



# Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie)

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



## Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Herausgeber: BAG  
Publikationszeitpunkt: März 2022

### **Weitere Informationen**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Abteilung Tarife und Grundlagen  
Postfach  
CH-3003 Bern  
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch

Diese Publikation steht als PDF in deutscher, französischer und italienischer Sprache unter [www.bag.admin.ch/qualitaetsstrategie-krankenversicherung](http://www.bag.admin.ch/qualitaetsstrategie-krankenversicherung) zur Verfügung.

Layout: moxi ltd., Biel/Bienne

# Qualitätsstrategie auf einen Blick

Am 1. April 2021 traten die neuen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Kraft. Artikel 58 KVG beauftragt den Bundesrat, alle vier Jahre die zu erreichenden Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen.

Zur Konkretisierung und Umsetzung der Ziele des Bundesrates wurden neue Instrumente geschaffen, insbesondere die mit der Änderung eingesetzte Eidgenössische Qualitätskommission (EQK), die ihre Arbeit und Jahresziele an den Vierjahreszielen zur Qualitätsentwicklung auszurichten hat (Art. 58b und Art. 58c KVG). Auch die neu vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer sind an die Vierjahresziele anzupassen (Art. 58a KVG i.V.m. Art. 77 Abs. 1 KVV). Den Rahmen für die vom Bundesrat festzulegenden Vierjahresziele soll die neue bundesrätliche Qualitätsstrategie bilden.

Die vorliegende Qualitätsstrategie aktualisiert die Qualitätsstrategie des Bundesrates aus dem Jahr 2009. Im Einklang mit den neuen gesetzlichen Grundlagen steht die Qualität der Leistungen im Fokus. Zudem stützt sie sich auf die vom Bundesrat am 6. Dezember 2019 erlassene Gesamtstrategie Gesundheit2030 und ergänzt die bereits bestehenden nationalen Strategien des Bundesrates. Die Erarbeitung der Strategie wurde breit abgestützt unter Einbezug der Akteure des Gesundheitswesens.

Ausgehend von der Vision einer «sicheren, wirksamen und integrierten Behandlung und Pflege auf Augenhöhe mit der Patientin und dem Patienten» verfolgt die Qualitätsstrategie das Ziel einer nachhaltigen Entwicklung der Qualität der Leistungen in der OKP. Daraus leiten sich vier Oberziele ab: Wirksam, Sicher, Patientenzentriert und Integriert.

Zur Umsetzung der Oberziele definiert die Strategie thematische Schwerpunkte, sogenannte Handlungsfelder. Die Handlungsfelder sind in zwei Kategorien gegliedert und bilden den Kern der Strategie. Die systemorientierten Handlungsfelder Kultur, Governance und evidenzbasierte Entscheidungsfindung orientieren sich an der Qualitätsentwicklung auf der Makro- Meso- und Mikroebene. In den leistungsorientierten Handlungsfeldern Patientenzentriertheit und Patientensicherheit werden Erwartungen an die Qualität der durch die Leistungserbringer erbrachten Leistungen zulasten der OKP formuliert. Für die erste Periode 2022–2024 wurden zehn Ziele definiert.

# Inhaltsverzeichnis

Qualitätsstrategie auf einen Blick	3
<b>1 Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1 Ausgangslage	5
1.2 Erarbeitungsprozess	6
<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	10
3.2 Nationale Einbettung der Qualitätsstrategie	11
<b>4 Gesetzliche Grundlagen und Geltungsbereich</b>	<b>14</b>
<b>5 Policy</b>	<b>21</b>
5.1 Qualität der Leistungen	22
5.2 Qualitätsentwicklung	24
5.3 Vision für die Qualität der Leistungen	26
5.4 Oberziele	27
<b>6 Handlungsfelder</b>	<b>28</b>
<b>SYSTEMORIENTIERTE HANDLUNGSFELDER</b>	
6.1 Kultur	31
6.2 Governance	34
6.3 Evidenzbasierte Entscheidungsfindung	36
<b>LEISTUNGSORIENTIERTE HANDLUNGSFELDER</b>	
6.4 Patientenzentriertheit	38
6.5 Patientensicherheit	41
<b>7 Umsetzung der Strategie</b>	<b>43</b>
<b>8 Schlussnoten</b>	<b>45</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Der Ende 1999 erschienene Bericht «To err is human»<sup>1</sup> brachte die Patientensicherheit in das internationale Bewusstsein. Der Bund setzte deshalb eine Task Force 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 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 in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorzubereiten. 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 habe sich für das Festlegen von Massnahmen zur Qualitätssicherung als wenig wirksam erwiesen. Die Botschaft für eine entsprechende Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wurde vom Bundesrat am 4. Dezember 2015 verabschiedet.<sup>4</sup>

Am 21. Juni 2019 beschlossen die Eidgenössischen Räte die Änderung des KVG.<sup>5</sup> 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. Die vorliegende Qualitätsstrategie dient als Rahmen und Grundlage für die Festlegung dieser Ziele. Sie aktualisiert diejenige aus dem Jahre 2009. Die neue Qualitätsstrategie deckt nicht mehr dieselbe thematische Breite in Bezug auf die Qualität im Schweizerischen Gesundheitswesen ab wie die bisherige. Einige der damals in den Aktionsfeldern Bildung, Forschung sowie Einbezug von Patientinnen und Patienten und Bevölkerung angesprochenen Handlungsoptionen sind nicht mehr Gegenstand der vorliegenden Strategie. Diese beeinflussen zwar natürlich ebenfalls die Qualität der Leistungen, werden aber durch verschiedene andere Strategien und gesetzliche Grundlagen bereits abgedeckt. Bei der Umsetzung steht der Nutzen der Qualitätsentwicklung für die versicherten Personen und die Versichertengemeinschaft der OKP stets im Zentrum.

Am 6. Dezember 2019 hat der Bundesrat mit der *Gesamtstrategie Gesundheit2030* zudem eine neue gesundheitspolitische 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. Auf Grundlage von *Gesundheit2020* hat der Bund verschiedene nationale Strategien und Programme initiiert, die sich an den gesundheitspolitischen Prioritäten orientieren und ihre Umsetzung unterstützen sollen. Die vorliegende Qualitätsstrategie orientiert sich an *Gesundheit2030* und ergänzt die bereits bestehenden nationalen Strategien des Bundesrates. Eine Vielzahl von Qualitätsaktivitäten wird von den Akteuren im Gesundheitswesen bereits umgesetzt. Die Qualitätsstrategie und die Vierjahresziele ergänzen die bestehenden Qualitätsaktivitäten und sollen diese verstärken.

## 1.2 Erarbeitungsprozess

Die vorliegende Strategie baut auf den Erkenntnissen des im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellten und im November 2019 veröffentlichten nationalen Berichts «Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens»<sup>6</sup>, im Folgenden nationaler Bericht genannt und des kürzlich publizierten OECD-Berichts zur Governance<sup>7</sup> «System governance towards improved patient safety» auf. Nebst internationalen und nationalen Experten und Expertinnen wurden die relevanten Akteure – insbesondere Kantone, Versicherer, Leistungserbringer, Fachorganisationen, Konsumenten- sowie Patientenorganisationen – zu verschiedenen Zeitpunkten konsultiert. Gleichzeitig hat die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) im Auftrag des BAG die Erwartungen der Patienten und Patientinnen an die Qualität der Leistungen untersucht. Ein Hauptergebnis des Berichts «Quality through patients' eyes»<sup>8</sup> betrifft den Umgang mit der Tatsache, 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, die 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>9</sup>:
  - Gesundheit der Bevölkerung (Public Health)
  - Qualität der Behandlung und Pflege am einzelnen Patienten und an der einzelnen Patientin (Individualmedizin)
  - verantwortungsvoller Umgang mit den Ressourcen (Nachhaltigkeit)
- Notwendigkeit eines verstärkten Einbezugs der Patientinnen und Patienten (Beteiligung an Entscheidungsfindung, Behandlung und Pflege, Leistungserbringung, Projekten usw.)
- Notwendigkeit der Entwicklung von *Patient Reported Experience Measures (PREMs)* und von *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
- 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 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.

# 2

## Stand der Qualität in der Schweiz

Der Stand der Dinge in Bezug auf die Qualität basiert auf dem nationalen Bericht<sup>10</sup> sowie den durchgeführten Konsultationen der relevanten Akteure.

Unter den internationalen Vergleichsstudien zur Qualität der Leistungen weisen einige Studien für die Schweiz eine bessere Leistung (Performance) als in vergleichbaren Ländern auf, andere zeigen das Gegenteil.<sup>11</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>12</sup> Im stationären Bereich verfügt der somatische Bereich 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>13</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>14</sup> Die nationalen Pilotprogramme progress! sind ein Beispiel für Initiativen mit erheblichem Potenzial, auch wenn ihre Reichweite bisher relativ bescheiden geblieben ist.<sup>15</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>16</sup>

Der nationale Bericht zeigt, dass zu wenig in die für die Qualität erforderlichen Rahmenbedingungen investiert wird.<sup>17</sup> Eine dieser Rahmenbedingungen ist die Stellung, die den Patientinnen und Patienten eingeräumt wird. Gemäss den von der Schweizerischen Patientenorganisation geführten Gesprächen<sup>18</sup> wollen Patientinnen und Patienten ernst genommen und nicht als Objekt der Behandlung und Pflege, sondern als Subjekt wahrgenommen werden. Eine fehlende berufsübergreifende Zusammenarbeit und die Fragmentierung der Patientenprozesse durch die Spezialisierung der Medizin sind ihrer Meinung nach problematisch und anzugehen. Im Weiteren ist eine Kultur der Qualitätsverbesserung zu schaffen, die Beteiligung der Frontmitarbeitenden in Verbesserungsinitiativen sicherzustellen und die Unterstützung aller an einem Vorkommnis Involvierten sowie die Meldung unerwünschter Ereignisse an die Betroffenen zu gewährleisten. Die konsultierten Akteure stellen fest, dass die Interprofessionalität und die Bildung auf allen Ebenen weiterentwickelt werden müssen.

Sowohl dem nationalen Bericht als auch dem OECD-Bericht<sup>19</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.

# 3

## Kontext

## 3.1 Internationale Strukturen und Aktivitäten

Der Beginn des 21. Jahrhunderts ist international durch eine starke Entwicklung im Bereich der Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen geprägt.

### Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die WHO hat sich schon früh mit Patientensicherheit befasst und 2002 die Resolution WHA55.18<sup>20</sup> verabschiedet. Die WHO hat die Qualität der Versorgung und deren Dimensionen definiert.<sup>21</sup> Mit der Resolution WHA69.11<sup>22</sup> 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>

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 WHA72.6<sup>26</sup> forderte die WHO 2019 die Mitgliedstaaten auf, Patientensicherheit als Priorität ihrer Gesundheitspolitik anzuerkennen. Die Resolution führte zu einem globalen Aktionsplan für Patientensicherheit<sup>27</sup>. Mit der Resolution wurde auch der Weltaktionstag *World Patient Safety Day* eingeführt.

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

Die OECD verfügt über einen 2006 entwickelten Rahmen für die Qualität der Versorgung.<sup>28</sup> Auf diesem Rahmen beruhen die OECD-Qualitätsindikatoren.<sup>29</sup> Die OECD hat Partnerschaften mit anderen internationalen Organisationen aufgebaut, insbesondere der WHO.

Am Treffen 2017 in Paris gaben die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten Empfehlungen zur Governance der Gesundheitsdaten<sup>30</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>31</sup>

### Europäische Gremien

Zur Patientensicherheit gingen schon mehrfach Empfehlungen europäischer Gremien an die Staaten: 2005 veröffentlichte die Europäische Kommission die Luxemburg-Deklaration.<sup>32</sup> 2006 erliess das Ministerkomitee des Europarats eine Empfehlung, die auch die Prävention von unerwünschten Ereignissen in der Gesundheitsversorgung<sup>33</sup> betraf. 2009 publizierte der EU-Rat Empfehlungen zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen.<sup>34</sup>

Beim 2005–2007 durchgeführten Projekt *Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE)* wurden Indikatoren, Instrumente und ein gemeinsames Vokabular erarbeitet.<sup>35</sup> Das europäische Netzwerk EUNetPas<sup>36</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>37</sup> Die

Schweiz ist unter anderem in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Heilmittelversorgung involviert.

## 3.2 Nationale Einbettung der Qualitätsstrategie

Die Basis für die Qualitätsstrategie ist Artikel 58 KVG. Im Zentrum der Qualitätsstrategie steht somit die Qualität der Leistungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Diese wird nicht nur durch die vorliegende Qualitätsstrategie beeinflusst, sondern auch durch verschiedene weitere Strategien im Bereich der Gesundheitspolitik und darüber hinaus (siehe unten Nationale Gesundheitsstrategien) und durch verschiedene gesetzliche Grundlagen bzw. gesundheitsrechtliche Bestimmungen (siehe Kapitel 4).

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

Der Bundesrat hat im Dezember 2019 die *Strategie Gesundheit2020* mit der *Strategie Gesundheit2030*<sup>38</sup> abgelöst. Sie dient als oberste Strategie, um die Lebensqualität und Qualität der Versorgung zu erhöhen. Auch die Qualitätsstrategie hat sich an diesem Rahmen zu orientieren. Qualitativ hochstehende medizinische Leistungen tragen massgeblich zur Qualität der Versorgung und einer guten Lebensqualität bei. 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.

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 Behandlungserfolg und nicht auf der Anzahl durchgeführter Untersuchungs- und Behandlungsschritte beruhen.<sup>39</sup> Die Qualität der medizinischen Behandlungen soll stetig und gezielt verbessert werden.

Verschiedene dieser Aktivitäten weisen einen starken Bezug zur Qualitätsstrategie auf. Eine gute Koordination und der Einbezug des qualitätsbezogenen Fachwissens und des technischen Know-hows wird insbesondere bei den nachfolgend aufgeführten nationalen Gesundheitsstrategien angestrebt. Bei diesen handelt es sich um spezifische thematische Strategien, welche ebenfalls zu einer Verbesserung der Qualität der Leistung beitragen.

### Nationale Gesundheitsstrategien

Die *Strategie eHealth Schweiz 2.0*<sup>40</sup> von eHealth Suisse, Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen, ist das Ergebnis verschiedener parlamentarischer Vorstösse.<sup>41</sup> Sie wurde vom Bund und den Kantonen gemeinsam erarbeitet.<sup>42</sup> Sie löst die Strategie eHealth von 2007 ab und läuft bis 2022. Das Handlungsinstrument der Strategie eHealth Schweiz 2.0 ist das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG). eHealth 2.0 will die Koordination der Digitalisierung rund um das elektronische Patientendossier (EPD) beschleunigen und seine Verbreitung vorantreiben. Mit dem EPD soll 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]). Die Qualitätsstrategie verfolgt vergleichbare Ziele.

Die *nationale 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 (EpG) vom BAG erarbeitet.<sup>43</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. 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.

Die *Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR)* wurde am 18. November 2015 vom Bundesrat verabschiedet. 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 (LwG). Sie hat zum Ziel, die Wirksamkeit von Antibiotika langfristig sicherzustellen und die Antibiotikaresistenzbildung einzudämmen.<sup>44</sup> Überschneidungen zwischen der Strategie Antibiotikaresistenz Schweiz und der Qualitätsstrategie gibt es unter anderem im Bereich der Patientensicherheit.

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. Mit der NSI und dem dazugehörigen Aktionsplan sollen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Impfeempfehlungen gemäss dem Schweizerischen Impfplan umzusetzen. Zwischen der Nationalen Strategie Impfungen und der Qualitätsstrategie gibt es im Bereich der Patientensicherheit 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. 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. Ergänzt wird die Strategie NCD durch die Nationale Strategie Sucht und die Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit. Konkrete Überschneidungen zwischen der Strategie NCD und der Qualitätsstrategie gibt es 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 und Patientinnen die Qualität der Patientenversorgung erheblich verbessern.

Die *Nationale Strategie Sucht 2017–2024* wurde vom Bundesrat im Rahmen der Strategie Gesundheit2020 initiiert und Mitte November 2015 verabschiedet. Der Massnahmenplan wurde im darauffolgenden Jahr entwickelt und dient seit 2017 zur Umsetzung der Strategie. 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 diesen Bereichen – 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. 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).

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. Die Strategie Gesundheitliche Chancengleichheit berücksichtigt grundsätzlich sozial benachteiligte Personen. Die am stärksten benachteiligten Personen sollen besseren Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. 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 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV). Zwischen der Strategie Gesundheitliche Chancengleichheit und der Qualitätsstrategie bestehen vor allem in jenen Bereichen Berührungspunkte, in denen die Betroffenen OKP-Leistungen beziehen.

Das *Projekt Koordinierte Versorgung*<sup>45</sup> des BAG wurde am 26. Januar 2015 an der Konferenz Gesundheit2020 initiiert. Es stellt auch bei der Gesundheit2030 einen Eckpfeiler dar. 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 Behandlungsqualität 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. 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.

### **Abgrenzung und Interaktion**

Die *Abgrenzung* der einzelnen Strategien ergibt sich vor allem aus deren inhaltlichen Geltungsbereich. Die Handlungsgrenze der Qualitätsstrategie befindet sich dort, wo sie über den sachlichen Geltungsbereich der Qualität der Leistungen im Rahmen der OKP hinausgeht. 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 und damit auch die Qualität der Leistungen im Bereich der OKP direkt beeinflussen.

Die Einbettung der Qualitätsstrategie erfolgt nicht nur in die obenstehenden nationalen Gesundheitsstrategien, sondern insbesondere auch in verschiedene gesetzliche Grundlagen. Diese gesetzlichen Grundlagen tragen ebenfalls zu einer Verbesserung der Qualität der Leistungen bei. Qualität basiert daher auch auf dem Zusammenspiel verschiedener gesetzlicher Grundlagen (siehe Kapitel 4).

# 4

## Gesetzliche Grundlagen und Geltungsbereich

## 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 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, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Mit den neuen Bestimmungen des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit 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 und Rahmen für die Festlegung dieser Ziele ist eine Strategie erforderlich. Diese ist bewusst allgemein formuliert, weil die Umsetzung der Strategie Bottom-up erfolgen muss.

## Gesetzlicher Auftrag: Qualitätsentwicklung im Rahmen der OKP

Die Qualitätsentwicklung soll strukturell, organisatorisch und finanziell gestärkt werden. Dies wird auf gesetzlicher Ebene mit folgenden 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 Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) wird vom Bundesrat zur Erreichung seiner Ziele eingesetzt (vgl. Art. 58b KVG). Die EQK nimmt eine koordinierende, systematisierende und vernetzende Rolle ein.
- Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer müssen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung abschliessen (Qualitätsverträge; vgl. Art. 58a KVG). Ziel und Zweck der Qualitätsverträge ist es, einheitliche und vertraglich verbindliche Massnahmen zur Qualitätsentwicklung festzulegen. Die Qualitätsverträge sollen sich an den Vierjahreszielen und Empfehlungen der EQK orientieren (Art. 77 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, KVV). Die Qualitätsverträge sind kein statisches Konzept, sondern passen sich vielmehr im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) dynamisch den Zielen und Empfehlungen an.

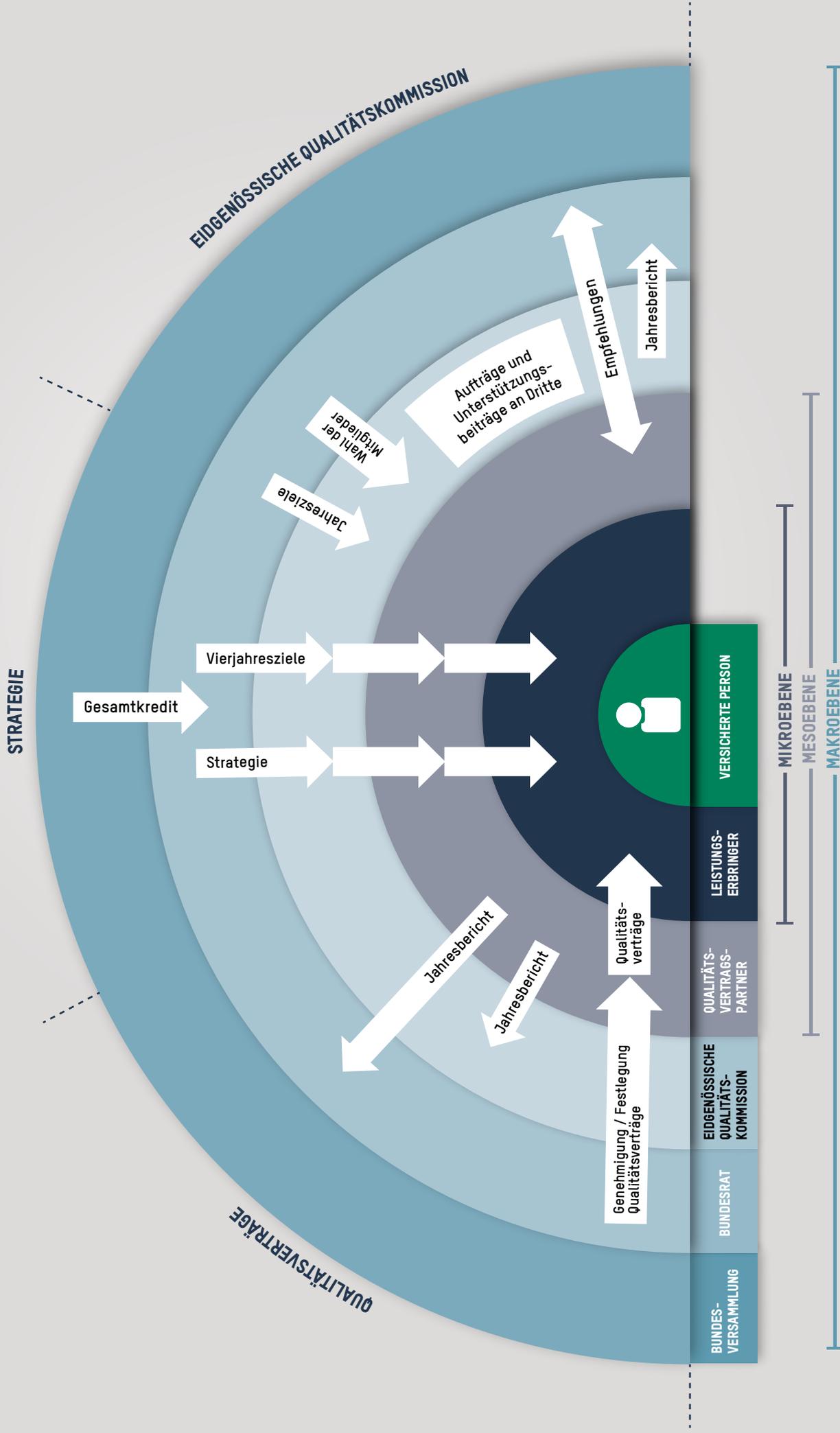
## Geltungsbereich im engeren Sinne

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. Im Zentrum der Strategieumsetzung stehen subjektiv immer die versicherten Personen (Versicherten). Die verschiedenen Kategorien von OKP-Leistungserbringern sind je nach Grösse und Organisationsform unterschiedlich stark von der Qualitätsstrategie und den Vierjahreszielen betroffen. Selbstredend sind die strategischen Vorgaben nur umzusetzen, wenn sie dem spezifischen Leistungsbereich auch Rechnung tragen.

## Umsetzung der Qualitätsentwicklung im System der OKP

Die Qualitätsentwicklung erfolgt im System der OKP auf drei verschiedenen Ebenen: der Makroebene (Institutionalisierung von kontinuierlichem Feedback und Lernen auf nationaler Ebene), der Mesoebene (Qualitätsverträge durch die Qualitätsvertragspartner) und der Mikroebene (Betriebliches Qualitätsmanagementsystem der Einrichtungen und Berufsethos der Fachpersonen der Leistungserbringung). Nachfolgend wird entlang dieser Systemebenen dargestellt, welche Aufgaben und Kompetenzen den Akteuren im Einzelnen zukommen.

# Die gesetzlichen Grundlagen



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.
- 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 Qualitätsverträge (vgl. Art. 58a Abs. 4 KVG). Können sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht auf einen Qualitätsvertrag 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 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.
- Das *BAG* unterstützt den Bundesrat und die Bundesversammlung bei der Vorbereitung von Entscheidungen. Das BAG ist zudem zuständig für die Berechnung und Einforderung der Finanzierungsanteile der Kantone und der Versicherer für die Kosten der EQK und für die weitere Verwaltung der Finanzierungsbeiträge sowie den Zahlungstransfer für Drittleistungen.
- Die *Kantone* nehmen mit ihren Kompetenzen und Aufgaben in der gesundheitspolizeilichen Erteilung von Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen, der Aufsicht sowie der Gesundheitsversorgung wie die Spitalplanung und in der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern 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* tragen auf der Mikroebene die Verantwortung für die Durchführung einer qualitativ hochstehenden Leistung. Gleichzeitig werden sie 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).

## Finanzierung der Umsetzung

Damit Leistungen von der OKP vergütet werden, wird vom Gesetzgeber vorausgesetzt, dass diese die notwendige Qualität aufweisen. Die notwendige Qualität schliesst auch die Qualitätsentwicklung ein. Die Qualitätsentwicklung ist somit bereits Teil der durch die OKP vergüteten Leistungen. Eine zusätzliche Finanzierung von Qualitätsmassnahmen auf der Meso- und Mikroebene ist nicht vorgesehen. Neu werden für die erfolgreiche Umsetzung der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 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). Von der EQK mit der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren, der Durchführung von systematischen Studien oder nationalen Programmen zur Qualitätsentwicklung beauftragte Dritte werden mit Abgeltungen vergütet (vgl. Art. 58c KVG und Art. 58d KVG). Zur Unterstützung von regionalen und nationalen Projekten kann die EQK auf Gesuch hin Finanzhilfen gewähren (vgl. Art. 58e KVG). Es ist davon auszugehen, dass die Qualitätsentwicklung mittel- bis langfristig einen positiven Effekt auf die Kosten hat.

## Verhältnis zu anderen Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts mit Qualitätsbezug

Seit dem 1. Januar 2022 sind die Kantone für die Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zulasten der OKP nach Artikel 35 ff. KVG zuständig und üben die Aufsicht über deren Tätigkeit aus.<sup>46</sup> Die Zulassung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime erfolgt bereits länger durch die Kantone 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). In den Qualitätsverträgen können die Vorgaben (z.B. hinsichtlich dem Qualitätsmanagementsystem (QMS)) konkretisiert werden. Die Kantone müssen die Qualitätsanforderungen prüfen. Mit der Einhaltung der Qualitätsanforderungen im Rahmen der Zulassung verfügen die Leistungserbringer über die notwendigen Voraussetzungen, um die Qualitätsverträge einhalten zu können. Umgekehrt bildet die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der OKP. Die Kantone müssen im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion sicherstellen, dass die zugelassenen Leistungserbringer die Voraussetzungen während der gesamten Dauer der Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten bei.<sup>47</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>48</sup> Die Kriterien und deren Anwendung werden von den zuständigen ausserparlamentarischen Kommissionen konkretisiert bzw. operationalisiert. Die Operationalisierung der WZW-Kriterien orientiert sich dabei unter anderem an der international angewendeten *HTA-Methodik (Health Technology Assessment)*.<sup>49</sup> Die entsprechenden Aufgaben der EQK beziehen sich hingegen auf die konkreten individuellen Leistungen für die Versicherten. 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). Auch hierzu kann die EQK den Bundesrat beraten. Die Aufgaben der EQK haben somit 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.

Um die Über-, Unter-, und Fehlversorgung zu reduzieren und somit patientenzentrierte Leistungen zu generieren, wurden verschiedene Projekte gestartet. Im Expertenbericht «Kostendämpfungs-massnahmen 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.

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

Neben der krankensicherungsrechtlichen 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. Insbesondere das Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG), das Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (GesBG) oder das Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011 (PsyG) enthalten Vorgaben zur Aus- und Weiterbildung, zur Einhaltung der Berufspflichten sowie zu den notwendigen persönlichen und fachlichen Kompetenzen (z.B. Diplom, Vertrauenswürdigkeit, Sprachkenntnisse, lebenslange Fortbildung) für Fachpersonen, die in eigener Verantwortung tätig sind. Diese Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen tragen schweizweit zur hohen Qualität im Gesundheitswesen bei. Seit zwei Jahrzehnten müssen die Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Gesundheitsberufe ein Akkreditierungsverfahren durchlaufen.<sup>50</sup> Ab 2022 werden diese Arbeiten von der neuen Geschäftsstelle «Akkreditierungen und Bildungsqualität» fortgeführt. Für den stationären Bereich werden Betriebsbewilligungen erteilt, deren Voraussetzungen kantonal 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) 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.

Aufgrund der Förderung von transparenter Datenbearbeitung und der Veröffentlichung von Daten ist das Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (Datenschutzgesetz, DSG) einzuhalten. Auch das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen vom 30. September 2011 (Humanforschungsgesetz, HFG) ist zu beachten. Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen sind der Strategie übergeordnet.

# 5 Policy

## 5.1 Qualität der Leistungen

Die Qualitätsstrategie definiert Qualität in Anlehnung an die Definition des *Institute of Medicine (IOM)*.<sup>51</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.

Die Formulierung «erwünschte Gesundheitsergebnisse» ist Ausdruck des Ziels der Patientinnen und Patienten, Bevölkerungsgruppen und Gesundheitsfachpersonal.

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 gesamten 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.

Nachdem die Qualität der Leistungen definiert wurde, werden Merkmale der Qualität beschrieben. Dafür werden sieben Qualitätsdimensionen<sup>52</sup> herangezogen, die auch als allgemeine Ziele zu verstehen sind.

- 1 **SICHER:** Schaden vermeiden für Patientinnen und Patienten durch Leistungen, die ihnen helfen.
- 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 die Personen, für die sie bestimmt sind, respektieren sowie ihre Präferenzen, Bedürfnisse und Werte achten.
- 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.

## 5.2 Qualitätsentwicklung

Die Qualität der Leistungen im Rahmen der OKP soll schweizweit kontinuierlich verbessert werden und dabei auch internationalen medizinischen Standards und Best Practices entsprechen. Bei Best Practices handelt es sich um bereits erprobte vorbildliche Methoden, Praktiken oder Verfahren, welche auf neuesten, wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Standards werden durch medizinische Fachgesellschaften 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. Medizinische Guidelines und Richtlinien sind bereits heute wichtige Behandlungsempfehlungen für die jeweiligen Fachgruppen. Durch Verweis auf die Standards in den Qualitätsverträgen werden 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.

Qualitätsentwicklung bedeutet die systematische Gewährleistung und kontinuierliche Verbesserung des Qualitätsniveaus mit den eingesetzten Ressourcen. 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 einstellt, sondern in einem kontinuierlichen Prozess erhalten und weiterentwickelt werden muss. In einem Lern- beziehungsweise Verbesserungsprozess sollen laufend Standards geschaffen werden, welche ihrerseits als Basis für einen neuen Verbesserungsprozess dienen. Dieser sich stetig wiederholende Prozess führt zur Erhöhung des Niveaus der Qualität.

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

Ziel und Zweck der Qualitätsstrategie ist es, 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 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 aufrechtzuerhalten und kontinuierlich zu verbessern, entfaltet sich eine Wirkung über den Geltungsbereich 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.

# Das Umfeld

## ANFORDERUNGEN

Nationales Recht

Kantonales Recht

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Berufsstandards

## EINFLUSSFAKTOREN

Nationale Strategien

Digitalisierung

Forschung



## 5.3 Vision für die Qualität der Leistungen

Die Qualitätsstrategie 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.

Zur Mitentwicklung der Schwerpunkte wurden die relevanten Akteure sowie internationale und nationale Experten beigezogen. Im Rahmen einer online Umfrage und des Austausch Qualität mit den Stakeholdern wurden die vier prioritären Qualitätsdimensionen sicher, wirksam, patientenzentriert und integriert identifiziert. Daraus leitet sich folgende Vision für die Qualitätsentwicklung ab:

Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie)

### Die Vision

«**Behandlung und Pflege sind sicher, wirksam und integriert und erfolgen auf Augenhöhe mit der Patientin und dem Patienten.**»

Vision Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung

Selbstverständlich gilt es auch die nicht priorisierten Qualitätsdimensionen (rechtzeitig, effizient und chancengleich) nicht zu vernachlässigen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Qualitätsdimensionen erfüllt werden, wenn die Leistung sicher, wirksam, integriert und patientenzentriert ist. 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

Aufgrund der priorisierten Qualitätsdimensionen und der formulierten Vision wurden Oberziele abgeleitet. Die Oberziele drücken die gesellschaftlichen Erwartungen an die Qualität der Leistungen im Schweizer Gesundheitswesen aus.

Mit der Qualitätsstrategie werden folgende Ergebnisse bzw. Oberziele angestrebt:



**WIRKSAM:** 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.



**SICHER:** Gegen Null tendierendes Mass an vermeidbaren Patientenschäden und ein adäquates Risikomanagement.



**PATIENTENZENTRIERT:** Patientenzentrierte Behandlung und Pflege, welche die Patientinnen und Patienten in die Planung und die gemeinsame Entscheidungsfindung einbeziehen und ihre Erfahrungen berücksichtigen.



**INTEGRIERT:** Leistungen, die aus mehreren Quellen (verschiedene Berufe, medizinische Fachbereiche, Institutionen) stammen, werden optimal koordiniert und integriert, – im Sinne von «aus einer Quelle».

Die vier Oberziele beschreiben erwünschte Ergebnisse und beziehen sich direkt auf die als prioritär definierten Qualitätsdimensionen. Sie sind starke Prädiktoren für die Qualität der Leistungen, wie die Verfasser des «Quadruple Aim» nahelegen.<sup>53</sup>

# 6

## Handlungsfelder

Zur Umsetzung der Oberziele definiert die Qualitätsstrategie thematische Prioritäten, sogenannte Handlungsfelder. Die Handlungsfelder mit ihren Stossrichtungen bilden den Kern der Qualitätsstrategie. Die Handlungsfelder greifen Empfehlungen des nationalen Berichts auf. Aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen mit dem Inkrafttreten der Änderung des KVG konzentriert sich ein Teil der Handlungsfelder auf die Verbesserung des Qualitätssystems als Ganzes. Der andere Teil der Handlungsfelder bezieht sich auf die Leistungen an der Patientin oder am Patienten selbst.

Daraus resultieren:

### **SYSTEMORIENTIERTE HANDLUNGSFELDER:**

Kultur, Governance und evidenzbasierte Entscheidungsfindung betreffen das System als Ganzes. Sie dienen als Grundlage für die leistungsorientierten Handlungsfelder und sollen gewährleisten, dass das Qualitätsmanagement auf allen Systemebenen systematisch erfolgen resp. implementiert werden kann.

### **LEISTUNGSORIENTIERTE HANDLUNGSFELDER:**

Patientenzentriertheit und Patientensicherheit 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 die Grundlagen für die leistungsbezogenen Handlungsfelder schaffen. Sie bilden die Rahmenbedingungen für die Qualitätsentwicklung. Die anschliessend beschriebenen leistungsorientierten Handlungsfelder beinhalten die notwendigen Änderungen für die 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.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen legt der Bundesrat auf Basis der Qualitätsstrategie die Vierjahresziele fest. In den Jahreszielen der EQK werden die konkreten Umsetzungsschritte festgelegt.

# Die 5 Handlungsfelder

## VISION

➤➤ Behandlung und Pflege sind sicher, wirksam und integriert und erfolgen auf Augenhöhe mit der Patientin und dem Patienten. ➤➤

## 5 HANDLUNGSFELDER

SYSTEMORIENTIERTE HANDLUNGSFELDER

**KULTUR**

**GOVERNANCE**

**EVIDENZBASIERTE  
ENTSCHEIDUNGSFINDUNG**

LEISTUNGSORIENTIERTE HANDLUNGSFELDER

**PATIENTENZENTRIERTHEIT**

**PATIENTENSICHERHEIT**

## 4 OBERZIELE

**WIRKSAM**

Hochstehendes  
Qualitätsniveau der  
Leistungen

**SICHER**

Keine vermeidbaren  
Patientenschäden

**PATIENTENZENTRIERT**

Patientenzentrierte  
Behandlung und  
Pflege

**INTEGRIERT**

Optimale Koordination  
und Integration der  
Leistungen



### Definition

Die *European Society for Quality in Health Care* definiert Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung<sup>54</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.

Die Qualitätsstrategie erweitert das Konzept der obenstehenden Definition. Die erwünschte Kultur betrifft hier die Qualität der Leistungen für Individuen, Bevölkerungsgruppen sowie Patientinnen und Patienten. Sie bezeichnet die 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.

### 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 diese 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 werden die wichtigsten kulturellen Merkmale beschrieben, die mit der nationalen Strategie gefördert werden sollen:

1. Bei der Gestaltung der Gesundheitsleistungen und des Gesundheitssystems stehen die Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen, Individuen, Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen im Vordergrund.
2. Eine empathische Haltung, die integrierte Behandlung und Pflege und die Prävention soll gefördert werden.
3. Die Behörden und Leistungserbringer auf allen Ebenen funktionieren als lernende Organisationen, die ihre Leistung kontinuierlich messen und bewerten, ihre Praktiken entsprechend anpassen und die Just Culture fördern.
4. Die Beteiligung und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten werden angestrebt, um eine aktive Mitgestaltung zu fördern.
5. 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>55</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 der Qualitätsstrategie geführt wurden,<sup>56</sup> zeigt auf, dass das Machtgefälle zwischen Fachpersonen und Patientinnen sowie Patienten oft sehr ausgeprägt ist und Fachpersonen oft wenig an der persönlichen Situation der Patientinnen und Patienten interessiert sind. Dies widerspiegelt eine noch wenig patientenzentrierte Kultur.

Ergebnisse von Umfragen zur Sicherheitskultur (Safety Culture)<sup>57</sup> zeigen eine deutlich weniger ausgereifte Kultur der Patientensicherheit als in den angelsächsischen oder nordischen Ländern.

### 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>58</sup> Diese Bemühungen umfassen eine gross angelegte Kulturbewertung, die Sensibilisierung der Verantwortungsträger, die Stärkung der öffentlichen Erwartungen von Individuen und Bevölkerungsgruppen sowie sehr konkrete Massnahmen zur offenen Kommunikation von Fehlern und unerwünschten Ereignissen gegenüber Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen.

### Stossrichtungen für die Umsetzung

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

Die Qualitätsstrategie 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 kann ebenfalls erarbeitet und implementiert werden.

Als Bestandteil der Safety Culture soll die Just Culture gefördert werden. Dies kann durch 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. Mit einer Machbarkeitsstudie kann die Schaffung eines nationalen Rechtsrahmens im Bereich der Patientensicherheit und für die Einrichtung eines Mechanismus zur Entschädigung von Opfern unerwünschter Ereignisse bei fehlendem Nachweis der Schuld einer Fachperson geprüft werden (verschuldensunabhängige Entschädigung, *no-fault compensation*). Dies schützt Meldungen über Zwischenfälle im Gesundheitswesen vor Rechtsansprüchen und führt zur Verpflichtung aller Leistungserbringer, über ein System zur Meldung und Bewältigung von Zwischenfällen zu verfügen. Mit der von den Räten angenommenen Motion 18.4210 wird der Bundesrat in diesem Zusammenhang beauftragt, einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Bericht- und Lernsysteme in Spitälern wie *Critical Incident Reporting System (CIRS)*, Peer Reviews, Qualitätszirkel, klinische Audits und Morbiditäts- und

Mortalitätskonferenzen zu schaffen. Damit soll sichergestellt werden, dass zu Lernzwecken dokumentierte Ereignisse nicht vor Gerichten verwendet werden können.

Das vom Ständerat angenommene Postulat 20.3463 beauftragt den Bundesrat zu prüfen, wie in der Aviatik, im Gesundheitswesen oder in anderen hochsicherheitsrelevanten Bereichen das Prinzip der Just Culture im Schweizer Recht als generelles Prinzip eingeführt werden kann. Die entsprechenden Arbeiten wurden vom Bundesamt für Justiz mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit in Angriff genommen.

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



### Definition

Unter dem Begriff der «*clinical governance*»<sup>59 60 61</sup> werden die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Hinblick auf eine systematische Gewährleistung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungen zusammengefasst. Die KVG-Änderung legt die Rollen im Bereich der Qualitätsentwicklung klar fest. Zur Governance gehören die Prozesse und Leadership, die auf der Makro-, Meso- und Mikroebene erforderlich sind, um die Anforderungen an die 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 der Qualitätsstrategie 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 über die betriebliche Ebene (Mikro) hinaus.

### Heutige Lage

Laut OECD-Bericht<sup>62</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>63</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 und die mangelnde Transparenz verhinderten bisher umfassendere nationale Anstrengungen. Derselbe Bericht stellt auch eine Untervertretung der Patientenorganisationen fest. Die Stellung der Patientenorganisationen ist auf Bundesebene gesetzlich nicht geregelt. Sie haben keine Beschwerde- oder Anzeigerechte.<sup>64</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 Makro- und Mesoebene 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 Qualitätsstrategie dargelegt sind, müssen die Akteure auf jeder Ebene innerhalb ihres Zu-

ständigkeitsbereichs die Qualitätsentwicklung zu einer echten strategischen Priorität machen und Transparenz, geeignete Qualitätsmanagementsysteme, einen adäquaten Umgang mit Patientensicherheitsrisiken sowie ein Arbeitsumfeld 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:

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

Verantwortungsträgerinnen und -träger der Leistungserbringer- und Berufsorganisationen sollen in Best Practices der Qualitätsentwicklung geschult werden. Die Schulung soll namentlich auf die Grundprinzipien bei der Schaffung einer qualitätsorientierten Infrastruktur sowie auf die Rolle der Führungskräfte bei der Unterstützung und Leitung der Qualitätsverbesserung und den damit verbundenen Verantwortlichkeiten eingehen. Der Fokus soll anschliessend auf der Implementierung dieses Wissens in den Betrieben liegen.

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 und bei der Umsetzung eine unterstützende Funktion übernehmen.

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



### Definition

Gesundheitsleistungen und Massnahmen zur Verbesserung ihrer Qualität nutzen den Rohstoff Wissen. Wissen basiert insbesondere auf gesammelten Daten. Evidenzbasierte 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 der Qualitätsstrategie 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 für die Bevölkerung voraus. Für das Erreichen hochwertiger, evidenzbasierter Leistungen ist ein datengeteuerter 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, dabei ist die Digitalisierung unterstützend. 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>65</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>66</sup> macht den Bund auf das Fehlen eines nationalen Indikatoren-Sets zur Qualität der Leistungen, insbesondere in der Langzeitpflege, der ambulanten Pflege, 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, Implementierungen 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 Individuen, Bevölkerungsgruppen sowie Patientinnen und Patienten 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. Dabei sind bestehende Register, Indikatoren sowie Best Practice Beispiele zu berücksichtigen.

## 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 sollen die bestehenden Indikatoren auf nationaler Ebene harmonisiert und neue Indikatoren erarbeitet werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse soll nach einer Testphase der Indikatoren zu einer transparenzfördernden Standardpraxis werden. Es soll 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, soll auf nationaler Ebene Priorität eingeräumt werden.

Der Einsatz von *Patient Reported Outcome Measures (PROMs)* soll gefördert werden, um zu verstehen, welchen Wert die Patientinnen und Patienten den erhaltenen Leistungen beimessen und welche Auswirkungen sie auf ihre Gesundheit wahrnehmen. Weiter soll auch der Einsatz von *Patient Reported Experience Measures (PREMs)* verstärkt werden, um besser zu verstehen wie sich Leistungserbringungsprozesse auf die Erfahrung der Patientinnen und Patienten auswirken.

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 und das Wissen zu transferieren, soll 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.

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



### 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>67</sup>

Im Rahmen der Qualitätsstrategie ist ein System als patientenzentriert zu beurteilen, wenn es diese Definition erfüllt. Dieses System stellt sicher, dass die Leistungen auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin abgestimmt sind. Dabei wird auch das Umfeld der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

### Verbindung zum Oberziel

Eines der erklärten Oberziele der Qualitätsstrategie ist die patientenzentrierte Behandlung und Pflege, mit welcher Patienten und Patientinnen in die Planung und Entscheidungsfindung einbezogen sowie ihre Erfahrungen berücksichtigt werden. Dies impliziert auch eine zeitnahe Aushändigung der eigenen Patientenakten. Ein weiteres Oberziel 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 der Qualitätsstrategie geführten Patienteninterviews zeigt, dass es für Patientinnen und Patienten sehr unangenehm ist, in vorgefasste medizinische Kategorien eingeteilt zu werden, und sehr kritisch, wenn sie sich als Objekt und nicht als Subjekt wahrgenommen fühlen.<sup>68</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>69</sup> Die Rechte sind an vielen Stellen unübersichtlich und in unterschiedlicher Form geregelt.<sup>70</sup> Die Patientenrechte im medizinischen Alltag werden nicht auf Bundesebene geregelt.<sup>71</sup> Laut dem nationalen Bericht<sup>72</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 die Fähigkeit des Schweizer Gesundheitssystems, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu erfüllen. Die Grundversorgung sowie die spezialisierte Behandlung und Pflege werden oft von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht. Bei den zur Ausarbeitung der Qualitätsstrategie geführten Patienteninterviews wurde die Fragmentierung des Systems kritisiert.<sup>73</sup> Die Patientinnen und Patienten hielten fest, dass die Fachpersonen nach den Sprechstunden nicht mehr zur Verfügung stünden und die Abstimmung zwischen den Fachpersonen zu wünschen übrig lasse.

## Handlungsbedarf

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>74</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 sollen Empfehlungen für Best Practices 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 soll geprüft werden. Ausserdem sollen laufende Initiativen wie zum Beispiel die Teilnahme der Schweiz an der OECD-Initiative *Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)* weitergeführt werden.

Die Stärkung der Patientenverbände soll 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>75</sup> Die Implementierung und Entwicklung von Entscheidungshilfen soll gefördert werden.

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 soll eine langfristige strategische Priorität darstellen, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität). Hier soll an die Erkenntnisse und Produkte aus den Tätigkeiten anderer nationaler Gesundheitsstrategien und Programme angeknüpft werden.

Zudem muss die leistungs- und leistungserbringerbezogene Indikationsqualität gemessen und Verbesserungen daraus abgeleitet werden. Die Wirksamkeit einer Leistung ist grundlegend für den Patientennutzen (Art. 33 KVG). Dies geht auch mit dem Bestreben einher, die Leistungen denjenigen zukommen zu lassen, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens hoch ist. Kraft und ihre Mitautoren<sup>76</sup> definieren Indikationsqualität anhand der Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn die Wirksamkeit für den Patienten oder die Patientin grösser ist als das Risiko. Notwendig ist sie, wenn sie dem Patienten oder der

## 6 Handlungsfelder

Patientin auf jeden Fall aus wissenschaftlichen und sozialemischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte. Neben der Indikationsqualität sind die Qualität der erbrachten Leistungen und die Ergebnisqualität von zentraler Bedeutung.



### Definition

Laut der WHO<sup>77</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 zu minimieren und ihre Auswirkungen zu verringern, wenn sie doch auftreten». Diese Definition wird auch für die vorliegende Strategie verwendet.

Ebenfalls laut WHO beinhaltet ein Schaden eine Beeinträchtigung von Körperstruktur oder -funktion und/oder daraus entstehende schädigende 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 dieses Ziel konsequent anzustreben. 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>78</sup> weist darauf hin, dass die 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>79</sup> Von den hospitalisierten Erwachsenen entwickeln 4 Prozent während ihres Aufenthalts einen Dekubitus und 3,8 Prozent stürzen.<sup>80</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 nimmt potenziell ungeeignete Medikamente ein.<sup>81</sup> Laut einer Review internationaler Studien sind chirurgische Komplikationen, Medikamentenereignisse und therapieassoziierte Infektionen die häufigsten Arten unerwünschter Ereignisse in Akutspitalern.<sup>82</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.

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.

### Handlungsbedarf

Wie die genannten Studien zeigen, gibt es bei der Patientensicherheit noch viel Luft nach oben, so-

wohl 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. Ein geeignetes klinisches Risikomanagementsystem ist anzuwenden. Es ist wichtig Best Practices mit nachgewiesener Wirksamkeit zu identifizieren. Die systematische Anwendung und Verbreitung im ganzen System sowie die Nachhaltigkeit dieser Best Practices wird durch konsequente nationale und lokale Programme zur Qualitätsentwicklung sichergestellt.

### **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 therapie-assoziierte Infektionen, unerwünschte Arzneimittelereignisse, chirurgische Komplikationen, Druckgeschwüre, Stürze und Funktionsverlust. Die Empfehlungen im Bereich psychische Gesundheit<sup>83</sup> und Langzeitpflege<sup>84</sup> sind umzusetzen. Zudem sollen die laufenden Initiativen wie die nationalen Pilotprogramme progress! und die Umsetzung der Strategie NOSO weitergeführt werden.<sup>85</sup>

Die Verbesserung der Patientensicherheit hat sich bisher weitgehend auf den akutsomatischen Bereich konzentriert. Sie muss jedoch mit den notwendigen Anpassungen auf weitere Bereiche ausgeweitet werden.

Erforderlich ist eine Bestandsaufnahme, in der eine nationale Studie über das Auftreten von unerwünschten Ereignissen (adverse events) 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 werden Leitplanken für zukünftige nationale Programme zur Qualitätsentwicklung liefern. Zu den Themen dieser nationalen Programme zur Qualitätsentwicklung sollen Medikationssicherheit und Teamarbeit gehören.

Die Empfehlungen des Aktionsplans der WHO<sup>86</sup> für Patientensicherheit soll in der Schweiz umgesetzt werden.

# 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 legt 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. 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.

## 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. Die Strategie ist naturgemäss allgemein formuliert und erlaubt den verschiedenen Akteuren daher einen grossen Handlungsspielraum. Die Qualitätsentwicklung geschieht Bottom-up. Der Bundesrat setzt Leitplanken und die Umsetzung ist in der Verantwortung der Akteure.

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.

## Strategische Verantwortung und Koordination

Der Bundesrat agiert als strategisches Organ. Die EQK übernimmt die Koordinations- und Umsetzungsverantwortung sowie die regelmässige Berichterstattung über den Stand der Umsetzung zuhanden des Bundesrates.

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.

- 1** Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (Hrsg.) (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- 2** Die Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 3** Der Bericht zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 4** BBI 2016 257
- 5** BBI 2019 4469
- 6** Der Bericht ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 7** Der Bericht ist abrufbar unter: [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org) > Catalogue > Papers > Working Papers and Policy Papers > OECD Health Working Papers > System governance towards improved patient safety (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 8** Der Bericht ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 9** 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.
- 10** Vincent, Ch., Staines A. (2019). *Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 11** Ebd. Seite 24f.
- 12** Ebd. Seite 25.
- 13** Ebd.
- 14** Ebd. Seite 33.
- 15** Stiftung Patientensicherheit. *Nationale Pilotprogramme für Patientensicherheit*. Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 16** Vincent, Ch., Staines A. (2019). *Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Seite 34.
- 17** Ebd. Seite 49.
- 18** Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). *Quality through patients' eyes*. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.
- 19** Aaraen, A., Saar, K., Klazinga, N. (2020). *System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation*. Paris: OECD Publishing.
- 20** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 21** WHO. *Quality health services*. Abrufbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 22** WHO, 69th 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 23** WHO. *National quality policy and strategy*. Abrufbar unter: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-health-services/national-quality-policy-and-strategy> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 24** WHO. *Framework on integrated people-centred health services*. Abrufbar unter: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 25** 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> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 26** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 27** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 28** Kelley, E., J. Hurst (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. Arbeitsdokument der OECD über Gesundheit, n° 23, Éditions. Paris. Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1787/440134737301> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 29** OECD. *Health Care Quality Framework*. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/health-care-quality-framework.htm>
- 30** 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> (abgerufen am 20. Juli 2021).

- 31** OECD. Patient Reported Indicator Surveys. Abrufbar unter: <https://www.oecd.org/health/paris/> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 32** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 33** 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.
- 34** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 35** 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/) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 36** 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/) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 37** European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM). Abrufbar unter: <https://www.edqm.eu/en> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 38** Die Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030 ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Gesundheit2030 (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 39** Ebd. Seite 24.
- 40** Strategie eHealth Schweiz. Abrufbar unter: <https://www.e-health-suisse.ch/politik-recht/strategische-grundlagen/strategie-ehealth-schweiz.html> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 41** 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.
- 42** Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz», Bericht in Erfüllung des Postulates Humbel (10.3327).
- 43** Die Strategie ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Nationale Gesundheitsstrategien > Strategie NOSO: Spital- und Pflegeheiminfektionen (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 44** Die Strategie ist abrufbar unter: [www.star.admin.ch](http://www.star.admin.ch) > StAR > Strategie StAR (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 45** Das Projekt ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie & Politik > Nationale Gesundheitspolitik > Koordinierte Versorgung (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 46** Vgl. BBl 2020 5513 zur Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern.
- 47** vgl. BGE 127 V 80 E. 3c.
- 48** 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.
- 49** International wird für die systematische Bewertung von Gesundheitstechnologien der Begriff des Health Technology Assessment (HTA) verwendet.
- 50** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/akkreditierung-gesundheitsberufe.html> (abgerufen am 18. November 2021).
- 51** Institute of Medicine (IOM) (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.
- 52** WHO, OECD und Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank (2019). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Genf.
- 53** Sikka R., Morath J. M., 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.
- 54** Kristensen, S., Bartels, P. (2010). Use of patient safety culture instruments and recommendations. European Society for Quality in Healthcare. Office for Quality Indicators.
- 55** Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Seite 4.
- 56** Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.
- 57** 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, Seiten 389–397.
- 58** Auraaen, A., Saar, K., Klazinga, N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. Paris: OECD.
- 59** Firth-Cozens, J., Mowbay, D. (2001). Leadership and the quality of care. Quality in Health Care, 10 (Suppl.II). Seiten ii3–ii7.
- 60** Berwick, M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. JAMA; 289 (15). Seiten 1969–1975.
- 61** Bodenheimer, Th. (1999). The movement for improved quality in Health Care. New Engl J Med, 340. Seiten 488–492.
- 62** Auraaen, A., Saar, K., Klazinga, N. (2020). System

- governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. Paris: OECD.
- 63** Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 64** Bundesamt für Gesundheit (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Abstract. Bern.
- 65** OECD/WHO (2011). OECD reviews of health systems: Switzerland 2011. OECD Publishing.
- 66** Vincent C., (2013). Improving the quality and safety of healthcare in Switzerland: reflections on the Federal Strategy. First Report of the Scientific Advisory Board. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 67** Institute of Medicine (IOM) (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.
- 68** Berchtold P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.
- 69** Ziltener, E. (2019). Healthcare from the point of view of patients. Short Report on Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.
- 70** Vgl. Bericht Patientenrechte in der Schweiz. Der Bericht ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Medizin & Forschung > Patientenrechte > Bericht Patientenrechte in der Schweiz (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 71** Bundesamt für Gesundheit (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Abstract. Bern.
- 72** Vincent, C., Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 73** Berchtold P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020). Quality through patients' eyes. Zürich: Schweizerische Patientenorganisation.
- 74** Gemäss der Definition der WHO. Vgl. WHO Working Group (1998). Therapeutic Patient Education. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- 75** 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 (abgerufen 20. Juli 2021).
- 76** 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.
- 77** WHO (2020). Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. (First Draft, August 2020)
- 78** Vincent C., Staines A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 79** 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.
- 80** Vincent C., Staines A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Seite 69.
- 81** Ebd.
- 82** 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.
- 83** Stiftung für Patientensicherheit. Patientensicherheit in der psychiatrischen Versorgung. Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch/psychiatrie/> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 84** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 85** 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) (abgerufen am 20. Juli 2021).
- 86** WHO (2020). Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. First Draft, August 2020.