\_13](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_13).

<sup>36</sup> Kelley, E., J. Hurst (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. Arbeitsdokument der OECD über Gesundheit, n° 23, Editions. Paris. Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1787/440134737301>.

<sup>37</sup> OECD. Health Care Quality Framework. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/health-care-quality-framework.htm>

<sup>38</sup> OECD. Patient Safety. Abrufbar unter: <http://www.oecd.org/health/patient-safety.htm>

<sup>39</sup> OECD. Recommendation of the Council on Health Data Governance, OECD/LEGAL/0433. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendation-of-OECD-Council-on-Health-Data-Governance-Booklet.pdf>

<sup>40</sup> OECD. Patient Reported Indicator Surveys. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/health/paris/>.

<sup>41</sup> European Commission, DG Health and Consumer Protection, Luxembourg Declaration on Patient Safety, April 2005. Abrufbar unter: [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf).

<sup>42</sup> Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care, May 24 2006.

<sup>43</sup> Amtsblatt der Europäischen Union, Empfehlung (2009/C 151/01) des Rates vom 9. Juni 2009 zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen. Abrufbar unter: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en).

<sup>44</sup> European Hospital and Healthcare Federation. Safety Improvement for Patients in Europe. Abrufbar unter: [https://hope.be/EU\\_Projects/safety-improvement/](https://hope.be/EU_Projects/safety-improvement/).

<sup>45</sup> European Hospital and Healthcare Federation. European Union Network for Patient Safety. Abrufbar unter: [https://hope.be/EU\\_Projects/european-union-network-for-patient-safety/](https://hope.be/EU_Projects/european-union-network-for-patient-safety/).

<sup>46</sup> European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM). Abrufbar unter: <https://www.edqm.eu/en>.

### **Andere internationale Aktivitäten, Institutionen und Netzwerke**

Der *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua) gehören Personen und Institutionen an, die sich für die Förderung der Qualität im Gesundheitswesen einsetzen. Verschiedene Organisationen und Netzwerke fördern die patientenzentrierte Behandlung und Pflege. Dazu gehören das *Institute for Patient and Family Centered Care*, *Planetree*, das internationale Netzwerk *What matters to you?* sowie das *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), welches das Potenzial der «value-based healthcare» durch die Entwicklung von Indikatoren-Sets basierend auf den Erwartungen der Patienten und Patientinnen fördern will. Das *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), eine amerikanische Organisation mit internationalem Einfluss, hat Konzepte und Instrumente zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen entwickelt.

## **3.2 Nationale Einbettung der Qualitätsstrategie**

Im Zentrum der Qualitätsstrategie steht die Qualität der Leistungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diese wird aber natürlich nicht einzig durch die vorliegende Qualitätsstrategie beeinflusst, sondern auch durch verschiedene weitere Strategien im Bereich der Gesundheitspolitik und weit darüber hinaus (Bildungspolitik, Forschung, Finanzpolitik, etc). Die vorliegende Strategie ist daher in eine Reihe von Strategien eingebettet, welche die Qualität der Leistungen ebenfalls beeinflussen. Ein spezielles Augenmerk ist auf die folgenden gesundheitspolitischen Strategien zu richten, bei denen es verschiedene Überschneidungen und Berührungspunkte gibt.

### **Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030: Gesundheit2030**

Der Bundesrat hat im Dezember 2019 die Strategie Gesundheit2020 durch die Strategie Gesundheit2030<sup>47</sup> verlängert und ergänzt. Sie dient allen Akteuren als Orientierungsrahmen. Auch die Qualitätsstrategie hat sich an diesen gesundheitspolitischen Prioritäten zu orientieren und soll ihre Umsetzung unterstützen. In der Vision der Gesundheit2030 hält der Bundesrat fest, dass die Menschen in der Schweiz unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status von einem qualitativ hochwertigen Gesundheitssystem profitieren sollen. Er hat als übergeordnetes Handlungsfeld die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität im gesamten Gesundheitssystem definiert.

Die Gesundheit2030 richtet dabei einen Fokus auf die Steigerung der Qualität bei gleichzeitiger Kostendämpfung. Durch gezielte Anreize soll sich die Koordination unter den Leistungserbringern verbessern. Zudem sollen die Entschädigungssysteme soweit möglich auf dem Erfolg der Behandlungen und nicht auf der Anzahl durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsschritte beruhen.<sup>48</sup> Die Qualität der medizinischen Behandlungen soll stetig und gezielt verbessert werden. Der Fokus liegt bei der Behandlung der multimorbiden Patientinnen und Patienten, weil diese am ehesten von Über-, Unter- und Fehlversorgung betroffen sein können.<sup>49</sup> Die Massnahmen erfordern das konkrete Mitwirken der Kantone. Auch die zentralen Akteure, Versicherer, Leistungserbringer sowie die Versicherten sind in ihrer Verantwortung gefordert.

Verschiedene dieser Aktivitäten weisen einen starken Bezug zur Qualitätsstrategie auf. Sie strebt nach der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen. Eine gute Koordination und der Einbezug des qualitätsbezogenen Fachwissens und des technischen Know-hows wird insbesondere bei den nachfolgend aufgeführten nationalen Gesundheitsstrategien angestrebt.

<sup>47</sup> Die Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030 ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Gesundheit2030.

<sup>48</sup> Ebd. Seite 24.

<sup>49</sup> Ebd.

### **Nationale Gesundheitsstrategien**

Die *Strategie eHealth Schweiz 2.0*<sup>50</sup> von eHealth Suisse, Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen, ist das Ergebnis verschiedener parlamentarischer Vorstösse.<sup>51</sup> Sie wurde vom Bund und den Kantonen gemeinsam erarbeitet.<sup>52</sup> Sie löst die Strategie eHealth, die von 2007 bis 2015 bestand, ab und läuft bis 2022. Das Handlungsinstrument der Strategie eHealth Schweiz 2.0 ist das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG). Diese Strategie will die Koordination der Digitalisierung rund um das elektronische Patientendossier beschleunigen und seine Verbreitung vorantreiben. Zudem sollen die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden (Art. 1 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das Elektronische Patientendossier [EPDG; SR 816.1]). Überschneidungen zwischen der Strategie eHealth Schweiz 2.0 und der Qualitätsstrategie gibt es im Bereich folgender Handlungsfelder: Patientenzentriertheit, Patientensicherheit, Nutzen für den Patienten, Governance und Implementierung.

Die *ationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (NOSO)* wurde auf der Basis des revidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR. 818.101) vom BAG erarbeitet.<sup>53</sup> Diese Strategie entstand in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen, H+, CURAVIVA, Experten von Swissnoso und mit Fachgesellschaften sowie mit weiteren wichtigen Akteuren. Der Bundesrat verabschiedete sie im März 2016. Die Strategie NOSO wird vom Bund und den Kantonen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten umgesetzt. Die gesetzliche Grundlage bildet Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b EpG. Die Strategie NOSO will die Anzahl der therapieassoziierten Infektionen (Healthcare-Associated Infections (HAI)) reduzieren und die Ausbreitung von potenziell gefährlichen Erregern in Spitälern und Pflegeheimen verhindern. Damit wird Folgendes erreicht: die Sicherheit der Patientinnen und Patienten in Spitälern, der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sowie des Personals wird erhöht, der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung wird verbessert, ein Beitrag zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Schweiz wird geleistet und die Folgekosten werden vermindert. Da die Strategie NOSO auf die Patientinnen und Patienten in Spitälern und auf die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen fokussiert, gibt es in diesem Bereich Überschneidungen mit der Qualitätsstrategie. Dies in den folgenden Handlungsfeldern: Patientensicherheit, Nutzen für den Patienten, Kultur, Governance, datengesteuerte Entscheidungsfindung und Implementierung.

Die *Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR)* wurde im Auftrag der Bundesräte Alain Berset und Johann Schneider-Ammann initiiert. Der Bundesrat verabschiedete die Strategie am 18. November 2015. Die Federführung der StAR liegt beim BAG. Die Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Kantonen und weiteren Partnern aus den entsprechenden Bereichen. Die StAR stützt sich auf Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b EpG und auf Artikel 187d des Bundesgesetzes über die Landwirtschaft vom 29. April 1998 (Landwirtschaftsgesetz (LwG); SR 910.1). Die StAR hat zum Ziel, die Wirksamkeit von Antibiotika langfristig sicherzustellen und die Antibiotikaresistenzbildung einzudämmen.<sup>54</sup> Die zuständigen Bundesämter, die Kantone sowie die Partner aus den Bereichen Mensch, Tier, Landwirtschaft und Umwelt werden bei der Erarbeitung und Umsetzung der Strategie miteinbezogen. Die Strategie legt für die Human- und Tiermedizin sowie für die Landwirtschaft und die Umwelt übergreifende Ziele fest. Sie beschreibt Massnahmen in acht strategischen Handlungsfeldern: Überwachung, Prävention, sachgemäßer Einsatz von Antibiotika, Resistenzbekämpfung, Forschung und Entwicklung, Kooperation, Informa-

<sup>50</sup> Strategie eHealth Schweiz. Abrufbar unter: <https://www.e-health-suisse.ch/politik-recht/strategische-grundlagen/strategie-ehealth-schweiz.html>.

<sup>51</sup> Am 18. Juni 2010 wurde das nachfolgend im Wortlaut wiedergegebene Postulat von Nationalrätin Humbel zum Thema „Umsetzung der E-Health-Strategie“ auf Antrag des Bundesrats im Nationalrat angenommen.

<sup>52</sup> Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“, Bericht in Erfüllung des Postulates Humbel (10.3327).

<sup>53</sup> Die Strategie ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Nationale Gesundheitsstrategien > Strategie NOSO: Spital- und Pflegeheiminfektionen.

<sup>54</sup> Die Strategie ist abrufbar unter: [www.star.admin.ch](http://www.star.admin.ch) > StAR > Strategie StAR.

tion und Bildung sowie Rahmenbedingungen. Überschneidungen zwischen der StAR und der Qualitätsstrategie gibt es in folgenden Handlungsfeldern: Patientensicherheit, Nutzen für den Patienten, Kultur und Governance.

Die *Nationale Strategie zu Impfungen (NSI)* des Bundesrates wurde im Rahmen der Strategie Gesundheit2020 initiiert. Die NSI wird vom Bund, von den Kantonen und von weiteren Akteuren gemeinsam umgesetzt. Sie stützt sich auf die Artikel 4 und 5 EpG. Die NSI hat folgendes Ziel: Sie will die Bevölkerung in der Schweiz optimal vor Krankheiten, die sich durch Impfungen vermeiden lassen, schützen. Die NSI schafft die Voraussetzungen für einen koordinierten, effektiven und effizienten Einsatz der Impfungen zum Schutz der Bevölkerung. Mit der NSI und dem dazugehörigen Aktionsplan sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Impfeempfehlungen gemäss dem Schweizerischen Impfplan umzusetzen. Die Strategie ist darauf ausgerichtet, eine optimale Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren im Bereich Impfen sicherzustellen und krankheitsspezifische Massnahmen untereinander zu koordinieren. Im Handlungsfeld Patientensicherheit gibt es zwischen den beiden Strategien Überschneidungen.

Die *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD)* beruht auf einem Auftrag des Bundesrates und des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, der gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen für gesundheitspolitische Fragen. Die demografische Entwicklung macht eine solche Strategie erforderlich. Da die Menschen immer älter werden, leiden immer mehr an nicht-übertragbaren und chronischen Krankheiten wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Leiden der Atemwege und muskuloskeletale Krankheiten. In der Schweiz ist bereits ein Viertel der Bevölkerung davon betroffen. NCD (non-communicable diseases) stellen eine grosse Herausforderung für das Gesundheitssystem dar und verursachen heute rund 80 Prozent der Gesundheitskosten. Durch die meist langen Krankheitsphasen dauern Behandlungen von NCD lange und sind pflegeintensiv. In der Schweiz stellen die fünf oben erwähnten Krankheiten die häufigsten Todesursachen dar. Der Bundesrat hat die Strategie NCD zu einer der Prioritäten seiner Agenda Gesundheit2030 erklärt. Die Umsetzung erfolgt durch das BAG in Zusammenarbeit mit den Kantonen (GDK) und der Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH). Die Strategie will die Gesundheitskompetenz der Menschen in der Schweiz fördern und dafür sorgen, dass die Arbeits- und Lebensbedingungen so gestaltet sind, dass sie einen gesunden Lebensstil ermöglichen. Dadurch sollen Leid verhindert, die Lebensqualität erhöht und die Gesundheitskosten gedämpft werden. Ergänzt wird die Strategie NCD durch die Nationale Strategie Sucht und die Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit. Konkrete Überschneidungen in den einzelnen Handlungsfeldern gibt es zwischen der Strategie NCD und der Qualitätsstrategie nicht. Dennoch ist Prävention auch im Zusammenhang mit Qualität ein wichtiges Thema. So können vorbeugende Massnahmen bei Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko oder bereits erkrankten Patienten die Qualität der Patientenversorgung erheblich verbessern. So hat beispielsweise das Handlungsfeld Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) aus der Strategie NCD zum Ziel, Prävention in den Behandlungsprozess zu integrieren. Die Behandlung soll durch Präventionsangebote ergänzt werden. Dies trägt dazu bei, dass die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, ihr Behandlungsbedarf verringert und folglich die Gesundheitskosten gedämpft werden.

Die *Nationale Strategie Sucht 2017–2024* wurde vom Bundesrat im Rahmen der Strategie Gesundheit2020 initiiert. Er beauftragte das BAG 2014, eine entsprechende Strategie sowie dazu passende Massnahmen zu entwickeln. Die Erarbeitung der Strategie erfolgte unter Mitwirkung eines breit abgestützten Expertengremiums, in dem Vertreterinnen und Vertreter aus Kantonen und Gemeinden, Fachverbände, NGOs, Public-Health-Experten und -Expertinnen sowie weitere Akteure aus der Suchtpolitik vertreten waren. Der Bundesrat hat die Nationale Strategie Sucht Mitte November 2015 verabschiedet. Der Massnahmenplan wurde im darauffolgenden Jahr entwickelt und dient seit 2017 zur Umsetzung der Strategie in über 90 Teilprojekten. Die Nationale Strategie Sucht entwickelt zusammen mit der Strategie NCD die bewährten Ansätze der bisherigen Präventionsprogramme in den Bereichen Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung weiter und bildet einen umfassenden Orientierungsrahmen für

alle Aktivitäten in diesem Bereich – auch als Teil der gesundheitspolitischen Strategie Gesundheit2030. Die Strategie Sucht hat zum Ziel, Suchterkrankungen zu verhindern, Abhängigen den Zugang zu notwendiger Hilfe und Behandlung zu verschaffen, gesundheitliche und soziale Schäden zu vermindern sowie negative Auswirkungen auf die Gesellschaft zu verringern. Zwischen der Nationalen Strategie Sucht und der Qualitätsstrategie bestehen keine Überschneidungen in den einzelnen Handlungsfeldern. Berührungspunkte gibt es insofern, als sich auch die Nationale Strategie Sucht zum Teil mit Qualitätsthemen befasst (z.B. Qualitätssicherung in der Suchthilfe, Entwicklung von entsprechenden Qualitätsstandards).

Der Bundesrat verabschiedete im Jahr 2016 den Bericht «*Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung*». Im Anschluss an diesen Bericht engagierten sich Bund und Kantone mit verschiedenen Projekten für die Unterstützung der psychischen Gesundheit in der Schweiz. Die Strategie verfolgt das Ziel, Projekte und Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit zu unterstützen, die Prüfung der Qualität zu verbessern und das Wissen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie der psychiatrischen Versorgung zu steigern. Aktuell gibt es zwei laufende Kampagnen: In der Deutschschweiz die Kampagne «Wie geht's dir?» und in der lateinischen Schweiz die Kampagne «SantéPsy.ch/SalutePsi.ch». Beide haben folgende Ziele: Sie wollen die Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Personen verbessern sowie die Anzahl der psychisch erkrankten Patienten und Patientinnen reduzieren. Die Handlungsinstrumente sind in den kantonalen Gesetzgebungen verankert. In folgenden Handlungsfeldern gibt es Überschneidungen zwischen der mit dem Bericht «Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung» verfolgten Strategie und der Qualitätsstrategie: Patientenzentriertheit, Nutzen für den Patienten, Governance und datengesteuerte Entscheidungsfindung.

Basierend auf der Strategie *Gesundheitliche Chancengleichheit* verfolgen die Aktivitäten des BAG das Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit und den chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu fördern. Gesundheitliche Chancenungleichheit besteht vor allem zwischen Personen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Hintergrund. Neu stehen nicht mehr ausschliesslich Migrantinnen und Migranten im Fokus, sondern die Strategie Gesundheitliche Chancengleichheit berücksichtigt grundsätzlich sozial benachteiligte Personen. Die am stärksten benachteiligten Personen sollen besseren Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Studien zufolge haben Personen mit wenig Bildung, tiefer beruflicher Stellung oder niedrigem Einkommen eine deutlich geringere Lebenserwartung. Zudem leiden sie häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Das BAG trägt mit dieser Strategie unter anderem auch zur Stärkung der Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen bei. Das Handlungsinstrument basiert massgeblich auf Artikel 2 Absatz 3 BV. Zwischen der Strategie Gesundheitliche Chancengleichheit und der Qualitätsstrategie bestehen in jenen Bereichen Berührungspunkte, in welchen die Betroffenen OKP-Leistungen beziehen. Dies sind folgende Handlungsfelder: Patientenzentriertheit, Patientensicherheit und Nutzen für den Patienten.

Das *Projekt Koordinierte Versorgung*<sup>55</sup> des BAG wurde am 26. Januar 2015 an der Konferenz Gesundheit2020 initiiert. Es stellt auch bei der Gesundheit2030 einen Eckpfeiler dar. Beim Projekt Koordinierte Versorgung soll der Patient oder die Patientin im Zentrum stehen und die Behandlung den Patientenfäden folgen. Ziel des Projekts ist eine Verbesserung der Koordination unter den Einrichtungen der Leistungserbringung. In Bezug auf das Entschädigungssystem will das Projekt künftig auf den Erfolg der Behandlung und nicht auf die Anzahl durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsschritte fokussieren. Dadurch sollen Über-, Fehl- und Unterversorgung minimiert sowie die Qualität der Versorgung vor allem bei jenen Patientengruppen verbessert werden, die viele unterschiedliche und aufwändige Leistungen in Anspruch nehmen. Eine diesbezügliche Massnahme wurde im Gesetzgebungsprojekt zur KVG-Änderung (Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 2) aufgenommen. Entsprechende Versorgungsnetzwerke, sogenannte Netzwerke zur koordinierten Versorgung, wurden als eigene Leistungserbringer nach Artikel 35 KVG vorgeschlagen. Damit soll eine medizinische Betreuung aus einer

<sup>55</sup> Die Strategie ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Nationale Gesundheitspolitik > Koordinierte Versorgung.

Hand und ein entsprechendes Entschädigungssystem inklusive der Vergütung von Koordinationsleistungen durch die Versicherer ermöglicht werden. Zwischen dem Projekt Koordinierte Versorgung und der Qualitätsstrategie gibt es verschiedene Berührungspunkte rund um den Bereich des OKP-Leistungsbezugs. Beide verfolgen auf unterschiedliche Art die Verbesserung der Qualität und die Verringerung der Gesundheitskosten. Insbesondere im Bereich folgender Handlungsfelder gibt es Überschneidungen: Patientenzentriertheit, Nutzen für den Patienten, Governance und Implementierung.

### **Abgrenzung und Interaktion der Qualitätsstrategie mit nationalen Gesundheitsstrategien**

Einleitend wurden die Überschneidungen zwischen der Qualitätsstrategie und den anderen nationalen Gesundheitsstrategien in den einzelnen Handlungsfeldern aufgezeigt. Nachfolgend wird dargelegt, wo es einerseits Abgrenzungen und andererseits Interaktionen gibt. Wechselwirkungen und eine gegenseitige Begünstigung der Strategien mit ihren zur Verfügung stehenden Handlungsinstrumenten werden aufgezeigt.

Die *Abgrenzung* der einzelnen Strategien ergibt sich vor allem aus deren Geltungsbereich. Die Handlungsgrenze der Qualitätsstrategie befindet sich dort, wo sie über den sachlichen Geltungsbereich der Qualität der Leistungen im Rahmen der OKP hinausgeht. Dies im Wissen darum, dass die übrigen Strategien natürlich selber auch Auswirkungen auf die Qualität der Leistungen haben. Eine Überschneidung oder Behinderung der verschiedenen Strategien in ihren Tätigkeiten soll aber vermieden werden.

*Interaktionen* sind dort wünschenswert und bereichernd, wo Erkenntnisse aus den Tätigkeiten einer Strategie zusätzlich Wirkung auf andere nationale Gesundheitsstrategien entfalten. Wünschenswerte Wechselwirkungen bestehen, wenn die Strategien in ihren jeweiligen Geltungs- und Tätigkeitsbereichen einen Mehrwert generieren, indem die Ergebnisse entweder direkt implementiert oder weiterverarbeitet werden können. Dies mit dem Ziel Synergien zu nutzen und Redundanzen zu vermeiden. Dabei ist von grossem Interesse, dass die jeweiligen Akteure die Schnittstellen zu den anderen Strategien kennen und ein Austausch über die Tätigkeiten sowie die Erkenntnisse und Resultate stattfindet.

Im Rahmen der Qualitätsstrategie ist die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) das wesentliche Handlungsinstrument zur Realisierung der bundesrätlichen Ziele hinsichtlich der Qualitätsentwicklung. Die EQK hat insbesondere folgende Aufgaben (vgl. Art. 58c Abs. 1 KVG):

- Beratung von Bundesrat, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern hinsichtlich der Koordination der Massnahmen zur Qualitätsentwicklung
- Abgabe von Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung gegenüber Behörden und Verbänden
- Entwicklung neuer und Weiterentwicklung bestehender Qualitätsindikatoren
- Durchführung von Studien und Überprüfungen
- Durchführung nationaler Programme zur Qualitätsentwicklung
- Gewährleistung eines adäquaten (Patienten-)Risikomanagements auf nationaler Ebene
- Unterstützung von nationalen oder regionalen Projekten zur Qualitätsentwicklung

In fast all diesen Bereichen kann es zu inhaltlichen Schnittstellen mit anderen Strategien kommen. Nachfolgend werden einige konkrete Beispiele für Interaktionen respektive Wechselwirkungen von Tätigkeiten im Rahmen der Qualitätsstrategie auf andere nationale Gesundheitsstrategien aufgeführt:

Der EQK kommt unter anderem die Aufgabe zu, durch beauftragte Dritte neue Qualitätsindikatoren zu entwickeln sowie bestehende weiterzuentwickeln. Die Akteure anderer nationaler Gesundheitsstrategien können davon profitieren, indem sie die von der EQK publizierten Qualitätsindikatoren für ihre eigenen Tätigkeiten oder Studien verwenden und die bereits gewonnenen Erkenntnisse für die Entwicklungen in ihrem Geltungsbereich übernehmen. Die Wirkung kann jedoch auch in entgegengesetzter

## Qualitätsstrategie

Richtung erfolgen: Die durch andere nationale Gesundheitsstrategien entwickelten Qualitätsindikatoren und durch deren Studien gewonnenen Erkenntnisse, die im Bereich der Qualität von OKP-Leistungen Handlungsbedarf eruieren, werden der EQK zur Kenntnis und Nutzung zugestellt.

Im Weiteren lässt die EQK aufgrund der Jahresziele oder eines konkreten Handlungsbedarfs von Dritten Studien durchführen. Die dabei gewonnenen Studienergebnisse und -erkenntnisse werden von der EQK publiziert. Falls aufgrund ihrer Studienergebnisse ein Handlungsbedarf besteht, der den Tätigkeitsbereich einer anderen nationalen Gesundheitsstrategie betrifft, macht die EQK die Akteure dieser Strategie darauf aufmerksam. Erarbeiten hingegen Akteure anderer nationaler Gesundheitsstrategien qualitätsrelevante Standards und Erkenntnisse, so sollten sie die EQK darüber informieren. Diese kann die gewonnenen Ergebnisse dann in ihre nationalen Programme und Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung einfließen lassen. Dasselbe gilt beispielsweise auch, wenn eine andere nationale Gesundheitsstrategie ein eigenes Projekt entwickelt, deren Resultate direkt von der EQK verwendet werden können oder umgekehrt.

ENTWURF



## 4 Grundlagen

### 4.1 Gesetzliche Grundlagen

#### **Gesetzliche Grundlage für die Qualitätsstrategie**

In der Schweiz teilen sich Bund und Kantone die Aufgaben und Kompetenzen im Gesundheitswesen. Die Zuständigkeit zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen kommt den Kantonen zu. Der Bund ist nur dann für die Regelung eines Themenbereichs zuständig, wenn ihm die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) die entsprechende Kompetenz zuweist, wie dies im Bereich der Krankenversicherung der Fall ist (vgl. Art. 117 BV). Mit Artikel 117a verpflichtet die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) den Bund und die Kantone gleichermassen, dass sie im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen haben. Mit den neuen Bestimmungen des KVG zur Stärkung der Qualität soll eine systematische und strukturierte Verbesserung der Qualität der Leistungen erreicht werden. Als zentrale Bestimmung schreibt Artikel 58 KVG dem Bundesrat die Aufgabe zu, alle vier Jahre die zu erreichenden Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen. Als Grundlage für die Festlegung dieser Ziele und eines Rahmens sowie zur Auftragsklärung ist eine Strategie erforderlich.

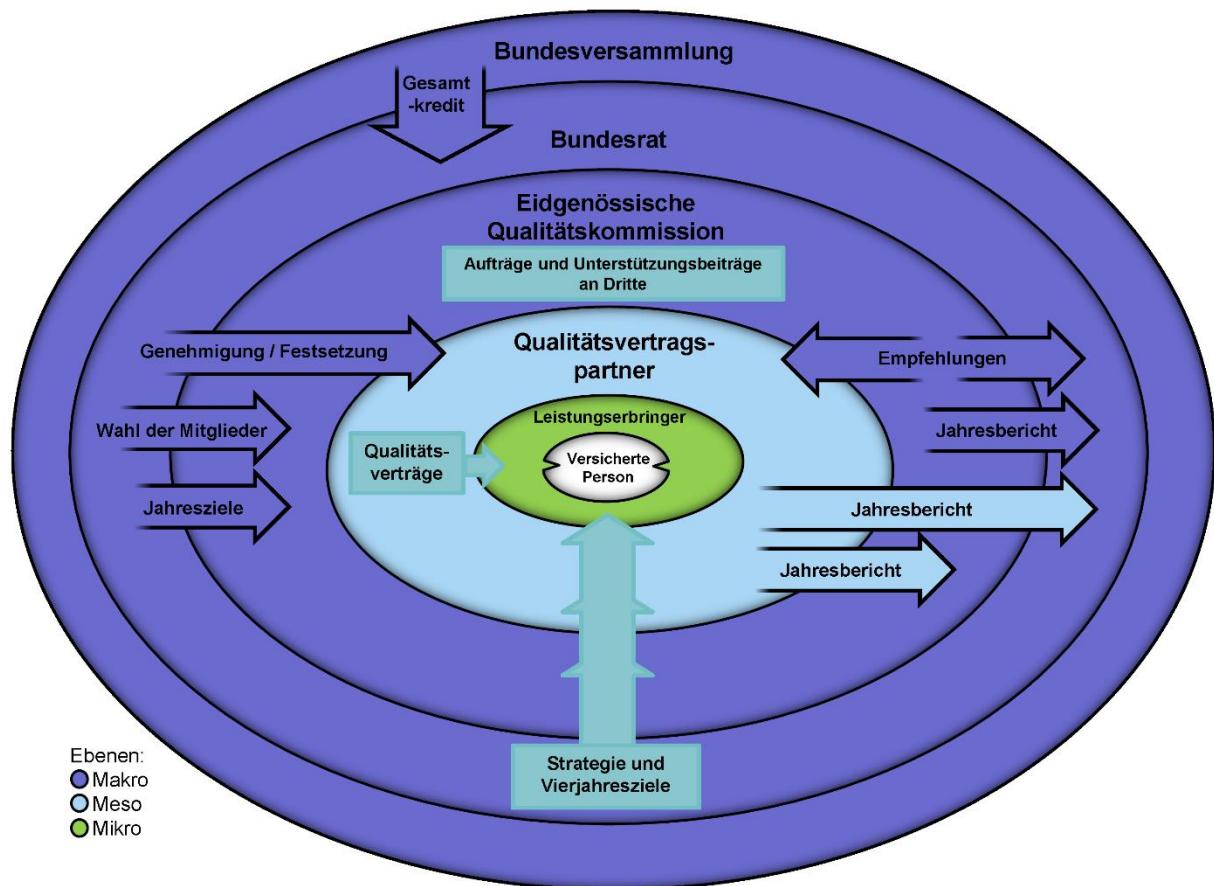
#### **Gesetzlicher Auftrag: Qualitätsentwicklung im Rahmen der OKP**

Die Qualitätsentwicklung soll strukturell, organisatorisch und finanziell gestärkt werden. Dies wird auf gesetzlicher Ebene mit folgenden zentralen Bestimmungen und Instrumenten beziehungsweise Massnahmen sichergestellt:

- Dem Bundesrat als strategisches Führungsorgan kommt die Aufgabe zu, jeweils für vier Jahre die Ziele zur Qualitätsentwicklung festzulegen (vgl. Art. 58 KVG) und deren Erreichung zu überprüfen. Die Vierjahresziele des Bundesrates sollen mit entsprechenden Massnahmen umgesetzt werden. Zu diesem Zweck wurden eigens neue Instrumente geschaffen. Diese dienen dazu, die Ziele des Bundesrates zu konkretisieren und umzusetzen.
- Zum einen wurde die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ins Leben gerufen, die der Bundesrat zur Erreichung seiner Ziele einsetzt (vgl. Art. 58b KVG). Die EQK nimmt eine koordinierende, systematisierende und vernetzende Rolle ein. Zur Realisierung der Ziele des Bundesrates wird die EQK zielgerichtete Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung (vgl. Art. 58c KVG) aussprechen, zudem Dritte beiziehen und dafür Abgeltungen und Finanzhilfen gewähren.
- Zum anderen haben die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung abzuschliessen (Qualitätsverträge; vgl. Art. 58a KVG). Ziel und Zweck der Qualitätsverträge ist es, einheitliche und vertraglich verbindliche Massnahmen zur Qualitätsentwicklung festzulegen.

#### **Umsetzung der Qualitätsentwicklung im System der OKP**

Die Qualitätsentwicklung erfolgt im System der OKP durch die Behörden (Bundesversammlung, Bundesrat, Departemente, Bundesämter, Kantone), die EQK, die Vertragspartner (Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer) und die Leistungserbringer. Das System wird anhand dreier Ebenen aufgegliedert: der Makroebene, der Mesoebene und der Mikroebene. Nachfolgend wird entlang dieser Systemebenen dargestellt, welche Aufgaben und Kompetenzen den Akteuren im Einzelnen zukommen.



Auf der **Makroebene** teilen sich die Bundesversammlung, der Bundesrat, das BAG, die EQK und die Kantone die Aufgaben und Kompetenzen.

- Die *Bundesversammlung* legt die gesetzlichen Rahmenbedingungen fest und stellt die Ressourcen bereit. Sie ist verantwortlich für die Bewilligung des Gesamtkredits für jeweils vier Jahre (vgl. Art. 58g KVG), für die Aufteilung des Gesamtkredits entsprechend der Verwendungszwecke, für die Festsetzung des jährlichen Voranschlags unter Berücksichtigung der Kostenbremse sowie für die Einstellung der notwendigen Kredite für den Anteil des Bundes. Mit der Bewilligung des Gesamtkredits beschliesst die Bundesversammlung einen Höchstbetrag, bis zu welchem die EQK Abgeltungen nach Artikel 58d KVG sowie Finanzhilfen nach Artikel 58e KVG gewähren kann.
- Der *Bundesrat* trägt die strategische Führungsverantwortung für die Qualitätsentwicklung. Er sorgt für die Gestaltung der Rahmenbedingungen. Seine Hauptaufgaben sind dabei die Festlegung der Ziele und die Überprüfung der Zielerreichung. Im Weiteren ist der Bundesrat zuständig für die Einsetzung der EQK und die Wahl derer Mitglieder (vgl. Art. 58b Abs. 1 KVG). Der Bundesrat genehmigt die Qualitätverträge (vgl. Art. 58a Abs. 4 KVG). Können sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht auf einen Qualitätvertrag einigen, legt der Bundesrat die Regeln subsidiär fest (vgl. Art. 58a Abs. 5 KVG).
- Die *EQK* trägt massgeblich zur Realisierung der bundesrätlichen Ziele bei. Die EQK ist eine ausserparlamentarische Expertenkommission. Sie setzt sich zusammen aus insgesamt 15 Vertretern der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten, der Patientenorganisationen sowie von Fachleuten. Die Funktion der EQK ist es, die Koordination zwischen den einzelnen verpflichteten Akteuren zur Verwirklichung der Ziele für die Qualitätsentwicklung sicherzustellen. Sie spricht Empfehlungen aus und überprüft, ob diese von den Akteuren umgesetzt werden. Die EQK beauftragt Dritte, Qualitätsindikatoren zu entwickeln oder weiter zu entwickeln sowie Studien, Untersuchungen und nationale Programme zur Qualitätsentwicklung

durchzuführen. Sie kann zudem nationale oder regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung unterstützen. Dafür kann die EQK Abgeltungen und Finanzhilfen gewähren bis zum durch den Gesamtkredit der Bundesversammlung bewilligten Höchstbetrag.

- Die von der EQK beauftragten *Dritten* übernehmen die an sie übertragenen Aufgaben im Rahmen der Realisierung der Ziele des Bundesrates (vgl. Art. 58c Abs. 1 Bst. b, e und f KVG). Bei den Dritten handelt es sich insbesondere um Organisationen, die über eine entsprechende Erfahrung in der Durchführung solcher Aktivitäten verfügen. Sie sind dabei verantwortlich für die Erfüllung der an sie übertragenen Aufgaben und Vorgaben sowie für die Erreichung der vereinbarten Ziele.
- Das BAG unterstützt mit der Vorbereitung der Beschlüsse von Bundesrat und Bundesversammlung. Das BAG ist zudem zuständig für die Berechnung und Einforderung der Finanzierungsanteile der Kantone und der Versicherer für die Kosten der Eidgenössischen Qualitätskommission und für die weitere Verwaltung der Finanzierungsbeiträge sowie den Zahlungstransfer für Drittleistungen. Das Sekretariat der EQK ist administrativ dem BAG unterstellt.
- Die *Kantone* nehmen mit ihren Kompetenzen und Aufgaben in der gesundheitspolizeilichen Erteilung von Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen, der Aufsicht sowie der Gesundheitsversorgung ebenfalls eine wichtige Rolle zur Qualitätsentwicklung wahr.

Auf der **Mesoebene** teilen sich insbesondere die Verbände der Versicherer und die Verbände der Leistungserbringer die Aufgaben und Kompetenzen.

- Die *Verbände der Versicherer und die Verbände der Leistungserbringer* sind mit dem Abschluss der Qualitätsverträge (vgl. Art. 58a KVG) verpflichtet, einheitliche und vertraglich verbindliche Massnahmen zur Qualitätsverbesserung festzulegen und deren Einhaltung sicherzustellen.

Auf der **Mikroebene** kommen die Aufgaben und Kompetenzen insbesondere den Leistungserbringern zu.

- Die *Leistungserbringer* werden durch die neuen Bestimmungen zur Qualitätsentwicklung ebenfalls stärker in die Pflicht genommen. Sie müssen sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) halten (vgl. Art. 58a Abs. 6 KVG). Insbesondere ist die systematische Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung durch die Leistungserbringer Voraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP (vgl. Art. 58a Abs. 7 KVG).

### **Finanzierung der Umsetzung**

Für die erfolgreiche Umsetzung der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung werden die für die Arbeit der EQK notwendigen Ressourcen bereitgestellt. Auf der Makroebene wird die Finanzierung der Kosten der EQK für ihren Betrieb, die Erfüllung ihrer Aufgaben und die erteilten Subventionen zu je einem Drittel vom Bund, von den Kantonen und von den Versicherern sichergestellt (vgl. Art. 58f Abs. 1 KVG). Die Bundesversammlung ist verantwortlich für die Bewilligung des Gesamtkredits für jeweils vier Jahre (vgl. Art. 58g KVG).

### **Verhältnis zu anderen Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts mit Qualitätsbezug**

Künftig werden die Kantone auch für die Tätigkeitszulassung der ambulanten Leistungserbringer zulasten der OKP nach Art. 35 ff. KVG zuständig sein und die Aufsicht über deren Tätigkeit ausüben.<sup>56</sup> Die Zulassung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime erfolgt im Rahmen der Planung mittels kantonalen Leistungsaufträgen (Art. 39 KVG). Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Qualitätsanforderungen, welche unter anderem eine notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung bilden (z.B. notwendige Ressourcen und Prozesse) sowie die Ein-

<sup>56</sup> Vgl. BBl 2020 5013 zur Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern.

haltung der Qualitätsverträge ermöglichen. In den Qualitätsverträgen können die Vorgaben (z.B. hinsichtlich dem Qualitätsmanagementsystem (QMS)) weiter konkretisiert werden. Die Kantone müssen für die gesamte Dauer der Aktivität sicherstellen, dass die zugelassenen Leistungserbringer und die auf die Listen aufgenommenen Spitäler und anderen Einrichtungen die ursprünglichen Zulassungsvoraussetzungen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen weiterhin erfüllen. Damit stärkt die krankenversicherungsrechtliche Zulassung die Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Wie die Qualitätsentwicklung tragen auch die Vorgabe in Artikel 32 KVG, wonach die von der OKP übernommenen Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (WZW-Kriterien), sowie die Bezeichnung der entsprechend von der OKP übernommenen Leistungen nach Artikel 33 KVG zur Sicherstellung einer effizienten, qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten bei.<sup>57</sup> Die WZW-Kriterien müssen auf zwei Ebenen berücksichtigt werden: einerseits bei der Beurteilung im konkreten (Behandlungs-)Fall, andererseits im Sinne einer allgemeingültigen Regel, die bei der Bezeichnung der zu übernehmenden Leistungen berücksichtigt werden muss.<sup>58</sup> Die Kriterien und deren Anwendung werden von den zuständigen ausserparlamentarischen Kommissionen<sup>59</sup> konkretisiert bzw. operationalisiert. Die Operationalisierung der WZW-Kriterien orientiert sich dabei unter anderem an der international angewendeten HTA-Methodik (Health Technology Assessment).<sup>60</sup> Bei der Bezeichnung der Leistungen können auch Voraussetzungen zur Kostenübernahme festgelegt werden, welche Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringer und an die Indikationsstellung umfassen (Art. 58h KVG).

### **Wesentliche gesundheitsrechtliche Bestimmungen sowie kantonales Recht**

Neben der krankenversicherungsrechtlichen Zulassung sind die Kantone auch für die Erteilung der gesundheitspolizeilichen Bewilligungen zuständig und üben die entsprechende Aufsicht aus. Die Kantone bewilligen und beaufsichtigen die Tätigkeit der Leistungserbringer. Im ambulanten Bereich enthalten insbesondere das Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG)<sup>61</sup> oder das Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (GesBG)<sup>62</sup> Vorgaben zur Ausbildung, zur Einhaltung der Berufspflichten sowie zu den notwendigen persönlichen und fachlichen Kompetenzen (z.B. Diplom, Vertrauenswürdigkeit, Sprachkenntnisse, lebenslange Fortbildung). Diese Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen tragen schweizweit zur hohen Qualität im Gesundheitswesen bei. Für den stationären Bereich werden Betriebsbewilligungen erteilt, deren Voraussetzungen kantonale geregelt sind. Die gesundheitsrechtlichen Betriebs- und Berufsausübungsbewilligungen sind der Zulassung zur OKP vorgelagert.

Mit Blick auf die Förderung der Medikationssicherheit ist zudem das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG)<sup>63</sup> von Bedeutung. Es verfolgt unter anderem das Ziel, dass den Gesundheitsfachpersonen und den Patientinnen und Patienten ein vielfältiges Angebot an qualitativ hochstehenden, sicheren und wirksamen Arzneimitteln zu geringeren volkswirtschaftlichen Kosten zur Verfügung steht.<sup>64</sup>

<sup>57</sup> vgl. BGE 127 V 80 E. 3c.

<sup>58</sup> vgl. Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2. Aufl., Zürich 2018, N 1 zu Art. 32 KVG; Thomas Gächter/Bernhard Rüttsche, Gesundheitsrecht, 4. Aufl., Basel 2018, S. 274.

<sup>59</sup> vgl. nachfolgend unter Kapitel 6.7 HF Nutzen für den Patienten.

<sup>60</sup> International wird für die systematische Bewertung von Gesundheitstechnologien der Begriff des Health Technology Assessment (HTA) verwendet.

<sup>61</sup> SR 811.11

<sup>62</sup> SR 811.21

<sup>63</sup> SR 812.21

<sup>64</sup> Botschaft vom 7. November 2012 zur Änderung des Heilmittelgesetzes, BBl 2013 10 Ziff. 1.1

## 4.2 Standards

Die Qualität der Leistungen im Rahmen der OKP soll schweizweit kontinuierlich verbessert werden und dabei auch internationalen medizinischen Standards entsprechen. Standards sind ein wichtiges Element der Qualitätssicherung und -entwicklung im Gesundheitswesen. Qualitätsentwicklung und damit ein höheres Mass an Qualität wird durch Standards gewährleistet, die dem so genannten «Stand der Technik» (Best Practices) entsprechen. Bei Best Practices handelt es sich um bereits erprobte vorbildliche Methoden, Praktiken oder Verfahren, welche auf neuesten, wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Ein Standard fasst die Best Practices in einem Bereich zusammen. Standards werden durch medizinische Fachgesellschaften (auch unter Einbezug medizinischer Guidelines) erarbeitet und weiterentwickelt und weisen grundsätzlich eine nationale bzw. internationale Gültigkeit auf. Anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse legen sie nachvollziehbare und überprüfbare Regeln zur Leistungserbringung in der Praxis fest. Schon heute richtet sich die Leistungserbringung in der Schweiz nach solchen anerkannten nationalen und internationalen Empfehlungen aus. Dies sind beispielsweise Guidelines und davon abgeleitete, auf lokale Verhältnisse adaptierte konkrete Behandlungsvorgaben wie Behandlungsrichtlinien. Zwar stellen sie als solche nicht zwingendes Recht dar, können aber verbindlichen Charakter erhalten, sei dies durch entsprechende vertragliche Regelungen oder verbandsrechtlich.<sup>65</sup> Die medizinischen Guidelines und Richtlinien sind also bereits heute wichtige Behandlungsempfehlungen für die jeweiligen Fachgruppen. Durch Verweis auf die Standards in den Qualitätsverträgen sollten diese eine noch stärkere Wirkung erreichen.

Noch nicht in allen Leistungsbereichen existieren in gleichem Masse und in gleicher Qualität Standards. Um das Qualitätsniveau der Leistungen zu erhöhen, sollen in den zu optimierenden inhaltlichen Themenfeldern Best Practices geprüft, adaptiert und schliesslich als Standards implementiert werden.

## 4.3 Qualität der Leistungen

Die vorliegende Strategie definiert Qualität in Anlehnung an die Definition des Institute of Medicine.<sup>66</sup> Während sich diese auf die Gesundheitsversorgung bezieht, wird sie hier auf die Qualität der Gesundheitsleistungen angewendet:

*Die Qualität der Leistungen ist ein Mass dafür, wie sehr diese Leistungen für Individuen und Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen.*

Wichtige Elemente dieser Definition sind:

- Die Qualität der Leistungen ist das Ausmass, in dem die erbrachten Leistungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, erwünschte gesundheitliche Ergebnisse zu erzielen.
- Die Definition bezieht sich auf alle Leistungen, die die Gesundheit fördern, erhalten, wiederherstellen oder eine Verschlechterung verhindern.
- Der Ausdruck «die Wahrscheinlichkeit erhöhen» erinnert daran, dass die erbrachten Leistungen, auch wenn qualitativ hochstehend, keine Erfolgsgarantie beinhalten. Das Ergebnis hängt von vielen Variablen ab, von denen nicht alle durch das Management oder die Fachpersonen der Einrichtungen der Leistungserbringung beeinflussbar sind. Sie gewährleisten die Mittel, bieten aber keine Garantie für das Ergebnis.

<sup>65</sup> Vgl. Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2018). «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen». Seite 15. Abrufbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Medizin-im-Straf-und-Massnahmenvollzug.html>.

<sup>66</sup> Institute of Medicine (IOM) (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press.

## Qualitätsstrategie

- Die Formulierung «erwünschte Gesundheitsergebnisse» ist Ausdruck des Ziels der Patienten und Bevölkerungsgruppen.
- Die Präzisierung «für Individuen und Bevölkerungsgruppen» erinnert daran, dass es nicht nur um das Leistungsangebot für Patientinnen und Patienten (Individuen) geht, sondern auch darum, die Gesundheit der Versichertengemeinschaft der OKP zu fördern und zu erhalten.
- Der Satzteil «dem aktuellen Fachwissen entsprechen» zeigt, dass das Erreichen der von den Patientinnen und Patienten erwünschten Ergebnisse ein wichtiges, aber nicht ausreichendes Ziel ist. Die Patienten können nicht immer alle Aspekte der Qualität der Leistungen beurteilen, beispielsweise die evidenzbasierte Qualität oder die Qualität der Indikation. Diese Aspekte werden von Fachpersonen beurteilt und sind Bestandteil der Qualität.

Nachdem die Qualität der Leistungen definiert wurde, sind die Merkmale dieser Qualität zu präzisieren. Dafür werden sieben Dimensionen<sup>67</sup> herangezogen, die auch als allgemeine Ziele zu verstehen sind.

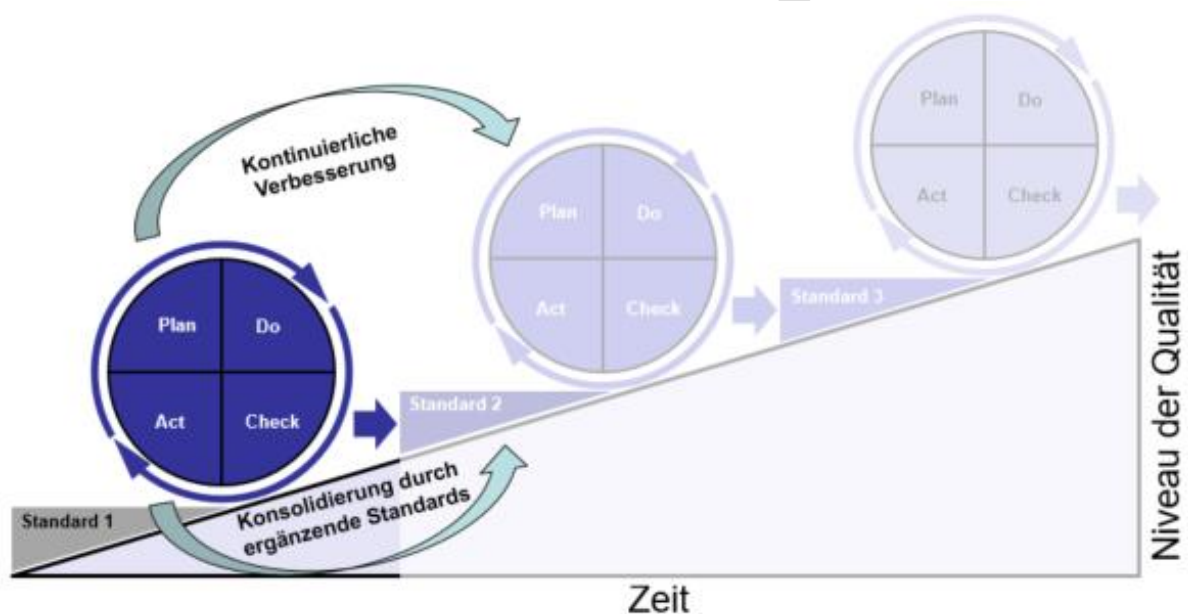
- 1) Sicher: Schaden vermeiden für Patientinnen und Patienten durch Leistungen, die ihnen helfen sollen.
- 2) Wirksam: Auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Leistungen für all jene erbringen, für die sie von Nutzen sind. Ist die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens gering, ist auf die Leistung zu verzichten.
- 3) Patientenzentriert: Leistungen erbringen, welche diejenige Personen, für die sie bestimmt sind, respektieren sowie ihre Präferenzen, Bedürfnisse und Werte achten, unabhängig davon ob als gesunder Mensch, als Patient oder Patientin oder als Teil der Versichertengemeinschaft der OKP.
- 4) Rechtzeitig: Leistungen zum Zeitpunkt erbringen, zu dem sie erforderlich und wirksam sind. Vermeidbare Wartezeiten reduzieren.
- 5) Effizient: Verschwendung und missbräuchliche Praxis vermeiden.
- 6) Chancengleich: Leistungen erbringen, die sich nicht aufgrund persönlicher Merkmale wie Geschlecht, Ethnie, Religion, Wohnort oder sozioökonomische Zugehörigkeit unterscheiden.
- 7) Integriert: Eine zwischen den verschiedenen Ebenen und Leistungserbringern koordinierte Behandlung und Pflege erbringen. Es gilt, über alle Lebensabschnitte die gesamte Palette an Leistungen zur Verfügung zu stellen. Die Koordination unter den Leistungserbringern ist optimal abzustimmen, im Sinne von Leistungen aus einer Hand.

Die Erfüllung der Ziele zur Qualitätsentwicklung und die Anforderungen an die Qualität der Leistungen werden in diesen Zieldimensionen bewertet. Zur Festlegung dieser Dimensionen wurde unter anderem auf die Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit den im Krankenversicherungsrecht verwendeten Qualitätsindikatoren zurückgegriffen. Ihre Analyse erlaubt Rückschlüsse darauf, inwieweit die medizinischen Leistungen wirksam, effizient, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig und chancengleich erbracht werden (vgl. Art. 30 KVV). Die vorliegende Strategie verwendet die Begriffe wirksam, effizient, sicher, patientenzentriert sowie rechtzeitig und chancengleich, um möglichst nahe an der ursprünglichen Definition des Institute of Medicine (IOM) zu sein, welche «wirksam» und «angemessen» unter «wirksam» zusammenfasst. Um den aktuellen internationalen gesundheitspolitischen Entwicklungen Rechnung zu tragen, wurde zudem die kürzlich von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagene Dimension der Integration hinzugefügt.

<sup>67</sup> WHO, OECD und Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank (2019). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Genf.

## 4.4 Qualitätsentwicklung

Qualitätsentwicklung bedeutet die systematische Gewährleistung und kontinuierliche Verbesserung des Qualitätsniveaus mit den eingesetzten Ressourcen. Die Qualitätsentwicklung stellt Prozesse, Leadership und das Engagement aller Beteiligten sicher. Ziel ist, die Anforderungen an die Qualität der Leistungen zu erfüllen oder zu übertreffen, die Risiken zu reduzieren und Verbesserungen nachhaltig zu implementieren. Mit dem Fokus auf die Qualitätsentwicklung macht das KVG deutlich, dass sich Qualität nicht automatisch und ein für alle Mal einstellt, sondern in einem Prozess kontinuierlich erhalten und weiterentwickelt werden muss. Im Lern- beziehungsweise Verbesserungsprozess sollen laufend Standards geschaffen werden, welche ihrerseits als Basis für einen neuen Verbesserungsprozess dienen. Der Ist-Zustand wird also stetig analysiert und bewertet, um aus dem festgestellten Handlungsbedarf eine Reihe von synergetisch wirkenden und sich gegenseitig verstärkenden Massnahmen aus mehreren verschiedenen Handlungsfeldern umzusetzen. Dieser sich stetig wiederholende Prozess führt zur Erhöhung des Niveaus der Qualität.



## 5 Geltungsbereich und Policy

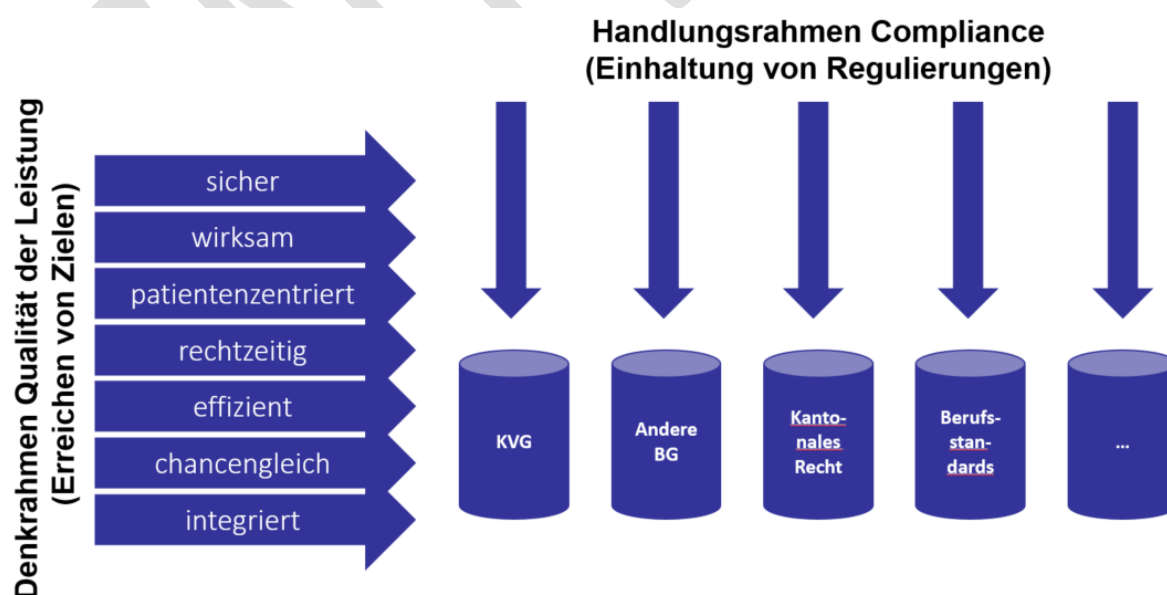
### 5.1 Geltungsbereich der Strategie

#### Geltungsbereich im engeren Sinne

Der räumliche Geltungsbereich der Qualitätsstrategie erstreckt sich auf das ganze Gebiet der Schweiz. Sachlich bezieht sie sich auf alle Leistungen, die zu Lasten der OKP erbracht werden und die Gesundheit fördern, erhalten, wiederherstellen oder eine Verschlechterung verhindern. Im Zentrum der Strategieumsetzung stehen subjektiv immer die versicherten Personen (Versicherten). Das sind diejenigen Personen, für welche die Leistungen bestimmt sind, unabhängig davon ob als gesunder Mensch, als Patientin oder Patient oder als Teil der Versichertengemeinschaft der OKP. Die Versicherten haben unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status und Profil ein Recht auf eine hohe Qualität der Leistungen.

#### «Denken in Qualitätszielen – Handeln in Zuständigkeiten»

Ziel und Zweck der vorliegenden Strategie ist es, im Interesse der Versicherten und der Versichertengemeinschaft die Qualität der Leistungen systematisch aufrechtzuerhalten und kontinuierlich zu verbessern. Die konsequente Einhaltung der geltenden Rechtsgrundlagen (Compliance) bietet zwar bereits heute Gewähr dafür, dass alle in der OKP tätigen Leistungserbringer ein bestimmtes Mindestmass an Qualität erbringen. Für die Entwicklung der Qualität ist dies jedoch nicht ausreichend. Um die Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung zu erreichen, ist es deshalb erforderlich, in den übergreifenden Dimensionen der Qualität zu denken und nicht in Zuständigkeitsbereichen. Verfolgen alle Akteure bei der Leistungserbringung das Ziel, die Qualität in jeder einzelnen dieser Dimensionen systematisch aufrecht zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern, entfaltet sich eine Wirkung über die Zuständigkeit des KVG hinaus. Es sind dies insbesondere Entscheidungen und Massnahmen, die mit Regelwerken und Instrumenten ausserhalb des KVG in folgenden Bereichen umgesetzt werden: Forschung, Digitalisierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung. Werden die Vision und Oberziele der Qualitätsstrategie gemäss nachfolgend dargestelltem Denkraum erreicht, wird das Niveau der Qualität der Leistungen im gesamten schweizerischen Gesundheitssystem erhöht.





## 5.2 Vision für die Qualität der Leistungen

*Sichere, wirksame und integrierte Behandlung und Pflege auf Augenhöhe mit der Patientin.*

## 5.3 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.

## 5.4 Oberziele

Diese Strategie soll ermöglichen, die Verbesserungsmassnahmen zu priorisieren und zu einem kohärenten, koordinierten und nachhaltigen Ganzen zusammenzufügen. Oberstes Ziel ist die nachhaltige Verbesserung der Qualität der Leistungen in der OKP.

Mit der Qualitätsstrategie werden folgende Ergebnisse angestrebt:

- Ein hochstehendes Qualitätsniveau der Leistungen, das sich an den Präferenzen, Bedürfnissen und Werten der Person, für die sie bestimmt sind, und am neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand misst.
- Gegen Null tendierendes Mass an vermeidbaren Patientenschäden und ein adäquates Risikomanagement.
- Patientenzentrierte Behandlung und Pflege, welche die Patientinnen und Patienten in die Planung und die gemeinsame Entscheidungsfindung einbeziehen und ihre Erfahrungen berücksichtigen.
- Leistungen, die aus mehreren Quellen (verschiedene Berufe, medizinische Fachbereiche, Institutionen) stammen, werden optimal koordiniert und integriert, im Sinne von aus einer Quelle.
- Eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung und des kollektiven Lernens, die mit Hilfe eines offenen, partizipativen, unterstützenden und Verantwortung fördernden Arbeitsklimas erreicht wird.

Die Oberziele beruhen auf den vier prioritären Aspekten patientenzentriert, sicher, wirksam und integriert, welche von den relevanten Akteuren der Qualitätsstrategie sowie den internationalen und nationalen Experten im Erarbeitungsprozess identifiziert wurden. Sie drücken die gesellschaftlichen Erwartungen an die Qualität der Leistungen im Schweizer Gesundheitswesen für die Zukunft aus. Die ersten vier Oberziele beschreiben erwünschte Ergebnisse. Das letzte beschreibt den angestrebten Wandel in Kultur und Arbeitsklima. Das ist zwar kein Ergebnis, entspricht aber den gesellschaftlichen Erwartungen. Sie sind starke Prädiktoren für die Qualität der Leistungen, wie die Verfasser des «Quadruple Aim» nahelegen.<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Sikka R, Morath JM, Leape L. (2015). The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*. 24. Seiten 608-610.  
Bodenheimer T, Sinsky C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 12(6). Seiten 573–576.

## 6 Handlungsfelder HF

Zur Umsetzung der Oberziele definiert die Strategie thematische Prioritäten, so genannte Handlungsfelder. Davon gibt es zwei Arten:

- Die *systemorientierten Handlungsfelder*: Kultur, Governance, datengesteuerte Entscheidungsfindung und Implementierung betreffen das System als Ganzes. Sie dienen als Grundlage für die leistungsorientierten Handlungsfelder und sollen gewährleisten, dass das Qualitätsmanagement auf allen Systemebenen systematisch erfolgt.
- Die *leistungsorientierten Handlungsfelder*: Patientenzentriertheit, Patientensicherheit und Nutzen für den Patienten, setzen direkt bei der Leistungserbringung an und wirken sich hauptsächlich auf die Leistungsqualität aus.

In der Folge werden zuerst die systemorientierten Handlungsfelder beschrieben, weil sie insbesondere die Grundlagen für die leistungsbezogenen Handlungsfelder schaffen. Sie bilden die Rahmenbedingungen für die Qualitätsentwicklung. Die anschliessend beschriebenen dienstleistungsorientierten Handlungsfelder beinhalten die notwendigen Änderungen für eine konkrete Weiterentwicklung der Leistungsqualität zugunsten der betroffenen Personen. Es ist zu beachten, dass angestrebte Verbesserungen in manchen Bereichen von einer Umsetzung in mehreren Handlungsfeldern abhängen. So erfordert beispielsweise eine Verbesserung der Patientensicherheit leistungsbezogene Massnahmen, die im Handlungsfeld Patientensicherheit enthalten sind, aber auch viele systembezogene Massnahmen, wie sie die Handlungsfelder Kultur, Governance, datengesteuerte Entscheidungsfindung und Implementierung umfassen.

Die Handlungsfelder sind das Herzstück der Strategie. Zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen legt der Bundesrat seine Vierjahresziele fest. Die Akteure greifen auf eine Kombination von Handlungsfeldern zurück, um synergetisch wirkende und sich gegenseitig verstärkende Verbesserungsmassnahmen umzusetzen. In den Jahreszielen der EQK werden die konkreten Umsetzungsschritte festgelegt, die ebenfalls auf den Handlungsfeldern basieren. Der dazu notwendige Priorisierungsprozess berücksichtigt Kriterien wie die Abschätzung der Risiken, die Verfügbarkeit wirksamer Lösungen und ihr Potenzial, zu den Oberzielen dieser Strategie beizutragen, sowie die Machbarkeit und die Kosten. Der Bundesrat bezieht die Ergebnisse dieses Prozesses in seine Vierjahresziele ein.

### 6.1 HF Kultur

#### Definition

Die *European Society for Quality in Health Care* definiert Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung<sup>69</sup> als kohärente und integrierte Gesamtheit individueller und organisationaler Verhaltensweisen basierend auf gemeinsamen Überzeugungen und Werten im kontinuierlichen Bemühen, Schäden für Patientinnen und Patienten zu reduzieren.

Diese Strategie erweitert das Konzept der obenstehenden Definition. Die erwünschte Kultur betrifft hier die Qualität der Leistungen. Sie bezeichnet eine Gesamtheit individueller und organisationaler Verhaltensweisen basierend auf gemeinsamen Haltungen und Werten im kontinuierlichen und ehrgeizigen Bemühen, die Qualität der Leistungen zu verbessern, Schäden für Patientinnen und Patienten zu reduzieren sowie die Leistungen patientenzentriert zu erbringen.

<sup>69</sup> Kristensen, S., Bartels, P. (2010). Use of patient safety culture instruments and recommendations. European Society for Quality in Healthcare. Office for Quality Indicators.

### **Verbindung zum Oberziel**

Die Kultur wirkt sich auf alle Dimensionen der Qualität der Leistungen aus. Wenn Fachpersonen der Meinung sind, sie wüssten besser als Patientinnen und Patienten, was gut für sie ist, behindert dieses kulturell bedingte Verhalten den Aufbau patientenzentrierter Leistungen. Das Gleiche gilt für die Wirksamkeit, Sicherheit, integrierte Behandlung und Pflege usw. So trägt das Handlungsfeld Kultur zur Umsetzung der Vision und zur Erreichung aller Oberziele bei, die in dieser Strategie beschrieben sind. Es wirkt als treibende Kraft.

Nachfolgend beschreiben wir die wichtigsten kulturellen Merkmale, die mit der nationalen Strategie gefördert werden sollen:

1. Bei der Gestaltung der Gesundheitsleistungen und des Gesundheitssystems stehen die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen sowie eine einfühlsame Haltung, die integrierte Behandlung und Pflege und die Prävention im Vordergrund.
2. Die Behörden und Leistungserbringer auf allen Ebenen funktionieren als lernende Organisationen, die ihre Leistung kontinuierlich messen und bewerten, ihre Praktiken entsprechend anpassen und eine gerechte Fehlerkultur (Just Culture) fördern.
3. Die Beteiligung und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten werden angestrebt, um eine aktive Mitgestaltung zu fördern.
4. Das Arbeitsklima ist offen, partizipativ und fördert Integrität, die Beteiligung der Mitarbeitenden sowie die Freude an der Arbeit.

### **Heutige Lage**

In der Schweiz wird das Gesundheitssystem von den Bürgerinnen, Bürgern und Fachpersonen sehr geschätzt. Das Bewusstsein für die Unzulänglichkeiten dieses Systems ist weniger stark ausgeprägt als in vergleichbaren Ländern.<sup>70</sup> Der Bedarf an kontinuierlicher Verbesserung und die Notwendigkeit, bestimmte Themen eingehend zu hinterfragen, sind hierzulande derzeit wenig in der Kultur verankert.

Der Abschlussbericht zur Reihe von Patienteninterviews, die zur Vorbereitung dieser Strategie geführt wurden<sup>71</sup>, zeigt auf, dass die Fachpersonen manchmal Macht demonstrieren und kaum an der persönlichen Situation der Patientinnen und Patienten interessiert sind. Dies widerspiegelt eine noch wenig patientenzentrierte Kultur.

Es wurden einige Umfragen zur Sicherheitskultur durchgeführt, leider aber ohne Veröffentlichung. Die wenigen veröffentlichten Ergebnisse<sup>72</sup> zeigen eine deutlich weniger ausgereifte Kultur der Patientensicherheit als in den angelsächsischen oder nordischen Ländern. Die von der Stiftung für Patientensicherheit in Zusammenarbeit mit den Partnerstellen in Deutschland und Österreich herausgegebenen Empfehlungen zur Berichtspraxis von Ereignissen zeigen, dass die Schweiz der Meldung klinischer Zwischenfälle weniger Beachtung schenkt als ihre Nachbarländer.<sup>73</sup>

### **Handlungsbedarf**

Es bedarf einer landesweiten Anstrengung, um die Kultur der Qualität zu analysieren und einen Wandel hin zu einer Kultur der kontinuierlichen Verbesserung zu fördern. Diese soll Wert auf Transparenz legen, den Patientinnen und Patienten eine Rolle als Entscheidungsträger einräumen und versuchen, aus Fehlern zu lernen, statt dafür zu bestrafen.<sup>74</sup> Diese Bemühungen umfassen eine gross angelegte Kulturbewertung, die Sensibilisierung der Führungskräfte, die Stärkung der öffentlichen Erwartungen sowie sehr

<sup>70</sup> Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Seite 4.

<sup>71</sup> Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.

<sup>72</sup> Perneger TV., Staines A., Kundig F. (2014). Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture; BMJ Quality & Safety. 23:389-397.

<sup>73</sup> Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit, Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.) (2016). Empfehlungen für das Betreiben eines Bericht- und Lernsystems (CIRS). Berlin.

<sup>74</sup> Aaraaen, A., Saar, K., Klazinga, N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. OECD. Paris.

## Qualitätsstrategie

konkrete Massnahmen zur offenen Kommunikation von Fehlern und unerwünschten Ereignissen gegenüber Patientinnen, Patienten und ihren Familien.

### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

Nationale und kantonale Behörden sollten sich der Auswirkungen bewusst werden, die ihre Entscheide und der Wortlaut von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien, Reglementen, Verfügungen und weiteren Schreiben auf die Kultur haben.

Die Strategie hat auch ein von den Gesundheitsfachpersonen geschätztes Arbeitsumfeld, das eine respektvolle Behandlung und Pflege fördert, zum Ziel. Dazu muss die Leadership für Qualität der Leistungen aller Akteure auf allen Ebenen des Systems verstärkt werden.

Zur Förderung der Kultur gehört auch deren Evaluation, zum Beispiel durch die Einführung einer Palette von validierten Instrumenten und durch Anreize zu deren Nutzung. Eine Reihe von auf Forschungsarbeiten und internationalen Erfahrungen beruhenden Massnahmen zur Stärkung dieser Kultur könnte ebenfalls erarbeitet werden.

Die Just Culture sollte gefördert werden. Dies könnte durch einen Auftrag für die Erarbeitung einer Praxisempfehlung zur Just Culture geschehen, welche eine nicht bestrafende Reaktion auf Fehler, eine Analyse von Zwischenfällen und unerwünschten Ereignissen, die Unterstützung der an einem Zwischenfall beteiligten Fachpersonen sowie die Information des Patienten oder der Patientin über ein unerwünschtes Ereignis beinhaltet.

Auch der rechtliche Rahmen kann die Qualität der Leistungen unterstützen. Eine Durchführbarkeitsstudie für folgende Themenbereiche sollte in Auftrag gegeben werden: für die Schaffung eines nationalen Rechtsrahmens im Bereich der Patientensicherheit und für die Einrichtung eines Mechanismus zur Entschädigung von Opfern unerwünschter Ereignisse, ohne dass die Schuld einer Fachperson nachgewiesen werden muss (verschuldensunabhängige Entschädigung, *no-fault compensation*). Dies führt zum Schutz von Meldungen über Zwischenfälle im Gesundheitswesen vor rechtlichen Ansprüchen und zur Verpflichtung aller Leistungserbringer, über ein System zur Meldung und Bewältigung von Zwischenfällen zu verfügen.

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Kultur ist die Kommunikation mit der Öffentlichkeit und den Fachpersonen. Es sollte ein Langzeitprogramm zur Sensibilisierung für die Problematik eingerichtet werden.

## **6.2 HF Governance**

### **Definition**

Unter dem Begriff der «clinical governance»<sup>75 76 77</sup> werden die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Hinblick auf eine systematische Gewährleistung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungen zusammengefasst. Die KVG-Revision legt die Rollen im Bereich der Qualitätsentwicklung klar fest. Die vorliegende Strategie baut darauf auf, um das Steuerungssystem zu definieren, mit dem sich die Vision und die Oberziele erreichen lassen. Zur Governance gehören also die Prozesse, Leadership und Kultur, die auf der Makro-, Meso- und Mikroebene erforderlich sind, um die Anforderungen an die

<sup>75</sup> Firth-Cozens, J., Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*, 10 (Suppl.II). Seiten ii3-ii7.

<sup>76</sup> Berwick, M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA*; 289: 1969-1975.

<sup>77</sup> Bodenheimer, Th. (1999). The movement for improved quality in Health Care. *New Engl J Med*, 340. Seiten 488-492.

Qualität der Leistungen zu erfüllen oder zu übertreffen, die Risiken zu reduzieren und Verbesserungen zu implementieren.

### **Verbindung zum Oberziel**

Das Handlungsfeld Governance enthält die strategischen Ansätze, um die Vision der Qualitätsstrategie gemeinsam mit den Akteuren zu verwirklichen. Es unterstützt alle in dieser Strategie formulierten Oberziele und weist Querbezüge zu Zielen und Massnahmen in den anderen Handlungsfeldern auf. Um die Notwendigkeit eines Eingriffs zu beurteilen und gezielte Interventionen umzusetzen, verfolgt die Governance neu einen Ansatz, der alle Ebenen der OKP integriert und sich über alle Leistungserbringungsbereiche und Qualitätsdimensionen erstreckt. Die Institutionalisierung von kontinuierlichem Feedback und Lernen auf der Makroebene sowie die Massnahmen auf der Mesoebene stärken die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements und die Etablierung einer entsprechenden Kultur über die betriebliche Ebene hinaus.

### **Heutige Lage**

Laut OECD-Bericht<sup>78</sup> gehört die Schweiz mit ihrem dezentralen, hoch fragmentierten Gesundheitssystem zu den Ländern, in denen weniger Governance-Funktionen implementiert und diese schwächer aufeinander abgestimmt sind als in vergleichbaren Ländern. Entsprechend stark fragmentiert ist die Governance selbst, die einen hohen Delegationsgrad an die Akteure auf den verschiedenen Ebenen aufweist. Der nationale Bericht<sup>79</sup> registriert Unstimmigkeiten über Rollen und Verantwortlichkeiten sowie Vorbehalte gegen eine übermässige zentrale Steuerung und Regulation der Qualität. Die Leistungserbringer, Versicherer und ihre Verbände gewährleisten bisher die Qualität in Eigenverantwortung. Dies verhindert gleichermassen wie die mangelnde Transparenz sowie eine wenig ausgeprägte Vertrauenskultur bisher umfassendere und besser koordinierte nationale Anstrengungen. Derselbe Bericht vermerkt auch eine Untervertretung der Patientenorganisationen. Die Stellung der Patientenorganisationen ist auf Bundesebene gesetzlich nicht geregelt. Sie haben keine Beschwerde- oder Anzeigerechte.<sup>80</sup>

### **Handlungsbedarf**

Soll ein höheres Niveau der Qualität der Leistungen erreicht werden, müssen vor allem die systemischen Schwächen angegangen werden, dies bestätigt auch der OECD-Bericht. Im Zentrum der Governance muss die Institutionalisierung des Qualitätsentwicklungsprozesses auf allen Ebenen stehen. Die Akteure müssen ihre im Gesetz neu definierten Rollen in der Qualitätsentwicklung kennen und leben. Auf der Makroebene ist ein Regelkreis erforderlich, der die Massnahmen (Qualitätsverträge der Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sowie die Tätigkeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission) im Hinblick auf die vom Bundesrat gesetzten Vierjahresziele evaluiert und sicherstellt, dass die vorhandenen Ressourcen gezielt eingesetzt werden. Ausgehend von einem gemeinsamen Verständnis der Prioritäten, wie sie in der Vision und den übergeordneten Zielen der vorliegenden Strategie dargelegt sind, müssen die Akteure auf jeder Ebene innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs die Qualitätsentwicklung zu einer echten strategischen Priorität machen und Transparenz, geeignete Qualitätsmanagementsysteme, einen adäquaten Umgang mit Patientensicherheitsrisiken sowie eine Kultur der Offenheit und des Vertrauens weiterentwickeln. Insbesondere braucht es ein stärkeres Engagement auf der Ebene der Institutionen.

### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

<sup>78</sup> Aaraaen, A., Saar, K., Klazinga, N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. OECD. Paris.

<sup>79</sup> Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<sup>80</sup> Bundesamt für Gesundheit (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Abstract. Bern.

Mittelfristig sollten die Leistungserbringer über eine eigene Vision und Strategie verfügen, die sich an der nationalen Politik zur systematischen und kontinuierlichen Verbesserung der Leistungsqualität orientiert und Qualitätsentwicklung zur entscheidenden strategischen Priorität erhebt.

Führungskräfte und Verwaltungsräte der Leistungserbringer- und Berufsorganisationen sollten in Best Practices für die Qualitätsentwicklung geschult werden. Diese Schulung sollte namentlich auf die Grundprinzipien bei der Schaffung einer qualitätsorientierten Infrastruktur sowie auf die Rolle der Führungskräfte bei der Unterstützung und Leitung der Qualitätsverbesserung und die damit verbundenen Verantwortlichkeiten eingehen.

Auf allen Ebenen wird ein wirksames Qualitätsmanagement benötigt, das alle wichtigen Bereiche abdeckt und sich an der Patientenzentriertheit orientiert. Die Leistungserbringer unterscheiden sich erheblich bezüglich Grösse und Aufgabe, Leistungsauftrag, kantonalen Anforderungen und anderen Gegebenheiten. Daher ist es wichtig, dass die Behörden eine Reihe von geeigneten Optionen für das Qualitätsmanagement definieren.

Die von der Stiftung Patientensicherheit bereits geleistete Arbeit zur Förderung eines evidenzbasierten Konzepts in Einrichtungen der Leistungserbringung (evidence-based design) sollte weitergeführt und auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden.

Kenntnisse und Kompetenzen zur Qualitätsverbesserung sollten als berufliche Grundanforderungen betrachtet werden. Es sollten Empfehlungen zu ihrer Einführung in der Aus- und Weiterbildung aller Berufsfelder erarbeitet werden.

## 6.3 HF Datengesteuerte Entscheidungsfindung

### Definition

Gesundheitsleistungen und Massnahmen zur Verbesserung ihrer Qualität nutzen den Rohstoff Wissen. Wissen basiert insbesondere auf Daten, die gesammelt werden, um Leistungen zu erbringen und zu planen, deren Ergebnisse zu bewerten, die Qualität zu verbessern, wissenschaftliche Erkenntnisse voranzutreiben und die Governance der Gesundheitssysteme sicherzustellen. Datengesteuerte Entscheidungsfindung ist ein Prozess, bei dem die besten und aktuellsten Daten (quantitativ und qualitativ) ermittelt, extrahiert, ausgewertet und interpretiert werden, um Entscheidungen zu Gesundheitsleistungen und deren Verbesserung richtig zu treffen und über eine Grundlage für den gemeinsamen Entscheidungsprozess zu verfügen.

### Verbindung zum Oberziel

Dieses Handlungsfeld unterstützt alle in dieser Strategie definierten Oberziele. Für die gemeinsame Entscheidungsfindung braucht es zum Beispiel zugängliche klinische Daten. Die Reduzierung der vermeidbaren Patientenschäden setzt die Ermittlung und Bezifferung dieser Schäden und der dazu beitragenden Systemfehler sowie Daten zur Wirksamkeit der Präventionsmassnahmen voraus. Für das Erreichen hochwertiger, evidenzbasierter Leistungen ist ein datengesteuerter Verbesserungszyklus erforderlich. Das Gleiche gilt für die Koordination der Leistungen und die Kultur der Fachpersonen. Keines dieser Ziele kann ohne Datenerhebung, -verarbeitung, -analyse und -nutzung erreicht werden. Auf klinischer Ebene und bei den Leistungserbringern ermöglicht dieses Handlungsfeld, die Erfüllung der in den Qualitätsvereinbarungen enthaltenen Verpflichtungen zu überwachen. Auf nationaler Ebene liefert es die Grundlage, die Zielerreichung zu beurteilen.

### **Heutige Lage**

Die Prüfung des Schweizer Gesundheitssystems durch die OECD<sup>81</sup> im Jahr 2011 zeigte, dass fehlende Daten zur Chancengerechtigkeit und Qualität der Schweizer Gesundheitsversorgung eine Bewertung des Return on Investment im Gesundheitswesen erschweren. Der Bericht des wissenschaftlichen Beirats zur Qualität aus dem Jahr 2013<sup>82</sup> macht den Bund auf das Fehlen eines nationalen Indikatoren-Sets zur Qualität der Leistungen, insbesondere in der Langzeitpflege, der ambulanten Pflege und der Spitex, aufmerksam. Der nationale Bericht greift diese Feststellungen auf und zeigt, dass diese Lücken immer noch bestehen.

### **Handlungsbedarf**

Sämtliche Akteure auf allen Ebenen des Systems in diesem Bereich müssen mobilisiert werden. Voraussetzung dafür ist zum einen ein gesteigertes Bewusstsein für die Notwendigkeit von Messungen und Evaluationen. Zum andern braucht es für ein nationales Monitoring der Qualität ein nationales Indikatoren-Set, das alle Gesundheitsbereiche abdeckt. Dabei werden die Bedürfnisse der Beteiligten berücksichtigt und flankierende Regeln zu Datenschutz und Datensicherheit sowie zur Festlegung des Verwendungszwecks der Daten vor ihrer Erhebung angewendet. Ausserdem ist ein besonderes Augenmerk auf die Auswahl der zu erhebenden Daten zu richten.

### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

Um ein nationales Monitoring der Leistungsqualität und entsprechende Transparenz zu ermöglichen, ist ein Messkonzept als Leitfaden und anschliessend ein vollständiges Indikatoren-Set für die Qualität der Leistungen zu entwickeln. Dabei sollten die bestehenden Indikatoren auf nationaler Ebene harmonisiert und neue Indikatoren erarbeitet werden, insbesondere in den Bereichen Grundversorgung, Spitex und Langzeitpflege. Die Veröffentlichung der Ergebnisse sollte nach einer Testphase der Indikatoren zu einer transparenzfördernden Standardpraxis werden. Es sollte ein nationales Dashboard für die Qualität der Leistungen entwickelt werden. Der Forschung, die zur Entwicklung von Instrumenten für die Erhebung von Daten über die Patientenperspektive beiträgt, sollte auf nationaler Ebene Priorität eingeräumt werden.

Der Einsatz von *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) sollte gefördert werden, um zu verstehen, welchen Wert die Patientinnen und Patienten den erhaltenen Leistungen beimessen und welche Auswirkungen sie auf ihre Gesundheit wahrnehmen. Ein Statusbericht über den Einsatz von PROMs mit Verwendungsempfehlungen in allen Fällen, in denen wissenschaftliche Evidenz für ihren Nutzen vorliegt, wäre zu begrüssen. Der Bund sollte die Möglichkeit des Aufbaus klinischer Register prüfen. Für die Bewertung des Nutzens für den Patienten sind diese entscheidend. Wichtig ist die Integration von PROMs, um sicherzustellen, dass die Einschätzung der Patientinnen und Patienten in die Bewertung des Nutzens einfließt.

Das zu fördernde allgemeine Prinzip ist das kollektive Lernen aus Daten. Dazu muss der Einsatz von Benchmarking begünstigt und erleichtert werden. Um das Lernen aus Daten umzusetzen, sollte der PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) zur kontinuierlichen Verbesserung landesweit breit gefördert werden. Dieser Zyklus stellt sicher, dass jede Verbesserungsinitiative mittels Datenanalyse bewertet wird und ausgehend vom identifizierten Handlungsbedarf zu den notwendigen Verbesserungsmaßnahmen führt. Der Zyklus sollte systematisch in die Qualitätsverträge aufgenommen und durch nationale Programme zur Qualitätsentwicklung gefördert werden. Die dabei gesammelten Daten sollten in das nationale Monitoring integriert werden.

<sup>81</sup> OECD (2011). OECD reviews of health systems: Switzerland 2011. OECD Publishing.

<sup>82</sup> Vincent C, Scientific Advisory Board of the FOPH (2013). Improving the quality and safety of healthcare in Switzerland: reflections on the Federal Strategy. Bern.

Datenerfassungssysteme sollten in erster Linie dafür sorgen, dass die Ergebnisse der Datenauswertungen an diejenigen Teams und Fachpersonen zurückgehen, bei denen die Daten erhoben werden. Dazu sollte ein Aktionsplan erarbeitet werden.

## 6.4 HF Implementierung

### Definition

Implementierung wird von Damschroder<sup>83</sup> definiert als Prozessablauf, mit dem eine Massnahme in einer Organisation verankert werden soll. Im Rahmen dieser Strategie wird Implementierung definiert als eine Reihe von Prozessen und Ansätzen, um eine Massnahme, Praxis oder Policy in einer Organisation zum allgemeinen Gebrauch zu machen. Implementierung stellt eine Herausforderung dar. Die Forschung zeigt, dass viele Massnahmen nicht zu den erwarteten Ergebnissen führen, weil sie von der Empfängerchaft nicht verinnerlicht werden und der Implementierungsprozess unvollständig, unangemessen oder inkonsistent ist oder zudem nicht flächendeckend erfolgt.

Der Implementierungsprozess zur Verankerung einer Massnahme wird durch ein Nachhaltigkeitskonzept ergänzt, um den Nutzen dieser Massnahme langfristig zu erhalten.

### Verbindung zum Oberziel

Alle in dieser nationalen Strategie aufgeführten Oberziele setzen Massnahmen voraus. Diese werden nur dann die gewünschten Ergebnisse erzielen, wenn sie auf einem robusten, zuverlässigen und systematischen Implementierungsprozess sowie auf einem Nachhaltigkeitskonzept beruhen.

### Heutige Lage

Implementierungsprozesse und Nachhaltigkeitskonzepte stellen auf der ganzen Welt Herausforderungen dar. Studien zeigen, dass neue, evidenzbasierte Praktiken durchschnittlich 17 Jahre brauchen, um fester Bestandteil der täglichen Arbeit zu werden.<sup>84</sup> Zu einem systematischen klinischen Einsatz kommt es jedoch nur bei der Hälfte dieser Praktiken.<sup>85</sup> Auch die Schweiz steht vor dieser Herausforderung. Der nationale Bericht hebt die oft bescheidene Reichweite vieler Qualitätsinitiativen hervor und hält fest, dass deren Nachhaltigkeit kaum erwiesen ist. Der Bericht nennt als Beispiel unter anderem Schulungsprogramme in Teamarbeit, Chirurgie und Anästhesie, bei denen Schweizer Institutionen Pionierarbeit geleistet haben, die Implementierung jedoch nicht im gewünschten Umfang erfolgte. Er besagt auch, dass die Umsetzung der nationalen Pilotprogramme Progress nur teilweise erfolgte.

### Handlungsbedarf

Der Implementierungs- und Nachhaltigkeitsprozess verlangt den Einsatz von Methoden, Ressourcen, Anstrengungen und konsequenter Evaluation, sei es auf Ebene der Fachpersonen, der unterstützenden Organisationen, der Einrichtungen der Leistungserbringung, der Kantone oder des Bundes. Die Sichtweise, dass die Verbreitung einer Praxisempfehlung für eine Änderung der Praxis ausreicht, muss durch eine bessere Organisation und mit Hilfe aller Mittel der Implementierungswissenschaft abgelöst werden.<sup>86</sup> Die Implementierung muss ebenso wie die Nachhaltigkeit bereits in der Konzeptphase einer Intervention geplant, ihr Umfang definiert und die Evaluation überwacht werden.

<sup>83</sup> Damschroder L., Aron, D., Keith R., Kirsh S., Alexander J., Lowery J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science* 4(1), Seite 50.

<sup>84</sup> Morris, Z. S., Wooding, S., Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), Seiten 510-520.

<sup>85</sup> Balas, E. A., Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement.

<sup>86</sup> Michie, S., Atkins, L., Gainforth, H. (2016). Changing behaviour to improve clinical practice and policy. *Novos Desafios, Novas Competências: Contributos Atuais da Psicologia*. Braga: Axioma-Publicações da Faculdade de Filosofia. Seiten 41-60.



### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

Es braucht ein Konzept, das den Mechanismus zur allgemeinen Implementierung der nationalen Programme zur Qualitätsentwicklung beschreibt. Dies hat zum Ziel, dass die Massnahmen zur Verbesserung flächendeckend bzw. für alle betroffenen Patientinnen und Patienten zunächst in den Piloteinrichtungen der Leistungserbringung und anschliessend in der gesamten Schweiz umgesetzt werden.

Das Verbesserungswissen der Schweizer Organisationen muss bewertet werden, ebenso wie ihre Fähigkeit, interne Verbesserungsprogramme umzusetzen und wirksam auf nationale Initiativen zu reagieren. In der Schweiz sollten Studien zu den Erfolgsfaktoren und Hindernissen für die Implementierung sowie die Nachhaltigkeit von Veränderungen, die zu Verbesserungsmassnahmen führen, in Auftrag gegeben werden.

Die EQK sollte zur Frage, wie sich die an der Qualität der Leistungen beteiligten Akteure gegenseitig in ihrem Handeln stärken können (z.B. bei den nationalen Programmen zur Qualitätsentwicklung), ein Konzept prüfen und entwickeln.

Das Bestreben, die Prinzipien der *Implementation Science* in die Ausbildung des klinischen Fachpersonals einzubeziehen und zu fördern, einschliesslich multimodaler Strategien für Praxisänderungen, sollte stets im Fokus sein.

## **6.5 HF Patientenzentriertheit**

### **Definition**

Die Amerikanische Akademie der Medizinischen Wissenschaften definiert patientenzentrierte Gesundheitsversorgung als «Versorgung, bei der die Präferenzen, Bedürfnisse und Werte aller Patientinnen und Patienten respektiert werden und sichergestellt ist, dass diese Werte als Leitplanke für alle klinischen Entscheidungen dienen».<sup>87</sup>

Im Rahmen dieser Strategie betrachten wir ein System als patientenzentriert, wenn es eine Behandlung und Pflege bietet, bei der die Patientinnen und Patienten respektiert und ihre Erfahrungen, Präferenzen, Bedürfnisse und Werte berücksichtigt werden. Dieses System stellt sicher, dass die Leistungen auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin abgestimmt sind. Dabei werden auch die Betreuerinnen und Betreuer sowie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

### **Verbindung zum Oberziel**

Eines der erklärten Oberziele dieser Strategie ist die patientenzentrierte Behandlung und Pflege, mit welcher Patienten und Patientinnen in die Planung und Entscheidungsfindung einbezogen sowie ihre Erfahrungen berücksichtigt werden. Ein weiteres Ziel besteht darin, die Leistungen so gut zu koordinieren und harmonisieren, dass die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger diese als interprofessionell so optimal organisiert und auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten wahrnehmen, als wären sie aus einer Hand.

### **Heutige Lage**

Die Zusammenfassung der für die Ausarbeitung dieser Strategie geführten Patienteninterviews zeigt, dass es für Patientinnen und Patienten sehr unangenehm ist, in vorgefasste medizinische Kategorien

---

<sup>87</sup> Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.

eingeteilt zu werden, und sehr kritisch, wenn sie sich als Objekt und nicht als Subjekt wahrgenommen fühlen.<sup>88</sup> Der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen vertritt die Ansicht, dass der Status der Patientinnen und Patienten in der Schweiz im Vergleich zu den Nachbarländern zu wünschen übrig lässt, da ihre Interessenvertretung nach wie vor sehr fragmentiert ist.<sup>89</sup> Die Rechte sind an vielen Stellen unübersichtlich und in unterschiedlicher Form geregelt.<sup>90</sup> Die Patientenrechte im medizinischen Alltag werden nicht auf Bundesebene geregelt.<sup>91</sup> Laut dem nationalen Bericht<sup>92</sup> besteht in der Schweiz ein erhebliches Potenzial, um die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an ihrer eigenen Behandlung und Pflege, an Verbesserungsprojekten sowie am Management der Einrichtungen der Leistungserbringung zu fördern. Dieses Potenzial erfordert auch den Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Gestaltung von Forschungsprojekten und in das Coaching anderer Patientinnen und Patienten.

Die Fragmentierung beeinträchtigt das Schweizer Gesundheitssystem, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu erfüllen. Die Grundversorgung sowie die fachärztliche Behandlung und Pflege werden oft von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht. Das Gleiche gilt für den somatischen und den psychiatrischen Bereich. Die Kantons Grenzen führen zu einer Vielzahl von Entscheidungsgremien und Einrichtungen zur Leistungserbringung. Bei den zur Ausarbeitung dieser Strategie geführten Patienteninterviews wurde die Fragmentierung des Systems kritisiert.<sup>93</sup> Die Patientinnen und Patienten hielten fest, dass die Fachpersonen nach den Sprechstunden verschwinden, dass die Abstimmung zwischen den Fachpersonen zu wünschen übrig lässt und die Vertreter und Vertreterinnen der Fachgebiete sich untereinander konkurrenzieren, statt den Patienten oder die Patientin ganzheitlich zu betrachten.

Im Rahmen der Umsetzung anderer nationaler Gesundheitsstrategien und Programme entstanden nebst relevanten Erkenntnissen für die Weiterentwicklung der Patientenzentriertheit auch konkrete Produkte mit direktem Bezug zur Patientenzentriertheit, welche die Leistungserbringer systematisch und nachhaltig anwenden. Durch die aus der Nationalen Demenzstrategie (NDS) hervorgegangenen Nationalen Plattform Demenz können die anhand der NDS erreichten Ergebnisse weiterentwickelt werden. Dies sind namentlich die optimierte Qualität der Beratung, Behandlung, Betreuung und Pflege der betroffenen Menschen. Auch das Erarbeiten von gemeinsamen Massnahmen und deren Verankerung in der Praxis kann anhand dieser Plattform sichergestellt und für alle sichtbar gemacht werden.

Mit Hilfe der Nationalen Strategie gegen Krebs (NSK) haben Bund und Kantone unter Einbezug von Organisationen sowie Experten und Expertinnen der Onkologie die Krebsprävention und -bekämpfung verbessert. Verschiedene Partner wie die Krebsliga verfolgen die Ziele der Strategie NSK weiter. Dazu gehören: die Implementierung sinnvoller Diagnostik und Behandlung sowie die psychosoziale und palliative Betreuung.

Im Bereich Palliative Care hat der Bundesrat am 18. September 2020 den Bericht «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» verabschiedet. Darin schlägt er eine Reihe von Massnahmen vor, um Palliative Care auch ausserhalb einer Nationalen Strategie weiter fördern zu können. Im Jahr 2017 wurde die Plattform Palliative Care lanciert. Sie fördert den Austausch und die Vernetzung der nationalen Akteure und der Kantone im Bereich Palliative Care.<sup>94</sup>

<sup>88</sup> Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.

<sup>89</sup> Ziltener, E. (2019). Healthcare from the point of view of patients: Dachverband Schweizerischer Patientenstellen. A short report commissioned as a basis for the Swiss National Report.

<sup>90</sup> Vgl. Bericht Patientenrechte in der Schweiz. Der Bericht ist abrufbar unter: [www.baq.admin.ch](http://www.baq.admin.ch) > Medizin & Forschung > Patientenrechte > Bericht Patientenrechte in der Schweiz

<sup>91</sup> Bundesamt für Gesundheit (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Abstract. Bern.

<sup>92</sup> Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<sup>93</sup> Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.

<sup>94</sup> Vgl. Plattform Palliative Care. Abrufbar unter: [www.plattform-palliativecare.ch](http://www.plattform-palliativecare.ch).

### **Handlungsbedarf**

Die in der Schweiz und anderen Ländern lange vorherrschende Kultur des Paternalismus, in der Fachpersonen sich über den Willen der Patientinnen und Patienten stellen, ist zu überwinden.

Um die Leistungen patientenzentriert zu gestalten sowie eine integrierte Behandlung und Pflege aufzubauen, sind eine verstärkte Abstimmung zwischen den Leistungserbringern sowie ein bedeutender kultureller und organisatorischer Wandel erforderlich. Dies setzt eine starke Führung sowie Schulung und Unterstützung voraus, und zwar sowohl für die Leistungsbezüger und -bezügerinnen als auch für die Leistungserbringer. Patientenzentrierte Behandlung und Pflege bedeutet, den Patientinnen und Patienten vollständige, klare, personalisierte und koordinierte Informationen zu geben, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zu unterstützen. Den Patientinnen, Patienten und ihren Verbänden ist ein neuer Platz einzuräumen, um ihre Beteiligung zu fördern, und zwar sowohl an ihrer eigenen Behandlung und Pflege als auch an Qualitätsinitiativen.

### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

Konkrete Modalitäten für die Umsetzung des Konzepts Patientenzentriertheit müssen entwickelt werden. Dazu gehören Mechanismen für die gemeinsame Entscheidungsfindung, die therapeutische Aufklärung<sup>95</sup> und die Befähigung der Patientinnen und Patienten. Man muss die Anwendung dieser Modalitäten sicherstellen und auch ihre Einbindung in die Ausbildung der Fachpersonen empfehlen. Zudem sollten Best-Practice-Richtlinien ausgearbeitet werden zum Einbezug der Patientinnen, Patienten und Betreuenden in die Governance der Einrichtungen der Leistungserbringung, in Verbesserungsprojekte, in das Coaching anderer Patientinnen und Patienten sowie in ihre eigene Behandlung und Pflege. Ihre Einbindung in die tägliche Praxis sollte geprüft werden. Ausserdem sollten laufende Initiativen wie zum Beispiel die Teilnahme der Schweiz an der OECD-Initiative *Patient-Reported Indicator Surveys* (PaRIS) weitergeführt werden.

Die Stärkung der Patientenverbände sollte Priorität erhalten, da eine Partnerschaft mit diesen Verbänden für die Umsetzung der meisten strategischen Elemente erforderlich ist. So fehlt es beispielsweise den Patientenorganisationen an finanziellen Mitteln, um medizinische, rechtliche, administrative, soziale, schulische und berufliche Informationen für Patienten und Patientinnen aufzubereiten und zu verbreiten.<sup>96</sup>

Eine Verbesserung im Bereich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für vulnerable Personen (gebrechliche ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Flüchtlinge, Menschen mit psychischen Problemen und andere Personen, die im Gesundheitssystem benachteiligt sein können) hat Priorität.

Die Entwicklung von Methoden zur Verbesserung der Koordination sowie von Konzepten zur integrierten Behandlung und Pflege sollte eine langfristige strategische Priorität darstellen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen (Polymorbidität). Hier soll an die Erkenntnisse und Produkte aus den Tätigkeiten anderer nationaler Gesundheitsstrategien und Programme angeknüpft werden.

---

<sup>95</sup> Gemäss der Definition der WHO. Vgl. WHO Working Group (1998). *Therapeutic Patient Education*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe.

<sup>96</sup> Vgl. Fazit des Berichtes des Bundesrates vom 17. Februar 2021: Gesetzliche Grundlage und finanzielle Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der Versorgung im Bereich seltene Krankheiten; abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Politische Aufträge & Aktionspläne > Nationales Konzept Seltene Krankheiten.

## 6.6 HF Patientensicherheit

### Definition

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>97</sup> ist Patientensicherheit «ein Rahmen für Massnahmen, die bei Kultur, Prozessen, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung ansetzen, um kohärent und nachhaltig die Risiken und das Auftreten vermeidbarer Schäden zu reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher zu machen und ihre Auswirkungen zu verringern, wenn sie doch auftreten». Diese Definition wird auch für die nationale Strategie verwendet.

Ebenfalls laut WHO beinhaltet ein Schaden eine Beeinträchtigung von Körperstruktur oder -funktion und/oder daraus entstehende schädliche Auswirkungen, einschliesslich Krankheit, Verletzungen, Leid, Invalidität und Tod, und kann physischer, sozialer oder psychologischer Natur sein. Mit dem Fachgebiet Patientensicherheit sollen behandlungsbedingte Schäden, die durch die erbrachten oder unterlassenen Leistungen und nicht durch die Krankheit des Patienten oder der Patientin entstehen, vermieden werden.

### Verbindung zum Oberziel

Das Ziel ist ein gegen Null tendierendes Niveau vermeidbarer Patientenschäden. Dass Patientinnen und Patienten vermeidbare gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden, ist inakzeptabel. Auch wenn es «zero Harm» derzeit nicht gibt, ist der Bundesrat der Meinung, dass dieses Ziel konsequent anzustreben ist. Dafür soll man sich an den Grundsätzen von Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit, wie sie beispielsweise in der Luftfahrt oder der Atomwirtschaft entwickelt wurden, orientieren.

### Heutige Lage

Der nationale Bericht<sup>98</sup> weist darauf hin, dass Patientensicherheit weiterhin ein Problembereich ist. Gemäss einer Studie aus einem Schweizer Spital erleiden 12,3 Prozent der Patientinnen und Patienten einen Schaden, der ihren Spitalaufenthalt um mindestens einem Tag verlängert.<sup>99</sup> Von den hospitalisierten Erwachsenen entwickeln 4 Prozent während ihres Aufenthalts einen Dekubitus und 3,8 Prozent stürzen.<sup>100</sup> Landesweit ziehen sich 5,9 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Infektion im Spital zu. Ein Viertel der Schweizerinnen und Schweizer über 65 Jahre nehmen potenziell ungeeignete Medikamente ein.<sup>101</sup> Laut einer Review internationaler Studien sind chirurgische Komplikationen, Medikamentenereignisse und therapieassoziierte Infektionen die häufigsten Arten unerwünschter Ereignisse in Akutspitalern.<sup>102</sup> Diese Übersicht zeigt auch, dass international bei einem von zehn Patienten das unerwünschte Ereignis so gravierend ist, dass es zu mindestens einem zusätzlichen Spitaltag führt.<sup>102</sup>

Laut dem nationalen Bericht haben institutionelle und kantonale Initiativen sowie die nationalen Pilotprogramme Progress gezeigt, dass die systematische Umsetzung der in der wissenschaftlichen Literatur empfohlenen guten Praktiken grosses Verbesserungspotenzial für die Patientensicherheit birgt. Diese Initiativen und Pilotprogramme standen jedoch oft vor Kapazitätsproblemen, wenn es darum ging, die Anwendung neuer Praktiken systematisch zu gestalten, sie im gesamten System einzuführen und aufrechtzuerhalten. Dasselbe gilt für die im Rahmen der Umsetzung anderer nationaler Gesundheitsstrategien und Programme entstandenen Erkenntnisse und Produkte (Qualitätsindikatoren, Richtlinien, Empfehlungen, Vollzugshilfen, Schulungsangebote etc.) mit direktem Bezug zur Patientensicherheit, welche die Leistungserbringer systematisch und nachhaltig anwenden sollen.

<sup>97</sup> WHO (2020). Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. (First Draft, August 2020)

<sup>98</sup> Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<sup>99</sup> Halfon, P., Staines, A., Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 527-533.

<sup>100</sup> Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Seite 69.

<sup>101</sup> Ebd.

<sup>102</sup> Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events—a scoping review. *BMC health services research*, 18(1). Seiten 1-13.

### **Handlungsbedarf**

Wie die genannten Studien zeigen, gibt es bei der Patientensicherheit noch viel Luft nach oben, sowohl in der Schweiz als auch in den Nachbarländern. Deshalb ist der Prozess des Meldens und der Analyse unerwünschter Ereignisse wichtig. Er führt zu Verbesserungsmaßnahmen, deren Umsetzung und Wirkung überprüft werden. Es ist wichtig Best Practices mit nachgewiesener Wirksamkeit zu identifizieren, die einer Verallgemeinerung bedürfen. Die systematische Anwendung und Verbreitung im ganzen System sowie die Nachhaltigkeit dieser Best Practices sollte durch konsequente nationale und lokale Programme zur Qualitätsentwicklung sichergestellt werden. Robuste Evaluationsmechanismen, Qualitätsmanagementsysteme der Leistungserbringer, Massnahmen für eine Sicherheitskultur und den Wandel in der Organisation fördernde starke Governance sowie Leadership sollen sie dabei unterstützen.

### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

Die klassischen und prioritären Problembereiche der Patientensicherheit sind insbesondere therapieassoziierte Infektionen, unerwünschte Arzneimittelereignisse, chirurgische Komplikationen, Druckgeschwüre, Stürze und Funktionsverlust. Zu nennen sind Risiken wie venöse Thromboembolien, Fehler-nährung, Übersehen von klinischen Verschlechterungen bei Patientinnen und Patienten sowie Ereignisse in Zusammenhang mit Medizinprodukten, Blutprodukten und Patientenverwechslungen. Die Empfehlungen im Bereich psychische Gesundheit<sup>103</sup> und Langzeitpflege<sup>104</sup> sind umzusetzen. Zudem sollten die laufenden Initiativen wie die nationalen Pilotprogramme Progress und die Umsetzung der Strategie NOSO weitergeführt sowie das Monitoring der dabei erzielten Fortschritte vorangetrieben und gefördert werden. Insbesondere ist die systematische und nachhaltige Anwendung der gewonnenen Erkenntnisse und der erarbeiteten Empfehlungen zu fördern.<sup>105</sup>

Die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit hat sich bisher weitgehend auf den akutsomat-schen Bereich konzentriert. Sie sollte jedoch mit den notwendigen Anpassungen auf die Grundversor-gung und die Spitex ausgeweitet werden.

Die Probleme der Patientensicherheit sind in der Schweiz bei Fachpersonen, in der Bevölkerung und bei politischen Entscheidungsträgern und -trägerinnen immer noch unzureichend bekannt. Erforderlich wäre eine Bestandsaufnahme, in der eine nationale Studie über das Auftreten von unerwünschten Er-eignissen durchgeführt wird, gefolgt von einem gross angelegten Kommunikationsprogramm. Damit kann das Gefühl der Dringlichkeit geschaffen werden, das nötig ist, um Veränderungen herbeizuführen. Die Ergebnisse dieser Studie sollten Leitplanken für zukünftige nationale Programme zur Qualitätsent-wicklung liefern.

Es bedarf nationaler Programme zur Qualitätsentwicklung, die Fachpersonen und Einrichtungen der Leistungserbringung bei der systematischen Umsetzung von Best Practices unterstützen. Zu den The-men dieser nationalen Programme zur Qualitätsentwicklung sollten Medikationssicherheit und Teamar-beit gehören.

Die Empfehlungen des Aktionsplans der WHO<sup>106</sup> für Patientensicherheit sollten in der Schweiz umge-setzt werden.

<sup>103</sup> Stiftung für Patientensicherheit. Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch/psychiatrie/>.

<sup>104</sup> Niederhäuser, A, Füglistner, M, (2016). Patientensicherheit in der Langzeitpflege – Besonderheiten, Handlungsfelder und bestehende Aktivitäten. Stiftung für Patientensicherheit. Abrufbar unter: [https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/2\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/Archiv/Bericht\\_Patientensicherheit\\_Langzeitpflege\\_D.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Bericht_Patientensicherheit_Langzeitpflege_D.pdf).

<sup>105</sup> Vgl. Swissnoso Minimalstandards. Abrufbar unter: [https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/8\\_Swissnoso\\_Publikationen/Swissnoso\\_Minimalstandards\\_DE\\_210127-def.pdf](https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/8_Swissnoso_Publikationen/Swissnoso_Minimalstandards_DE_210127-def.pdf).

<sup>106</sup> WHO (2020). Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. First Draft, August 2020.

## 6.7 HF Nutzen für den Patienten

### Definition

Der Prozess zur Erzielung des optimalen Nutzens für den Patienten beinhaltet, neben der im HF Patientenzentriertheit erwähnten Ermittlung der individuellen Bedürfnisse, die Erbringung von Leistungen, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und für die jeweilige individuelle Krankheitssituation am besten geeignet sind. Das sind jene Leistungen, die die Wahrscheinlichkeit maximieren, die gewünschten Ergebnisse zu erzielen. Die Erzielung eines Patientennutzens geht auch mit dem Bestreben einher, die Leistungen denjenigen zukommen zu lassen, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens hoch ist. Bei der Indikationsqualität geht es genau darum. Kraft und ihre Mitautoren<sup>107</sup> definieren Indikationsqualität anhand der Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für den Patienten oder die Patientin grösser ist als das Risiko. Notwendig ist sie, wenn sie den Patienten oder die Patientin auf jeden Fall aus wissenschaftlichen und sozialetischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte. Neben der Indikationsqualität sind die Qualität der erbrachten Leistungen und die Ergebnisqualität von zentraler Bedeutung.

### Verbindung zum Oberziel

Die mit dieser Strategie zu erzielenden, langfristigen Ergebnisse sind Leistungen, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und für die Leistungsbezüger und -bezügerinnen von hohem Wert sind. Dies muss ständig hinterfragt und die Entscheidungsfindung durch einen Prozess des kontinuierlichen Lernens immer wieder neu ausgerichtet werden. Dieses Handlungsfeld hat einen engen Zusammenhang mit dem Handlungsfeld Implementierung, da der Nutzen für die Patientin und den Patienten von einem zuverlässigen und systematischen Implementierungsprozess abhängt.

### Heutige Lage

In der Schweiz zeigt der nationale Bericht,<sup>108</sup> dass die Ergebnisse trotz eines höheren Ressourceneinsatzes weder besser noch schlechter sind als in vergleichbaren Ländern. Derselbe Bericht stellt auch fest, dass der Schweiz auf nationaler Ebene oft die notwendigen Daten für einen Vergleich fehlen. Daher ist es hierzulande problematisch, den Nutzen erbrachter Leistungen zu beurteilen. Der nationale Bericht fasst zum Beispiel eine Studie über sechs chirurgische Eingriffe zusammen, wonach die entsprechenden Zahlen je nach Kanton im Durchschnitt bis um das Doppelte voneinander abweichen.<sup>109</sup> Im Spitalbereich werden zum Beispiel Kniearthroskopien von Leistungserbringern, die dieses Verfahren am häufigsten anwenden, 3,4 Mal häufiger durchgeführt als in solchen, die es am wenigsten nutzen.<sup>110</sup> Gleichzeitig gibt es eine Unterversorgung bei medizinisch sinnvollen Massnahmen. Auch die teils ausgeprägten geographischen Variationen in der Inanspruchnahme von Leistungen in der Schweiz, v.a. für gewisse orthopädische und gynäkologische Elektiveingriffe, werfen Fragen auf nach regionaler Über- und Fehlversorgung (oder auch Unterversorgung in Regionen mit tiefen Raten) sowie nach der Qualität der Indikationsstellung. Im Bereich der angemessenen Versorgung gibt es noch kein System zu Indikatoren, welche die Versorgungssituation und Versorgungsqualität messen. Die Ursachen, die zu unnötig erbrachten Leistungen und inkonsistenter Indikationsqualität und damit zu einer Über- und Fehlversorgung führen, sind multifaktoriell.

Darüber hinaus kann die Überprüfung des Nutzens auch Initiativen zur Qualitätsverbesserung umfassen. Obwohl solche Initiativen auf allen Ebenen (beruflich, institutionell, regional, national) entwickelt wurden, bleibt der Umfang der systemischen und nachhaltigen Ergebnisse bescheiden. Die Fähigkeit,

<sup>107</sup> Kraft, E., Hersperger, M., Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. Grundlagenpapier der DDQ: «We have little information about which treatments work best for which patients». Schweizerische Ärztezeitung, 93:41. Seiten 1485-1489.

<sup>108</sup> Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<sup>109</sup> Vgl. Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung. Abrufbar unter: <http://versorgungsatlas.ch>.

<sup>110</sup> Pellegrini, S., Kohler, D., Otto, S. (2014). Variations géographiques dans les soins de santé : la situation en Suisse.

den Nutzen von Verbesserungsstrategien und Qualitätsmanagementsystemen zu bewerten, ist daher ebenfalls entscheidend.

Im Rahmen der Umsetzung anderer nationaler Gesundheitsstrategien und Programme entstanden nebst relevanten Erkenntnissen für die Weiterentwicklung der Patientenzentriertheit auch konkrete Produkte (Qualitätsindikatoren, Richtlinien, Empfehlungen, Vollzugshilfen, Schulungsangebote etc.) mit direktem Bezug, welche die Leistungserbringer systematisch und nachhaltig anwenden sollen.

### **Handlungsbedarf**

Um den Patientennutzen zu verbessern, müssen die internationalen Bemühungen, neue Erkenntnisse zu gewinnen, unterstützt werden. Zudem muss man die Abstimmung der gewonnenen Erkenntnisse auf die örtlichen Gegebenheiten vereinfachen (Wissenstranslation, Implementierungswissenschaft) und dieses Wissen den Leistungserbringern in Form von Entscheidungshilfen zur Verfügung stellen. Weiter müssen solche Entscheidungshilfen in den Prozessen der Indikationsstellung implementiert werden, damit die Indikationsqualität gefördert werden kann. Dies trägt auch zum Erreichen des Ziels bei, unnötige, unzureichende oder unangemessene Gesundheitsleistungen zu reduzieren, wie in der Strategie Gesundheit2030 definiert. Die Förderung der Erstellung von Behandlungsleitlinien soll darüber hinaus vorangetrieben werden. Die Indikationsstellung kann damit verbessert werden.

### **Stossrichtungen für die Umsetzung**

Die künftigen Massnahmen zum Erreichen der Ziele dieses Handlungsfeldes orientieren sich an folgenden Stossrichtungen:

- Indikationsqualität verbessern: Die Anwendung/Implementierung und Entwicklung von Entscheidungshilfen wird gefördert. Die leistungs- und leistungserbringerbezogene Indikationsqualität wird gemessen und Verbesserungen daraus abgeleitet.
- Über-, Unter-, und Fehlversorgung reduzieren: Im Expertenbericht «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der OKP» wurde angemerkt, dass in Ergänzung des HTA-Programms auch die Über-, Unter- und Fehlversorgung strukturierter analysiert und reduziert werden soll. Mehrere Massnahmen des Berichts zielen auch auf die Verminderung der Über-, Unter- und Fehlversorgung (z. B. die Einführung von medizinischen Boards, Förderung von Behandlungsleitlinien und die Förderung von Zweitmeinungen) ab. Diese Massnahmen werden innerhalb eines übergeordneten Konzepts zur Angemessenheit integrativ betrachtet und bearbeitet. 2020 hat das BAG ein Programm zur Förderung der Angemessenheit gestartet. Dieses Programm stellt eine Ergänzung zur Qualitätsentwicklung dar und hat Überschneidungen mit der Qualitätsstrategie.

### **Verhältnis zu den Aufgaben und Zuständigkeiten der Kommissionen nach Artikel 33 KVG**

Die Aufgaben der Kommissionen nach Artikel 33 KVG liegen hauptsächlich im Rahmen der Berücksichtigung der WZW-Kriterien hinsichtlich der Bezeichnung der von der OKP übernommenen Leistungen. In der vorliegenden Strategie liegt der Fokus auf dem Nutzen für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Daher beziehen sich die entsprechenden Aufgaben der EQK in diesem Handlungsfeld auf die konkreten individuellen Leistungen für die Versicherten. Dabei ist die EQK zuständig für die Beratung der Akteure, die Unterbreitung von Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung (im Sinne der Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen), die Durchführung von Studien zur Qualität, die Überprüfungen, die nationalen Programme zur Qualitätsentwicklung und die Unterstützung von nationalen oder regionalen Projekten zur Qualitätsentwicklung. Zudem berät die EQK den Bundesrat bei der Festlegung von Massnahmen nach Artikel 58h KVG sprich bei der Festlegung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Sicherung und Wiederherstellung des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen. Hinsichtlich dem Handlungsfeld Nutzen für den Patienten sind insbesondere die konkreter beschriebenen Aufgaben zur Entwicklung neuer und zur Weiterentwicklung bestehender Qualitätsindikatoren sowie die

## Qualitätsstrategie

Gewährleistung eines adäquaten Risikomanagements auf nationaler Ebene zu erwähnen. Die Aufgaben der EQK haben dort ihre Handlungsgrenze, wo sie auf die Aufgaben der anderen ausserparlamentarischen Kommissionen des KVG treffen. Dort, wo sich die Aufgabenbereiche berühren, ist es sinnvoll, einen Austausch und eine Zusammenarbeit zwischen den Kommissionen zu pflegen.

ENTWURF



## 7 Umsetzung der Strategie

### Umsetzungsplan

Die Umsetzung der Qualitätsstrategie erfolgt im Einklang mit der Bewilligung der Gesamtkredite in Vierjahresperioden. Aufgrund ihrer Verabschiedung zusammen mit der vorliegenden Strategie im Dezember 2021 legte der Bundesrat seine ersten Vierjahresziele zur Qualitätsentwicklung ausnahmsweise nur für drei, d.h. die Jahre 2022–2024, fest. Um eine möglichst rasche Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen des Systems zu erreichen, fokussiert er auf die systemorientierten Handlungsfelder. Das heisst aber keineswegs, dass mit Verbesserungsmaßnahmen in den leistungsorientierten Handlungsfeldern zugewartet werden kann oder soll. Für sie gilt, dass sämtliche Akteure aller Ebenen dem Zweck der Qualitätsstrategie entsprechend im Interesse der Versicherten und der Versicherungsgemeinschaft die Qualität der Leistungen systematisch aufrechterhalten und kontinuierlich verbessern. Beispielsweise wenden sie die Produkte bisheriger Qualitätsanstrengungen insbesondere anderer nationaler Gesundheitsstrategien und Programme sowie der nationalen Pilotprogramme Progress (Indikatoren, Produkte, Richtlinien, Erkenntnisse etc.) systematisch und nachhaltig an. Mit der zunehmend besseren Datenlage werden die ergebnisorientierten Ziele in den leistungsorientierten Handlungsfeldern an Bedeutung gewinnen. Basierend auf dem Erreichten und dem jeweils aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung sollen gezielt spezifische Themenfelder bzw. Patientengruppen angesprochen werden.

Die Schwerpunkte liegen auf:

- der Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen, insbesondere auf der nationalen Ebene;
- der Etablierung von Prozessen, Leadership und Engagement aller Beteiligten zur Erfüllung der Anforderungen an die Qualität der erbrachten Leistungen im Alltag und die Erreichung der definierten Ziele;
- einem Wandel hin zu einer Kultur der kontinuierlichen Verbesserung, die Transparenz wertschätzt, bei welcher der Patient und die Patientin Entscheidungen mittragen, und die versucht, aus Fehlern zu lernen, statt dafür zu bestrafen;
- dem Bewusstsein für die Notwendigkeit nationale Daten zur Qualität der Leistungen zu erfassen, zu verarbeiten und zu veröffentlichen und dies zu messen, zu bewerten und zu fördern;
- der Organisation der systematischen und nachhaltigen Umsetzung der Interventionen zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistung am einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin unter Verwendung aller Werkzeuge der Implementierungswissenschaft.

### Operative Umsetzung

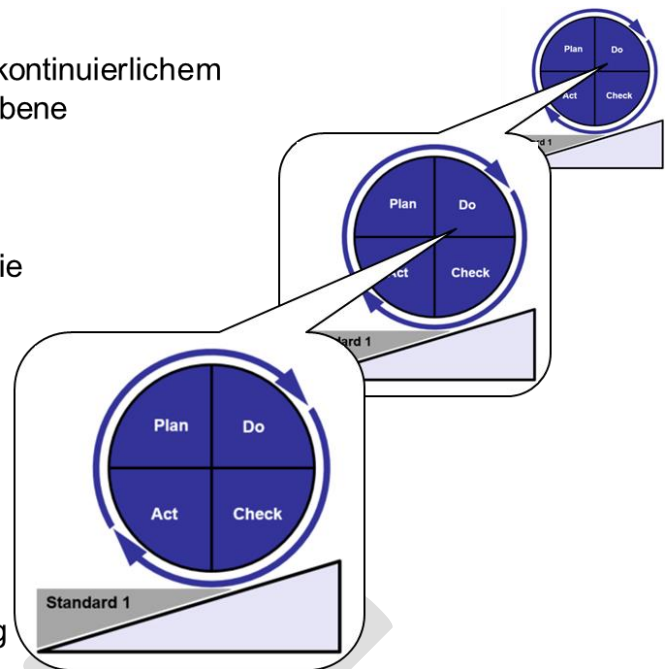
Die in der vorliegenden Strategie festgehaltenen Oberziele und Handlungsfelder werden in den Vierjahreszielen des Bundesrates priorisiert und konkretisiert. Die EQK operationalisiert sie in ihren Jahreszielen. Diese Kaskade stellt sicher, dass die Akteure und insbesondere die EQK die bereitgestellten Mittel gezielt für die Entwicklung der Qualität der Leistungen einsetzen können.

Alle Akteure müssen innerhalb ihrer Zuständigkeit für die operative Umsetzung der Massnahmen und die Zielerreichung sorgen. Werden die Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung auf der nationalen Ebene und die Implementierung ihrer Systematik auf der Ebene der Leistungserbringung kombiniert, entsteht ein Regelsystem, das die Verbindlichkeit der Qualitätsentwicklung über die Makroebene, die Mesoebene und die Mikroebene sicherstellt.

Makroebene: Institutionalisierung von kontinuierlichem Feedback und Lernen auf nationaler Ebene

Mesoebene: Qualitätsverträge durch die Qualitätsvertragspartner

Mikroebene: Betriebliches Qualitätsmanagementsystem der Einrichtungen und Berufsethos der Fachpersonen der Leistungserbringung



### Strategische Verantwortung und Koordination

Der Bundesrat agiert als strategisches Organ. Mit der Einsetzung der EQK hat der Bundesrat ein starkes Führungsinstrument erhalten. Die EQK übernimmt die Koordinations- und Umsetzungsverantwortung sowie die regelmässige Berichterstattung über den Stand der Umsetzung zuhanden des Bundesrates.

### Überprüfung der Strategieumsetzung und Berichterstattung

Ein Monitoring von Indikatoren soll die Qualitätsstrategie begleiten. Gestützt darauf soll aufgezeigt werden, wie sich die Qualität der Leistungen entwickelt. Der Jahresbericht der EQK umfasst neben ihren Tätigkeiten insbesondere den Einsatz der Mittel, mindestens den Stand der Kenntnisse über die Qualität der Leistungen in der Schweiz, die Beurteilung des Handlungsbedarfes sowie die Empfehlungen an die zuständigen Behörden und Verbände der Leistungserbringer und Versicherer. Diese Informationen erlauben dem Bundesrat die Zielerreichung, die Mittelverwendung und die Empfehlungen der EQK zu überwachen und zu bewerten. Der Bericht ist in geeigneter Form zu veröffentlichen.

## 8 Glossar

ENTWURF