

**Positionspapier**  
20. August 2020

7-1-0  
GR

## Qualität im Gesundheitswesen: Sicht der Kantone

### Positionspapier der GDK

#### Inhaltsverzeichnis

<b>A. Einleitung</b> .....	3
1. Ziel des Positionspapiers .....	3
2. Inhalt des Positionspapiers .....	3
<b>B. Rechtliche Rahmenbedingungen</b> .....	3
3. Rolle der Kantone im Bereich der Qualitätssicherung .....	3
4. Qualitätsvorlage .....	4
4.1 Umsetzung der Qualitätsvorlage.....	4
4.2 Eidgenössische Qualitätskommission.....	5
<b>C. Dimensionen von Qualität und deren Messung</b> .....	7
5. Dimensionen von Qualität .....	7
5.1 Strukturqualität .....	7
5.2 Prozessqualität.....	7
5.3 Ergebnisqualität .....	7
5.4 Indikationsqualität .....	7
6. Messung von Qualität.....	8
6.1 Qualitätsindikatoren .....	8
6.2 Register.....	8
<b>D. Patientensicherheit</b> .....	9
7. Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit.....	9
7.1 Stiftung Patientensicherheit .....	9
7.1.1 Tätigkeiten der Stiftung Patientensicherheit.....	9
7.1.2 Rolle der Stiftung Patientensicherheit .....	10
8. Berichts- und Lernsysteme .....	10
9. Nationale Strategie gegen nosokomiale Infektionen (Strategie NOSO) .....	11
<b>E. Vermeidung unnötiger Leistungen</b> .....	12
10. HTA .....	12
11. Ambulant vor stationär (AVOS).....	13
12. Choosing wisely .....	13
13. Miteinbezug von Patientinnen und Patienten.....	14
13.1 Gesundheitskompetenz und Patienten-Empowerment .....	14

13.2	PROMs und PREMs .....	14
<b>F.</b>	<b>Sicherstellung von Qualität in verschiedenen Versorgungsbereichen.....</b>	<b>15</b>
14.	Qualität in der stationären Versorgung .....	15
14.1	GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung .....	15
14.2	ANQ .....	16
14.2.1	ANQ-Messungen .....	16
14.2.2	Rolle des ANQ .....	16
14.3	Qualitätsindikatoren Bund .....	17
14.4	Kantonsspezifische Projekte im stationären Bereich .....	18
14.5	Konzept der Tarifpartner zur Gewährleistung der Qualität .....	19
14.6	Peer Review .....	20
15.	Qualität in den Pflegeheimen .....	20
15.1	Pflegeheimplanung .....	20
15.2	Qualitätsindikatoren Bund .....	20
15.3	Kantonsspezifische Projekte .....	21
16.	Qualität bei der Spitex .....	21
16.1	Kantonale Zulassung und Leistungsaufträge .....	21
16.2	Qualitätsindikatoren Bund .....	21
16.3	Verträge zwischen den Spitex-Verbänden und den Krankenversicherern .....	21
16.4	Kantonsspezifische Projekte .....	22
17.	Qualität bei niedergelassenen / ambulanten Leistungserbringern .....	22
17.1	Zulassung von ambulanten Leistungserbringern .....	22
17.2	Bestehende und künftige Qualitätsaktivitäten .....	22

## **A. Einleitung**

### **1. Ziel des Positionspapiers**

Dem Gesundheitswesen der Schweiz wird grundsätzlich eine hohe Qualität zugesprochen. Dennoch besteht weitgehend Konsens unter den Akteuren, dass im schweizerischen Gesundheitswesen Qualitätsverbesserungen notwendig sind. Die Qualität hat denn auch an Gewicht in den gesundheitspolitischen Diskussionen gewonnen, nicht zuletzt aufgrund der im 2021 in Kraft tretenden KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit». Die GDK hat diese Revision von Beginn an klar gestützt und will sich auch im Rahmen der Umsetzung einbringen.

Neben allen anderen Akteuren wie Bund, Leistungserbringer, Versicherer, Patientinnen und Patienten, sind auch die Kantone gefordert, ihren Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten. Die GDK will mit dem vorliegenden Papier festhalten, wie sie verschiedene Qualitätsthemen beurteilt, welche Positionen sie im Bereich der Qualitätsdiskussionen vertreten will und welche Prioritäten aus Sicht der Kantone zu setzen sind.

### **2. Inhalt des Positionspapiers**

Im Zentrum des vorliegenden Positionspapiers steht die Qualität im engeren Sinn der Versorgungsqualität, d.h. die Qualität der erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen.

Als Abgrenzung dazu wird in diesem Positionspapier auf folgende Aspekte der Qualität nicht näher eingegangen: Die Voraussetzungen im Bereich der Bildung für eine gute Versorgungsqualität (Aus-, Weiter- und Fortbildung der Leistungserbringer), die Versorgungsforschung, die Versorgungssicherheit (Qualität des Zugangs der Bevölkerung zu den einzelnen Gesundheitsleistungen) sowie die Aufsichtstätigkeiten der Kantone über die Gesundheits- und Medizinalberufe bzw. über die Institutionen des Gesundheitswesens. Insbesondere in Bezug auf die Aufsichtstätigkeiten wird – nicht zuletzt medial – von den Kantonen erwartet, dass sie ihre Anstrengungen bei der Definition und Kontrolle der gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen für eine gute Qualität der Gesundheitsleistungen intensivieren. Diese Thematik steht jedoch nicht im Fokus des vorliegenden Positionspapiers, sondern wird im Rahmen anderweitiger GDK-Tätigkeiten und deren betroffenen Fachgremien verfolgt.

## **B. Rechtliche Rahmenbedingungen**

### **3. Rolle der Kantone im Bereich der Qualitätssicherung**

Die zentralen gesetzlichen Grundlagen im Krankenversicherungsgesetz umfassen zur Qualitätssicherung Art. 58 KVG, der dem Bundesrat die Aufgabe überträgt, Massnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Der Bundesrat kann wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität vorsehen und dabei die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder Dritten übertragen. Gestützt auf Art. 58 KVG wird in Art. 77 KVV die Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen der Qualitätssicherung in erster Linie an die Leistungserbringer und ihre Verbände delegiert. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden von den Leistungserbringern in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Gemäss diesen Bestimmungen kommt die Zuständigkeit der Qualitätssicherung hauptsächlich den Tarifpartnern zu.

Mit der vom 21. Juni 2019 durch die eidgenössischen Räte verabschiedeten Vorlage «KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» ([Qualitätsvorlage](#)) werden im Jahr 2021 weitere wichtige Bestimmungen zur Qualitätssicherung in KVG und KVV in Kraft treten (vgl. Kapitel 4). Die GDK hat im Rahmen ihrer Stellungnahme zur entsprechenden KVV-Revision festgehalten, dass die Rolle der Kantone zu wenig klar dargelegt wird. Da den Kantonen die Zuständigkeit zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen zukommt, sind die Kantone auch für die Sicherung und Verbesserung der Qualität mitverantwortlich. So nehmen sie beispielsweise mit ihren Aufgaben zur allgemeinen Aufsichtstätigkeiten, in der Spitalplanung oder bei der Zulassung von Leistungserbringern eine wichtige Rolle zur Qualitätssicherung und -entwicklung wahr, die es entsprechend festzuhalten gilt.

## Positionen der GDK zur Rolle der Kantone im Bereich der Qualitätssicherung

- Da den Kantonen die Zuständigkeit zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen zukommt, sind die Kantone auch für die Sicherung und Verbesserung der Qualität mitverantwortlich.
- Mit diversen Aufgaben (z.B. im Rahmen der allgemeinen Aufsichtstätigkeiten, der Spitalplanung oder der Zulassung von Leistungserbringern), nehmen sie eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung und -entwicklung wahr.

## 4. Qualitätsvorlage

Einerseits werden mit der Qualitätsvorlage die Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer dazu verpflichtet, gemeinsame Qualitätsverträge abzuschliessen. Andererseits wird eine Eidgenössische Qualitätskommission zur Stärkung der Qualitätsbemühungen eingesetzt. In dieser ausserparlamentarischen Kommission sind die Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, Versicherten, Patientenorganisationen sowie Fachleute vertreten. Bund, Kantone und Versicherer finanzieren zu je einem Drittel die Aufgaben und den Betrieb der Eidgenössischen Qualitätskommission<sup>1</sup>. Für die Jahre 2021 bis 2025 sind dazu insgesamt rund 45 Millionen Franken vorgesehen, womit auf die Kantone pro Jahr rund 3,8 Millionen Franken entfallen.

### 4.1 Umsetzung der Qualitätsvorlage

Im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsvorlage wird sich weisen müssen, wie das Beziehungs- und Auftragsverhältnis zwischen der Eidgenössischen Qualitätskommission und den verschiedenen Organisationen zur Qualitätssicherung und -entwicklung (insbesondere Stiftung Patientensicherheit, ANQ, EQUAM und weitere) ausgestaltet wird. Es ist für die GDK unabdingbar, dass die Eidgenössische Qualitätskommission bei der Vergabe von Aufträgen, Programmen und Projekten die bisherigen Leistungen und geplanten Innovationen der entsprechenden Organisationen berücksichtigt.

Mit der Qualitätsvorlage können künftig diverse Aktivitäten und Projekte zur Qualitätsentwicklung über die neue gesetzliche Grundlage finanziert werden. Dies ist eine der zentralen Errungenschaften der Qualitätsvorlage, die u.a. die GDK dazu bewogen hat, sich in den letzten Jahren des Gesetzgebungsprozesses stets für das Überleben der Vorlage einzusetzen. Die neue Ausgangslage kann aber für die heute für die Qualitätssicherung tätigen Organisationen zu neuen Herausforderungen führen, wenn die Gelder der Qualitätsvorlage zu stark auf Projektfinanzierungsbeiträge ausgerichtet sind und dazugehörige Grundlagen-, Begleit- und Folgearbeiten zu wenig berücksichtigt werden. Vergibt beispielsweise die Eidgenössische Qualitätskommission den Auftrag zur Ausarbeitung neuer Indikatoren für die Messung der Indikationsqualität, bedingt dies bei der entsprechenden Organisation nicht nur die Entwicklung dieser Indikatoren, sondern es muss auch gewährleistet sein, dass weitere involvierte Akteure für die Umsetzung in der Praxis miteinbezogen werden, die Implementierung der Indikatoren praxistauglich vorbereitet sowie die Messungen der Indikatoren und die Veröffentlichung der Ergebnisse langfristig gesichert sind.

Aus Sicht der GDK ist dringend zu verhindern, dass langjährig bewährte und von diversen Akteuren über Jahre aufgebaute und mitgetragene Organisationen mit der neuen Ausgangslage der Qualitätsvorlage in ihrer Existenz bedroht werden. Wir denken hier insbesondere an den ANQ (für den Spitalbereich), mit dem Spitäler, Versicherer und Kantone im Rahmen des Nationalen Qualitätsvertrags erreicht haben, dass schweizweit vergleichbare Qualitätsmessungen etabliert werden konnten. Wir denken aber auch an die Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Die Kantone (und die Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten) sind auf den Output dieser Organisationen angewiesen und haben die Erwartung, dass mit ihrem Beitrag an die nationale Qualitätskommission die Leistungen dieser Organisationen finanziert werden können. Es ist deshalb unabdingbar, dass die Eidgenössische Qualitätskommission bei der Vergabe ihrer Aufträge in Form von Programmen, Projekten oder Studien die bisherigen Leistungen und geplanten Innovationen der entsprechenden Organisationen berücksichtigt. Es wäre politisch nicht vertretbar, wenn

<sup>1</sup> Die maximalen jährlichen Ausgaben für die Finanzierung der Kosten ergeben sich aus der Multiplikation der Anzahl der Erwachsenen nach Art. 16a Abs. 4 KVG mit 0,07 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für Versicherte nach Art. 16a Abs. 3 KVG für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit der von Bundesrat gestützt auf Art. 64 Abs. 3 KVG festgelegten Franchise und Unfaldeckung.

mit der Umsetzung der Qualitätsvorlage die bisher errungenen Fortschritte, Massnahmen und Messungen gefährdet würden. Für den Übergang vom Inkrafttreten der Vorlage bis zu den ersten Aufträgen durch die Eidgenössische Kommission ist deshalb auch zu gewährleisten, dass die Organisationen liquid bleiben und somit überhaupt die Möglichkeit haben, sich für Aufträge anzubieten.

### Positionen der GDK zur Umsetzung der Qualitätsvorlage

- Langjährig bewährte und wichtige Organisationen, die Leistungen sich für die Qualitätssicherung und -entwicklung erbringen, dürfen durch die neue Ausgangslage der Qualitätsvorlage nicht gefährdet werden.
- Es sind rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, welche auch die Finanzierung von notwendigen Grundlagen-, Begleit- und Folgearbeiten ermöglichen.
- Der Austausch zwischen der (strategisch tätigen) Eidgenössischen Qualitätskommission und den (operativ tätigen) Qualitätsorganisationen und Leistungserbringer muss gewährleistet sein.

## 4.2 Eidgenössische Qualitätskommission

Gestützt auf Art. 58 KVG der Qualitätsvorlage wird der Bundesrat künftig nach Anhörung der interessierten Organisationen für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität in der medizinischen Leistungserbringung definieren und folglich auch die Tätigkeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission festlegen.

Gemäss Information des BAG wird auf Basis des [Nationalen Qualitätsberichts](#) vom 25. Juni 2019 die Qualitätsstrategie aus dem Jahre 2009 aktualisiert und weiterentwickelt. Die aktualisierte Strategie soll anschliessend als Rahmen für die Qualitätsentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens dienen und damit auch die Tätigkeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission bestimmen. Die GDK erwartet, dass die Definition der Rahmenbedingungen für die nationale Qualitätsentwicklung unter engem Miteinbezug der Kantone, Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten und der Versicherer erfolgt – dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Nationale Qualitätsbericht in der Fachwelt kontroverse Diskussionen ausgelöst hat. Die Akzeptanz durch die Leistungserbringer ist eine essentielle Voraussetzung für eine wirkungsvolle Umsetzung von Massnahmen. An die Zieldefinition des Bundesrats sowie an die Tätigkeit der Qualitätskommission erhebt die GDK zudem den Anspruch, dass sie den Kriterien der Wirksamkeit und der Machbarkeit genügen.

Die Errungenschaft der Qualitätsvorlage liegt aus Sicht der GDK darin, dass im gesamten Gesundheitswesen Qualitätsverbesserungen angestrebt werden. Langfristiges Ziel sollte sein, dass die Eidgenössische Qualitätskommission Rahmenbedingungen in allen Bereichen fördern kann, die in anerkannte Standards der Qualitäts- und Sicherheitskultur münden und von allen Akteuren getragen werden. Gleichzeitig sollte auch eine hohe Versorgungsqualität über die Systemgrenzen hinweg durch integrierte bzw. koordinierte Versorgung angestrebt werden. Insofern öffnet sich für die Eidgenössische Qualitätskommission ein weites Tätigkeitsfeld.

Jedoch ist eine Priorisierung der Aufgaben der Eidgenössischen Qualitätskommission aus Sicht der GDK zentral, damit die Kommission auf pragmatische Art und Weise zügig Studien, Projekte und Programme in Auftrag geben kann. Ziel muss sein, dass die Kommission rasch erste Grundlagen und Ergebnisse erwirken kann, welche für die Gesundheitsfachpersonen – und folglich auch für die Patientinnen und Patienten – einen Nutzen bringen. Die Tätigkeiten der Eidgenössischen Kommission haben sich deshalb – zumindest in den ersten Jahren – hauptsächlich auf folgende inhaltliche Schwerpunkte zu fokussieren:

- a) Für die verschiedenen Versorgungsbereiche sind umfassende und *national einheitliche Qualitätsindikatoren zu entwickeln* (z.B. ambulante Grundversorgung) *bzw. weiterzuentwickeln* (stationäre Versorgung) und gestützt darauf Massnahmen zur Verbesserung der Qualität zu erarbeiten.
- b) Es ist eine *nationale Strategie zur Medikationssicherheit* zu erarbeiten. Dazu gehören Richtlinien für Qualitätssicherungssysteme, die den gesamten Prozess des Arzneimittelgebrauchs abdecken (einschliesslich Behandlungsschnittstellen), aber auch die Digitalisierung des Medikationsprozesses (unter anderem im Zusammenhang mit dem elektronischen Patientendossier und der

allgemeinen eHealth-Strategie) und die Bereitstellung von Technologien und Instrumenten zur Verbesserung der Medikationssicherheit in allen Versorgungsbereichen.

- c) *Teamarbeit und Kommunikation als zentrale Pfeiler der Patientensicherheit und Qualität* sind zu fördern. Ein nationales Programm könnte sowohl Grundkompetenzen in Kommunikation und Teamarbeit fördern, als auch evidenzbasierte Grundlagen für Teamarbeit entwickeln. Ebenso sollten Schulungen für Kommunikations- und Teamarbeiten in Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe und Fachrichtungen eingebettet werden.
- d) Die Eidgenössische Qualitätskommission soll darauf hinwirken, dass Fachgesellschaften *Guidelines* erarbeiten bzw. weiterentwickeln. Es sind gleichzeitig Anforderungen an Guidelines zu definieren (wie dies bereits für Register besteht) sowie Vorgaben für deren Verbindlichkeit festzulegen. Wichtig wäre auch die Definition von Stakeholdern, die bei der Ausarbeitung solcher Anforderungen einbezogen werden sollen.

Die aufgeführten Aufgaben lassen sich nach Einschätzung der GDK mit Organisationen und Stakeholdern in die Wege leiten, welche sich in den letzten Jahren bereits erfolgreich im schweizerischen Gesundheitswesen etabliert haben und bei den Akteuren aufgrund ihres Know-hows und ihrer Erfahrung breit akzeptiert sind. Diese Organisationen sollten durch die Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Qualitätskommission weiter gestärkt werden. Die Eidgenössische Qualitätskommission könnte mit Wettbewerben für Organisationen bzw. Leistungserbringer mit herausragenden Projekten oder Projektideen (z.B. im Bereich Patientensicherheit) diesen Aspekt zusätzlich fördern.

Die Aufgabenpriorisierung der GDK impliziert, dass entgegen dem Nationalen Qualitätsbericht Themen wie der Zugang zur Gesundheitsversorgung (Versorgungssicherheit), die Stärkung der Patientenrechte oder die verbesserte Integration von technischen Informationssystemen nicht prioritär von der Eidgenössischen Qualitätskommission zu bearbeiten sind. Auch wenn es sich dabei ebenfalls um wichtige Qualitätsthemen handelt, stehen zur Behandlung dieser Fragen andere Gefässe und Gremien bzw. Verantwortlichkeiten im Vordergrund.

### **Positionen der GDK zur Eidgenössischen Qualitätskommission**

- An die Zieldefinition des Bundesrats zur Qualitätsentwicklung sowie an die Tätigkeit der Eidgenössischen Qualitätskommission erhebt die GDK den Anspruch, dass sie den Kriterien der Wirksamkeit und der Machbarkeit genügen, und dass sie unter Einbezug der Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten, der Kantone und der Versicherer erfolgen.
- Massnahmen zur Qualitätsentwicklung müssen alle Versorgungsbereiche umfassen und sollen langfristig in anerkannte Standards der Qualitäts- und Sicherheitskultur münden.
- Eine Priorisierung der Aufgaben der Eidgenössischen Qualitätskommission in den ersten Jahren ist notwendig, damit die Kommission zügig Studien, Projekte und Programme in Auftrag geben kann.
- Organisationen welche sich in den letzten Jahren bereits erfolgreich im schweizerischen Gesundheitswesen etabliert haben und bei den Akteuren aufgrund ihres Know-hows und ihrer Erfahrung breit akzeptiert sind, sollten durch die Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Qualitätskommission weiter gestärkt werden.

## **C. Dimensionen von Qualität und deren Messung**

### **5. Dimensionen von Qualität**

Ein gängiges Modell zur Beschreibung der Qualitätsdimensionen ist dasjenige von Donabedian<sup>2</sup>, welches zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet. Donabedian geht davon aus, dass alle drei Qualitätsdimensionen in einem Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen.

#### **5.1 Strukturqualität**

Unter Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen, die für die medizinische Versorgung im Einzelfall gegeben sind, verstanden. Zum einen umfasst die Strukturqualität die personellen (Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildungsstand des Personals) sowie materiellen und technischen (bauliche Einrichtung, Räumlichkeiten und Arbeitsmittel) Ressourcen des Leistungserbringers. Zum anderen gehören auch die organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten, wie beispielsweise rechtliche/vertragliche Bestimmungen, zur Strukturqualität. Die GDK anerkennt die Wichtigkeit der Strukturqualität als Basis aller weiterer Qualitätsbestrebungen. Mit den Empfehlungen zur Spitalplanung leistet die GDK im stationären Bereich einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Strukturqualität.

#### **5.2 Prozessqualität**

Die Qualität der Prozesse bezieht sich auf die Art und Weise wie Leistungen erbracht werden und beschreibt somit die Gesamtheit aller Aktivitäten. Sie umfasst alle ärztlichen, pflegerischen und administrativen Tätigkeiten, die entweder direkt oder indirekt an dem unmittelbaren Versorgungsprozess beteiligt sind (Durchführung von Beratungen, Ablauf der medizinischen Versorgung, Handhabung von Pflegestandards und Vorschriften, Aufnahmeverfahren, Betreuungsplanung und -umsetzung sowie Wartezeiten). Die Prozessqualität ist hauptsächlich von den Leistungserbringern zu gewährleisten. Die Kantone können diese jedoch unterstützen, indem sie Instrumente zur Verbesserung der Prozessqualität fördern (z.B. nationale Progress!-Programme zur Medikationssicherheit oder zur sicheren Chirurgie-Checkliste).

#### **5.3 Ergebnisqualität**

Unter der Ergebnisqualität werden die Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. des Patienten verstanden, die auf die ärztlichen, pflegerischen und administrativen Handlungen zurückgeführt werden können. Der Ergebnisqualität und der Entwicklung entsprechender Indikatoren kommt für die GDK eine zentrale Bedeutung zu, da im Zentrum der Qualitätsbemühungen stets die Patientinnen und Patienten stehen müssen. Die systematische Erhebung der Patientenerfahrungen bzw. die Ergänzung der Selbstmessung des Outcomes durch entsprechende Patientenbefragungen soll deshalb auch vermehrt Einzug in die Qualitätsdiskussionen in Form von PROMs und PREMs (vgl. Kapitel 12.1.2) finden.

#### **5.4 Indikationsqualität**

Das Modell von Donabedian wird heute weit verbreitet um die Dimensionen der Indikations- und Diagnosequalität ergänzt. Darunter wird die Qualität des therapeutischen Entscheidungsprozesses inkl. der Indikationsstellung verstanden. Die Indikation beinhaltet alle intellektuellen Prozesse zwischen Wahrnehmung und Bewertung der Situation der Patientinnen und Patienten einerseits und den daraus resultierenden ärztlichen Handlungsoptionen andererseits. Die Indikation ist oft nicht ausschliesslich naturwissenschaftlich zu begründen, sondern soziale und ethische Überlegungen können bzw. sollen explizit miteinfließen. Indikatoren zur Indikationsqualität leisten wichtige Beiträge zur Verhinderung von Überversorgung. Die GDK ist der Ansicht, dass das Potenzial zur Messung der Indikationsqualität noch nicht ausgeschöpft ist und will sich deshalb dafür einsetzen, dass verstärkt nationale Indikatoren zur Indikationsqualität ausgearbeitet werden (ANQ-Messungen / Eidgenössische Qualitätskommission).

---

<sup>2</sup> Avedis Donabedian (1966): Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung von ärztlicher Leistung.

## 6. Messung von Qualität

### 6.1 Qualitätsindikatoren

Qualität in der Gesundheitsversorgung kann nicht direkt beobachtet und gemessen werden, sondern sie erfolgt über die Messung entsprechender Qualitätsindikatoren. Ausgehend von den oben erwähnten Qualitätsdimensionen sind Qualitätsindikatoren ergebnis-, prozess- und/oder struktur- bzw. indikationsbezogen. Sie ermöglichen die Vergleichbarkeit von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen und dienen damit den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens als wichtige Informationsgrundlagen. Leistungserbringern ist es möglich, mittels der aus den Qualitätsindikatoren gewonnenen Daten, ihr Verbesserungspotenzial zu erkennen und daraus Handlungsoptionen abzuleiten. Weiter können Qualitätsindikatoren den Patientinnen und Patienten Unterstützung bei der Wahl von Leistungserbringern bieten. Aber auch Versicherer und Behörden können Entscheide im Bereich der Planung oder Steuerung auf Qualitätsindikatoren abstützen.

### 6.2 Register

Auch Register tragen zur Transparenz und Vergleichbarkeit medizinischer Leistungen bei, sind Grundlage für die Forschung und liefern wichtige Daten für die Gesundheitspolitik bzw. -planung. Dabei muss nach dem Zweck der Register unterschieden werden, es existieren Public-Health-, medizinische, epidemiologische, klinische und Patientinnen- und Patienten-Register. Je nachdem steht die Forschung oder die Qualität der medizinischen Behandlung im Zentrum. FMH, H+, SAMW, ANQ und Universitäre Medizin Schweiz (unimeduisse) haben 2016 gemeinsame [Empfehlungen](#) für den Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern herausgegeben, um die Qualität von Registern zu verbessern. Im 2019 wurden die Empfehlungen von den Herausgebern einem Praxistest unterzogen und eine verbesserte Fassung erstellt. Der Test zeigte insgesamt, dass die Register-Empfehlungen in der Praxis gut anwendbar sind.

#### Positionen der GDK zur Messung von Qualität

- Für die GDK ist es zentral, dass für alle Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität) verlässliche Indikatoren erarbeitet werden, die Vergleiche der Qualität der Leistungserbringung ermöglichen und damit auch bei der Planung der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden können.
- Die GDK anerkennt die Wichtigkeit der Strukturqualität als Basis aller weiterer Qualitätsbestrebungen. Mit den Empfehlungen zur Spitalplanung leistet die GDK im stationären Bereich einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Strukturqualität.
- Die Prozessqualität ist hauptsächlich von den Leistungserbringern zu gewährleisten. Die Kantone können die Prozessqualität jedoch unterstützen, indem sie Instrumente zur Verbesserung der Prozessqualität fördern.
- Im Zentrum der Qualitätsbemühungen stehen die Patientinnen und Patienten. Der Ergebnisqualität und der Entwicklung entsprechender Indikatoren kommt deshalb für die GDK eine zentrale Bedeutung zu.
- Indikatoren zur Indikationsqualität leisten wichtige Beiträge zur Verhinderung von Überversorgung. Die GDK ist der Ansicht, dass das Potenzial zur Messung der Indikationsqualität noch nicht ausgeschöpft ist und befürwortet die vermehrte Ausarbeitung von nationalen Indikatoren zur Indikationsqualität (ANQ-Messungen / Eidgenössische Qualitätskommission).
- Qualitätsmessungen und deren Ergebnisse sind stets transparent zu veröffentlichen. Es wird damit ein qualitätssteigernder Wettbewerb und ein datenbasiertes Qualitätsmanagement gefördert.
- Register stellen für die GDK wichtige Instrumente zur Qualitätsverbesserung dar. Sie unterstützt deshalb ideell die «Empfehlungen für den Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern» von FMH, H+, SAMW, ANQ und unimeduisse.



## D. Patientensicherheit

### 7. Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine sichere Behandlung. Es existieren in der Schweiz keine Studien über unerwünschte medizinische Ereignisse (schädigende Ereignisse). Ausländische Studien zeigen, dass rund 12 % der Patientinnen und Patienten von unerwünschten Ereignissen (adverse events) betroffen sind, von denen fast die Hälfte mit einem guten Versorgungsstandard hätte vermieden werden können. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahlen auch auf die Schweiz übertragbar sind.

Es gibt Qualitäts- und Sicherheitsprobleme, die in der Fachwelt bekannt sind und bei denen der Handlungsbedarf und die erforderlichen konkreten Massnahmen zur Verbesserung der Wirksamkeit offensichtlich sind. Diese Qualitäts- und Sicherheitsthemen werden gelegentlich als Hotspots der Patientensicherheit bezeichnet. Beispiele sind unsichere Medikationsprozesse, Verwechslungen und Identifikationsprobleme, Spitalinfektionen, Wrong Site Surgery (Seiten- und Eingriffsverwechslungen), Kommunikation (mit verschiedenen Teilfacetten) oder Dokumentationsprobleme.

Einzelne Leistungserbringer wie auch Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren Initiativen gestartet, in deren Rahmen Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit realisiert wurden. Es engagieren sich öffentliche Instanzen auf nationaler und kantonaler Ebene (Bundesrat bzw. kantonale Gesundheitsbehörden), aber auch private Institutionen (z.B. Patientenschutzorganisationen) und wissenschaftliche Institute für die Stärkung der Patientensicherheit. Ebenfalls erwähnt werden können Zertifizierungsstellen, welche die Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von Qualitätsstandards überprüfen und bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) ausstellen. 2003 hat das Thema Patientensicherheit auch die Politik erreicht. Die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss hat den Anstoss zur Gründung der Stiftung Patientensicherheit gegeben, die sich bis heute als Kompetenzzentrum gehalten hat. Die GDK anerkennt die verschiedenen Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit und erachtet es als erstrebenswert, dass sich verschiedene Akteure und Organisationen für eine erhöhte Patientensicherheit einsetzen.

#### **Positionen der GDK zu Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit**

- Initiativen zur Stärkung der Patientensicherheit sind zentral für die Qualitätssteigerung im schweizerischen Gesundheitssystem.

### 7.1 Stiftung Patientensicherheit

#### 7.1.1 Tätigkeiten der Stiftung Patientensicherheit

Mit der Gründung der [Stiftung Patientensicherheit Schweiz](#) im Jahr 2003 wurde eine nationale Organisation geschaffen, welche sich unabhängig von medizinischen Disziplinen, Berufsgruppen und Versorgungssektoren, systematisch für die Förderung der Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen einsetzt. Seit 2012 entwickelt und leitet die Stiftung für Spitäler im akutsomatischen Bereich und für stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege nationale Modellprogramme mit dem Ziel, die Patientensicherheit im Gesundheitswesen zu verbessern. Bisher wurden folgende [progress!-Programme](#) durchgeführt: Sichere Medikation in Pflegeheimen, Com-Check - Sichere Chirurgie, Sicherheit bei Blasenkathetern, Sichere Medikation an Schnittstellen. Die praxisorientierten Programme testen den möglichst breiten Einsatz evidenzbasierter Interventionen in bedeutenden Bereichen der Patientensicherheit oder entwickeln neue Ansätze. Sie werden von einer Sensibilisierungskampagne begleitet, spezifisch auf die Schweizer Verhältnisse angepasst und beinhalten Umsetzungs-elemente, Evaluationserhebungen und ein Monitoring. Progress!-Programme ermöglichen damit die Umsetzung massgeschneiderter Verbesserungsmassnahmen. Eine Schwierigkeit der nationalen Programme der Stiftung Patientensicherheit liegt darin, dass die jeweils relativ kleine Zahl der teilnehmenden Institutionen den Nachweis der klinischen Wirkung erschweren. Die GDK will sich dafür einsetzen, dass im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsvorlage die Trag- und Reichweite von Programmen der Stiftung verbessert werden können. Zudem sollte dem Potenzial für einen

Wissenstransfer der teilnehmenden Institutionen an weitere Leistungserbringer mehr Beachtung geschenkt werden.

Die Stiftung erbringt im Sinne eines Kompetenzzentrums für Patientensicherheit weitere Leistungen. Dazu gehören unter anderem die Identifikation und Analyse von Sicherheitsrisiken für Patientinnen und Patienten, die Verbreitung und Implementierung von Expertise und Wissen, ein Monitoring von Risiken in den Spitälern, aber auch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Evidenz.

### **7.1.2 Rolle der Stiftung Patientensicherheit**

Die GDK ist Trägerin der Stiftung Patientensicherheit und empfiehlt den Kantonen seit 2005, mit 9 Rappen pro Kantonseinwohnerin bzw. -einwohner zur Basisfinanzierung der Stiftung beizutragen und sich zweckgebunden mit 4 Rappen pro Kantonseinwohnerin bzw. -einwohner am nationalen Fehlermeldesystem CIRNET (vgl. Kapitel 8) zu beteiligen. Dieser Empfehlung sind jeweils alle Kantone nachgekommen. Der Gesamtbetrag der Kantone umfasst jährlich rund eine Million Franken.

Bei der Erarbeitung der nationalen Qualitätsvorlage war in Übereinstimmung mit dem BAG stets vorgesehen, dass die Finanzierung der Stiftung ab 2021 durch diese neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen abgelöst werden soll und die Kantone deshalb auf die Ausrichtung ihrer Beiträge zur Basisfinanzierung verzichten. Für die Stiftung Patientensicherheit ist es essenziell, dass bei der Umsetzung der Qualitätsvorlage nicht ausschliesslich Projektbeiträge für nationale Programme gesprochen werden, sondern auch Grundlagen-, Begleit- und Folgearbeiten mitfinanziert werden können (vgl. Kapitel 4.1), weil ansonsten die Existenz der Stiftung entgegen den Absichten aus dem Gesetzgebungsprojekt gefährdet ist. Es ist aus Sicht der GDK zentral, dass der langjährige Aufbau der Stiftung, welcher u.a. massgeblich von den Kantonen geleistet wurde, nicht aufs Spiel gesetzt wird. Das wertvolle Know-how, von welchem zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens direkt und indirekt stark profitieren, darf nicht verloren gehen.

#### **Positionen der GDK zur Stiftung Patientensicherheit**

- Die bedeutende Rolle der Stiftung Patientensicherheit als anerkanntes und breit vernetztes Kompetenzzentrum ist auch in Zukunft zu gewährleisten, weshalb die Finanzierung der entsprechenden Leistungen im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsvorlage geregelt werden muss.
- Die Trag- und Reichweite von nationalen Programme der Stiftung sind zu erhöhen, um weitere Verbesserungen im Bereich der Patientensicherheit zu erreichen.

## **8. Berichts- und Lernsysteme**

Für die Gewährleistung der Patientensicherheit spielen Berichts- und Lernsysteme (Critical Incident Reporting System, CIRS) eine wichtige Rolle. Ziel ist es, mit dem Erfassen von kritischen Ereignissen, Fehlern, Risiken und Beinahe-Schäden, eine Sicherheitskultur aufzubauen sowie eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Massnahmen zu erreichen. Viele Spitäler der Schweiz betreiben bereits ein entsprechendes CIRS-System. Mit der KVV-Revisionsvorlage «Planungskriterien und Tarifiermittlung» ist vorgesehen, dass Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser künftig verpflichtet sind, ein entsprechendes CIRS-System zu führen. Die GDK ist damit einverstanden, dass Berichts- und Lernsysteme einen festen Bestandteil in den Qualitätsbestrebungen von Spitälern darstellen. Das Instrument ist jedoch bei den Pflegeheimen, bei der Spitex, in Arztpraxen und in Geburtshäusern noch zu wenig etabliert, als dies bereits in den nächsten Jahren verpflichtend festgelegt werden kann. Über sinnvolle Möglichkeiten für Berichts- und Lernsysteme sollte zusammen mit den Stakeholdern aber auch für diese Versorgungsbereiche nachgedacht werden.

Die Stiftung Patientensicherheit betreibt seit 2006 ein überregionales Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme in der Schweiz (CIRNET<sup>3</sup>). CIRNET ermöglicht, dass aus allen lokalen CIRS-Meldungen überregional relevante Problemfelder identifiziert, gemeinsam mit Experten Verbesserungsempfehlungen entwickelt und in Form von Quick-Alerts® durch die Stiftung Patientensicherheit veröffentlicht werden. Quick-Alerts® beinhalten konkrete praxisorientierte Handlungsempfehlungen, welche sich auf ein gut eingrenzbares Problemfeld in der Patientensicherheit beziehen. Die Kantone haben sich in den letzten Jahren -

<sup>3</sup> Am CIRNET angeschlossene Spitäler und Kliniken: <https://www.cirnet.ch/index.asp?PID=7031&Lang=de>

ebenfalls gestützt auf eine Empfehlung der GDK - an der Finanzierung des CIRRNETH mit 4 Rappen pro Kantonseinwohnerin bzw. -einwohner beteiligt. Die GDK fordert, dass der Betrieb des CIRRNETH, die Analyse der Meldungen und die Entwicklung von Quick-Alerts® durch die Stiftung Patientensicherheit ab 2021 im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission in Auftrag gegeben und weiterfinanziert wird, damit dieses wichtige Instrument der Schweiz nicht verloren geht, sondern gestärkt werden kann.

Damit Mitarbeitende kritische Ereignisse, Fehler, Risiken und Beinahe-Schäden im CIRS registrieren, muss das Vertrauen gewährleistet sein. Ein Bundesgerichtsentscheid im Jahr 2018 hat diesbezüglich Unsicherheiten ausgelöst: Das Bundesgericht stützte im Urteil 1B\_289/2016, dass die Staatsanwaltschaft des Kantons Tessin in einem Haftpflichtfall Einblick ins CIRS nehmen durfte. Die Stiftung Patientensicherheit hat mit konkreten [Empfehlungen](#) versucht, die Situation zu klären. Die Empfehlungen dienen hauptsächlich dazu, dass meldende Personen juristisch nicht belangt werden können. Grundsätzlich strebt die Stiftung aber eine gesetzliche Grundlage für einen «Schutzparagrafen» für die meldenden Personen an ([Motion Humbel](#), Mo. 18.4210). Das Bundesamt für Gesundheit hat für die Bearbeitung der Motion ein entsprechendes Gutachten in Auftrag gegeben. Die GDK wird einfordern, dass sie bei der Beurteilung des vom BAG in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Motion 18.4210 miteinbezogen wird. Die GDK verfolgt das Ziel, dass gesetzliche Bestimmungen für den Schutz von meldenden Personen nicht nur für die CIRS-Systeme, sondern auch für andere Lernsysteme Geltung haben (Peer Review, M&M-Konferenzen<sup>4</sup> etc.).

### Positionen der GDK zu Berichts- und Lernsystemen

- Die GDK stützt das Anliegen, dass Berichts- und Lernsysteme einen festen Bestandteil in den Qualitätsbestrebungen von Spitälern darstellen.
- Die GDK fordert, dass der Betrieb des CIRRNETH, die Analyse der Meldungen und die Entwicklung von Quick-Alerts® durch die Stiftung Patientensicherheit ab 2021 im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission in Auftrag gegeben und weiterfinanziert wird
- Meldende Personen sollen gesetzlich geschützt werden, damit sie für Meldungen von kritischen Ereignissen, Fehler, Risiken und Beinahe-Schäden nicht belangt werden können.
- Gesetzliche Bestimmungen für den Schutz von meldende Personen müssen nicht nur für die CIRS-Systeme bestehen, sondern auch für andere Lernsysteme Geltung haben (Peer Review, M&M-Konferenzen etc.).

## 9. Nationale Strategie gegen nosokomiale Infektionen (Strategie NOSO)

Die [Strategie NOSO](#) des Bundes definiert jene Infektionen als HAI (healthcare-assoziierte Infektionen), die während des Aufenthalts in einem Spital oder Pflegeheim im Zusammenhang mit einer diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Massnahme auftreten, oder lediglich durch die Umstände des Aufenthalts bedingt sind, etwa durch Erreger in der Luft oder auf Oberflächen. Jährlich erkranken in Schweizer Spitälern rund 70'000 Patientinnen und Patienten an einer HAI und rund 2'000 sterben daran. Die Einschränkung von HAI stellt somit ein wichtiger Pfeiler der Patientensicherheit dar. Die GDK ist Partner der NOSO-Strategie des Bundes und beteiligt sich aktiv an der Schaffung von Grundlagen für ein zielgerichtetes und national koordiniertes Vorgehen aller Akteure. Die Massnahmen der NOSO-Strategie sollen gezielt dort ansetzen, wo HAI vermieden und dadurch Menschen geschützt werden können. Die GDK begrüsst die Bestrebungen der NOSO-Partner, Mindestanforderungen für Spitäler zur Verhütung und Bekämpfung von HAI zu erarbeiten.

<sup>4</sup> In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden rückblickend Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet.

## Positionen der GDK zur Strategie NOSO

- Die GDK unterstützt die Ziele der Strategie NOSO und beteiligt sich aktiv an der Schaffung von Grundlagen für wirksames und national koordiniertes Vorgehen aller Akteure zur Reduktion von HAI.
- Die Erarbeitung von Mindestanforderungen für Spitäler zur Verhütung und Bekämpfung von HAI wird begrüsst.

## E. Vermeidung unnötiger Leistungen

Unnötige Behandlungen oder Hospitalisationen tragen zur Überversorgung bei und können bei den Patientinnen und Patienten kaum gesundheitlichen Nutzen stiften, oder gar schädlich sein. Unnötige Leistungen sind deshalb sowohl zum Wohle der Patientinnen und Patienten, als auch aus Kostengründen zu vermeiden.

Aus Sicht der GDK ist hierbei zu bedenken, dass die Vergütungssysteme im schweizerischen Gesundheitswesen Anreize setzen, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Aus Sicht der GDK ist daher bei der Reform von Finanzierungssystemen auch der Aspekt von Anreizen zur Mengenausweitung zu berücksichtigen.

Unabhängig vom Vergütungssystem gibt es verschiedene Möglichkeiten, unnötige Leistungen zu vermeiden. Sie sind im Folgenden näher beschrieben.

### 10.HTA

Gemäss Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), müssen medizinische Leistungen, die von der OKP vergütet werden, die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfüllen und sind deshalb periodisch nach diesen Kriterien zu überprüfen. Für diese Überprüfung kommen insbesondere Health Technology Assessments (HTA) zum Einsatz, welche eine systematische Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien ermöglichen. Die GDK fördert seit 2011 als Trägerin des [Swiss Medical Boards](#) (SMB), welches aus einer Initiative des Kantons Zürich entstanden ist, aktiv die Durchführung von HTA-Verfahren. Ziel ist es, das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis in der Schweizer Versorgung zu verbessern. Konkret geschieht dies, indem das Board medizinische Massnahmen auf ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis analysiert und sie beurteilt. Die GDK ist mit zwei Regierungsmitgliedern im SMB-Vorstand vertreten.

Der Bund hat in der Zwischenzeit auch ein [HTA-Programm](#) aufgebaut, welches sich der Überprüfung potenziell obsoleter OKP-Leistungen widmet - mit dem Ziel der Entfernung aus dem Leistungskatalog oder einer Einschränkung der Vergütungspflicht («Disinvestment»).

Das SMB hat in den letzten zwei Jahren versucht, eine geregelte Zusammenarbeit mit dem HTA-Programm des Bundes zu definieren und die Aktivitäten aufeinander abzustimmen. Aus Sicht der GDK hätte das SMB durchaus einen Mehrwert in der HTA-Struktur des Bundes darstellen können. Indem es beispielsweise Ergebnisse von HTA-Berichten in einfach verständlicher Form für die Patientinnen und Patienten sowie die gesamte Bevölkerung aufbereitet oder sich auf gewisse HTA-Themenbereiche fokussiert hätte. Der Bund hat sich nicht bereit erklärt, klar definierte Aufgaben für das SMB zu bestimmen. Der Vorstand des SMB ist deshalb zum Schluss gekommen, dass die Arbeiten des SMB mittelfristig eingestellt werden und nur noch die bereits erteilten Aufträge für HTA-Berichte fertiggestellt werden.

Aus Sicht der GDK ist zu bedauern, dass der Bund keine geregelte Zusammenarbeit zwischen SMB und HTA-Programm des Bundes wünscht. Indem mit dem Bund keine angemessene Kooperationsform gefunden werden konnte, steht das SMB in einem Konkurrenzverhältnis zum HTA-Programm des Bundes. Dies ergibt in einem kleinen Versorgungsgebiet wie der Schweiz insbesondere mit Blick auf die verfügbaren Expertinnen und Experten, welche ein HTA-Verfahren begleiten oder bearbeiten können, längerfristig keinen Sinn. Deshalb ist der Entscheid des SMB-Vorstands, die Arbeiten zum SMB voraussichtlich per Ende 2021 einzustellen, zu unterstützen. Damit das nach wie vor bestehende Anliegen der GDK, die OKP-Leistungen regelmässig im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen

und die Erkenntnisse dazu breit zugänglich zu machen, weiterverfolgt werden kann, muss HTA in der Schweiz auch ohne SMB stark gehalten werden. Die GDK fordert daher, dass der Bund seine Arbeiten im HTA-Bereich intensiviert und die Ergebnisse aus den HTA-Berichten für Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer transparent macht und effizient in die politischen Entscheidungsprozesse einfließen lässt.

### **Positionen der GDK zu HTA**

- Die GDK bedauert, dass der Bund keine geregelte Zusammenarbeit zwischen SMB und HTA-Programm des Bundes wünscht und unterstützt den Entscheid des SMB-Vorstands, die Arbeiten zum SMB mittelfristig einzustellen.
- Die GDK fordert, dass der Bund seine Arbeiten im HTA-Bereich weiterhin intensiviert und die Ergebnisse aus den HTA-Berichten in die politischen Entscheidungsprozesse einfließen lässt und der Öffentlichkeit, der Fachwelt und in gut aufbereiteter Form auch Patientinnen und Patienten zugänglich macht.

## **11. Ambulant vor stationär (AVOS)**

Diverse Kantone haben eine Liste mit 12 bis 16 Eingriffen verabschiedet, die in der Regel ambulant und stationär «gleichwertig» geleistet werden und daher primär ambulant erbracht werden sollen. Die kantonalen Listen leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung unnötiger stationärer Behandlungen. Diese Massnahme liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten, da ihnen unnötige Spitalaufenthalte erspart bleiben. Eine analoge nationale Regelung für sechs Gruppen von Eingriffen wurde im Januar 2018 auch in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) eingeführt. Die GDK beteiligt sich an der Stakeholdergruppe, welche unter der Leitung des BAG die Umsetzung der KLV-Regelung begleitet. Zudem koordiniert sie die Bestrebungen der «AVOS-Kantone» im Rahmen einer Arbeitsgruppe (Kerngruppe AVOS) und ermöglicht den breiteren Austausch mit einer jährlich stattfindenden Veranstaltung für alle Kantone.

Mit Unterstützung der FMCH und des ANQ und in Kooperation mit AQC und weiteren Fachgesellschaften führt das BAG seit November 2019 ein Qualitätsmonitoring zu «ambulant vor stationär» durch. In einer prospektiven Beobachtungsstudie werden ausgewählte klinische Outcomes wie die Anzahl notfallmässiger Arztbesuche oder Beschwerden und Komplikationen nach ambulanten Eingriffen gemessen. Ziel ist die Identifikation der Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Kriterien für die Indikationsstellung zur ambulanten oder stationären Durchführung und hinsichtlich der Outcome- und Prozessqualität.

Eine weitere retrospektive Studie untersucht, ob und welche Änderungen im Outcome bei denselben Operationen (jeweils ambulant und stationär durchgeführt) vor und nach der Einführung der Regelung AVOS beobachtet werden können.

### **Positionen der GDK zu ambulant vor stationär**

- Die GDK unterstützt die Bestrebungen von Bund und Kantonen, die ambulante Leistungserbringung in Spitälern konsequenter zu fördern und ihre Massnahmen untereinander zu koordinieren.
- Die GDK empfiehlt all jenen Kantonen, die das Erlassen von Vorgaben an die Spitäler zur Förderung der ambulanten Leistungserbringung beabsichtigen, die unter den bisherigen «AVOS-Kantonen» bereits harmonisierte Liste integral zu übernehmen.

## **12. Choosing wisely**

Seit der Gründung des Trägervereins [«Choosing wisely – smarter medicine Switzerland»](#) haben mehrere medizinische Fachgesellschaften Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen in ihrem Fachbereich veröffentlicht und weitere folgen laufend. Ziel dieser Top-5-Listen ist es, eine frühzeitige Behandlungsplanung sowie interprofessionelle Absprachen zwischen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungserbringern zu ermöglichen. Zudem hat «Choosing wisely – smarter medicine» im Oktober 2018 eine breite Kampagne für Patientinnen und Patienten lanciert: die bisher veröffentlichten Empfehlungen sind seither in einer für Laien verständlichen Sprache verfügbar, um sie bei Entscheidungen zu unterstützen. Einzelne

Kantone verpflichten die Spitäler im Rahmen der Leistungsvereinbarungen, die Empfehlungen und Top-5-Listen von «Choosing wisely – smarter medicine» zu befolgen.

### **Position der GDK zu Choosing Wisely**

- Die GDK begrüsst, dass im Rahmen der Aktivitäten von «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» die Fachgesellschaften auf eigene Initiative unnötige Behandlungen definieren.
- Eine Erweiterung der Top-5-Listen auf weitere Fachgesellschaften wäre aus Sicht der GDK wünschenswert.

## **13. Miteinbezug von Patientinnen und Patienten**

Es wird davon ausgegangen, dass mit Massnahmen der Information und Sensibilisierung der Bevölkerung ein Teil der Probleme der Über- und Fehlversorgung angegangen werden können. Nur informierte Patientinnen und Patienten können die Leistungen eines Gesundheitssystems angemessen in Anspruch nehmen und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten einschätzen.

### **13.1 Gesundheitskompetenz und Patienten-Empowerment**

Dazu müssen die Patientinnen und Patienten jedoch über die entsprechende Gesundheitskompetenz verfügen. Die Gesundheitskompetenz entscheidet, wie gut sich die Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zurechtfinden, wie sie ihre Entscheidungen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fällen, wie positiv sie ihre Gesundheit beeinflussen. Gesundheitskompetente Menschen können gesundheitsrelevante Informationen einfacher finden, verstehen und im Alltag anwenden, Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten besser einschätzen oder leichter über das Einholen von Zweitmeinungen entscheiden.

In der Gesundheitsversorgung und Prävention braucht es eine Erhöhung des Bewusstseins für die geringe Gesundheitskompetenz in grossen Teilen der Bevölkerung und damit verbunden die Anpassung und Verbesserung der Informations- und Beratungsleistungen für Patientinnen und Patienten mit einer tieferen Gesundheitskompetenz.

Beim Patienten-Empowerment geht es darum, die Position der Patientinnen und Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern. Durch mehr Beteiligung sollen die Patientinnen und Patienten eine weniger passive Rolle einnehmen und mehr Einfluss nehmen können bei Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen. Besonders relevant ist dies bei chronischen Krankheiten, wo der Therapieerfolg zu grossen Teilen von den Handlungen der Patientinnen und Patienten abhängt.

### **13.2 PROMs und PREMs**

Patient-reported outcome measures (PROMs) und Patient-reported experience measures (PREMs) stellen eine Ergänzung zu üblichen Ergebnismessungen dar, da die Ergebnismessung unter direktem Miteinbezug der Patientinnen und Patienten erfolgt. PROMs generieren Informationen über den Gesundheitszustand, welche von den Patientinnen und Patienten selbst berichtet werden, wie zum Beispiel zu deren Lebensqualität, Symptomen oder Behandlungseffekten. Um diese Informationen zu erlangen, werden meist Befragungen angewendet. PREMs dienen dazu die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu messen, beispielsweise Zufriedenheit, subjektive Erfahrungen (z.B. Schmerzkontrolle) oder objektive Erfahrungen (z.B. Wartezeit bis zum ersten Termin). Die GDK beurteilt die Entwicklung und Nutzung von PROMs und PREMs als positiv, da sie nicht nur eine sinnvolle Ergänzung zu Messungen der Ergebnisqualität darstellen, sondern auch die Berücksichtigung des Patientenwillens stärken und damit den Ansatz der «Value Based Health Care»<sup>5</sup> aufnehmen.

<sup>5</sup> Werte-orientierte (nicht Volumen-basierte) Gesundheitsversorgung, die dem Patientennutzen eine hohe Bedeutung beimisst.

## **Positionen der GDK zum Miteinbezug von Patientinnen und Patienten**

- Initiativen zur Stärkung von Gesundheitskompetenz und Patienten-Empowerment sind zu begrüßen. Entsprechende Aktivitäten in den Kantonen werden ausdrücklich befürwortet.
- Die GDK beurteilt die Entwicklung und Nutzung von PROMs und PREMs als Ergänzung zu Messungen der Ergebnisqualität als positiv.

## **F. Sicherstellung von Qualität in verschiedenen Versorgungsbereichen**

National verbindliche Qualitätsmassnahmen kennt das schweizerische Gesundheitssystem heute vor allem im stationären Versorgungsbereich. Für die GDK ist es wichtig, dass in allen Versorgungsbereichen Massnahmen zur Qualitätsentwicklungen gestärkt werden. Unter anderem auch aus diesem Grund hat sich die GDK stets für die KVG-Vorlage «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» eingesetzt, weil von den Tätigkeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission künftig alle Versorgungsbereiche erfasst werden sollen. Die GDK erwartet, dass die Mittel der Eidgenössischen Qualitätskommission in den nächsten Jahren zu grossen Teilen in nationale Aktivitäten, Programme und Messungen von Versorgungsbereichen investiert werden, welche im Gegensatz zum stationären Bereich einen gewissen Nachholbedarf haben.

Wir denken hier an die ambulante Versorgung (u.a. niedergelassene Ärzteschaft, Spitalambulatorien, Spitem), aber auch an die Pflegeheime. Erfahrungen haben gezeigt, dass beispielsweise die Übertragung von bestehenden nationalen Programmen aus dem stationären Bereich auf weitere Versorgungsbereiche herausfordernd ist, weil sich die Rahmenbedingungen stark unterscheiden können.

Zentral erscheint der GDK auch, die Qualität in Bezug auf die Integrierte Versorgung zu verbessern. Es sind Projekte zu fördern, welche die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten über verschiedene Leistungserbringer verbessern und damit nicht nur eine Qualitätssteigerung bei einzelnen Leistungserbringern ermöglichen, sondern zur Verbesserung des Gesamtsystems beitragen.

### **14. Qualität in der stationären Versorgung**

#### **14.1 GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung**

In den [GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung](#) vom Mai 2018 ist der Qualität eine eigene Empfehlung (Nr. 5) gewidmet: Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen formulieren die Kantone leistungsspezifische Auflagen, die der Struktur- und Prozessqualität dienen. Die Kantone können weitere Vorgaben betreffend die erforderlichen Auflagen zur Qualitätssicherung, zum Ausweis der Indikations- und Ergebnisqualität und der qualitätssichernden Massnahmen festhalten.

Die GDK empfiehlt, zwecks Transparenz über die Qualität des Spitals und der Massnahmen der Spitäler zur Qualitätsverbesserung unter anderem, die Verwendung der H+-Berichtsvorlage («Qualitätsbericht») vorzusehen und die Berichte auf der Webseite des Kantons oder mindestens der Webseite des Spitals zu publizieren.

Die Kantone verpflichten die Spitäler in den Leistungsaufträgen, an den durch den ANQ) koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Die Spitäler können von den Kantonen verpflichtet werden, an weiteren kantonalen oder nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen und weitergehende Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit umzusetzen. Ebenso können die Kantone Vorgaben zum Aufbau eines internen oder externen Qualitätsmanagements formulieren.

Die GDK insistiert im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsvorlage darauf, dass die Kantone auf jeden Fall berechtigt bleiben, eigene Qualitätsanforderungen aufzustellen bzw. dass die Anforderungen der Kantone zur Spitalplanung in jedem Fall den vertraglich vereinbarten Anforderungen der Qualitätsverträge vorgehen.

## Positionen der GDK zur Qualität in Bezug auf die Spitalplanung

- Die GDK hat mit den Empfehlungen zur Spitalplanung wichtige Grundlagen verabschiedet und leistet damit einen Beitrag an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Transparenz über Qualität und Massnahmen der Spitäler zur Qualitätsentwicklung.

### 14.2 ANQ

#### 14.2.1 ANQ-Messungen

Für den stationären Bereich nimmt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) diverse Messungen zur Ergebnisqualität vor. Es sind alle Kantone Mitglieder des ANQ und leisten jährlich Mitgliederbeiträge. Die GDK ist Partnerin im Rahmen des Nationalen Qualitätsvertrags, auf dem die Messungen fussen. Der [Messplan](#) hält fest, welche Messungen die Träger des ANQ (Spitäler und Kliniken, Versicherer und Kantone) als verbindlich erklärt haben<sup>6</sup>:

Indikatoren Akutsomatik	Indikatoren Psychiatrie	Indikatoren Rehabilitation
<b>Erwachsene:</b>	<b>Erwachsene:</b>	<b>Erwachsene:</b>
Patientenzufriedenheit	Patientenzufriedenheit	<b>Alle Reha-Bereiche (Modul 1):</b>
Postoperative Wundinfektionen		Patientenzufriedenheit
Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen	Symptombelastung	<b>Muskuloskelettale, Neurologische, Andere Reha<sup>7</sup> (Modul 2):</b>
Sturz und Dekubitus		Partizipationsziele (ICF)
Knie- und Hüftimplantate		Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten
Wirbelsäulenimplantate (in Arbeit)	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	<b>Kardiale (K), Pulmonale (P), Reha (Modul 3):</b>
<b>Kinder:</b>	<b>Kinder und Jugendliche:</b>	Körperliche Leistungsfähigkeit
Patientenzufriedenheit	Symptombelastung	Lebensqualität
Postoperative Wundinfektionen Appendektomien	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Allgemeiner Gesundheitszustand

#### 14.2.2 Rolle des ANQ

Für die GDK ist unbestritten, dass der ANQ eine zentrale Rolle für die Qualitätssicherung in den Schweizer Spitälern spielt. Der ANQ garantiert von allen Tarifpartnern mitgetragene, unabhängige Messungen und ermöglicht damit die einzigen über die gesamte Schweiz vergleichbaren Qualitätsdaten, die transparent veröffentlicht werden. Für Versicherer, Spitäler und Kantone liegen einheitliche Daten vor, auf die sich die Qualitätsbemühungen abstützen können. Diese Vorteile einer gemeinsam von den Tarifpartnern und den Kantonen getragenen Organisation sind auch in Zukunft zu gewährleisten.

Die GDK stellt jedoch auch fest, dass die Bedürfnisse vieler Kantone mit den aktuellen Messungen nicht vollständig erfüllt werden. Diverse Kantone sind beispielsweise zunehmend daran interessiert, die ANQ-Daten für ihren Planungs- und Regulierungsauftrag zu nutzen. Die derzeitigen Messungen sind für einen wirkungsorientierten Dialog mit den Spitälern aber wenig geeignet, da über die ANQ-Resultate nicht behandlungs- bzw. krankheitsspezifisch berichtet werden kann. Differenziertere Auswertungen nach Leistungs- bzw. Diagnosegruppen und nach Betrieben sowie patientenbezogene klinische Outcome-Messungen werden von den Kantonen gewünscht. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob bereits vorhandene

<sup>6</sup> Stand Juni 2020

<sup>7</sup> Geriatrische, Internistische, Onkologische, Paraplegiologische und Psychosomatische Rehabilitation



Daten des Bundes verstärkt in allfällige ANQ-Messungen integriert werden können. Weiter sind die Kantone daran interessiert, dass die Daten möglichst übersichtlich und schnell zur Verfügung stehen, um zügig Verbesserungsmaßnahmen mit den Spitälern ergreifen zu können.

Im Rahmen der Umfrage zur Standortbestimmung des ANQ im Sommer 2019 haben die Kantone vor allem folgende vom ANQ vorgegebenen Verbesserungsvorschläge positiv bewertet:

- a) Akutsomatik: Patientenbezogene klinische Outcome-Messungen, Ausweitung der Messungen auf den spitalambulantem Bereich, Messung der Patientensicherheit, Messung zur Indikationsqualität;
- b) Psychiatrie: Ausweitung der Messung auf den klinikambulantem Bereich;
- c) Rehabilitation: Messung der Selbstständigkeit, Lebensqualität und Nachhaltigkeit.

Weiter regt die GDK an, mit der Eidgenössischen Qualitätskommission zu klären, welchen Anforderungen Qualitätsmessungen in der Schweiz gerecht werden müssen. Dazu gehört für die GDK auch der Miteinbezug von Erkenntnissen zu Qualitätsmessungen aus dem Ausland. Die Prüfung, ob allfällige internationale Erfahrungen auf die Schweiz adaptiert werden könnten, oder ob sich die Schweiz bestehenden internationalen Mess-Systemen anschliessen kann, sollte ebenfalls Bestandteil entsprechender Abklärungen sein.

### Positionen der GDK zum ANQ

- Die Vorteile einer gemeinsam von den Tarifpartnern und den Kantonen getragenen Organisation zur Messung der Ergebnisqualität im stationären Versorgungsbereich, welche für die gesamte Schweiz vergleichbare Daten transparent veröffentlicht, sind auch in Zukunft durch den ANQ zu gewährleisten.
- Die GDK setzt sich dafür ein, dass die ANQ-Messungen dahingehend angepasst werden, dass sie den Kantonen als bessere Grundlagen für die Planungs- und Regulierungsaufgaben dienen.
- Eine Ausweitung des Nationalen Qualitätsvertrags auf spitalambulante Messungen wird im Grundsatz begrüsst.
- Der ANQ und die Eidgenössische Qualitätskommission haben zu klären, welchen Anforderungen Qualitätsmessungen in der Schweiz gerecht werden müssen. Die Prüfung internationaler Erfahrungen oder der Anschluss an internationale Mess-Systeme sollte ebenfalls Bestandteil entsprechender Abklärungen sein.

### 14.3 Qualitätsindikatoren Bund

Die [Qualitätsindikatoren des Bundes für die Schweizer Akutspitäler](#) beinhalten Angaben zu den Behandlungen in den Schweizer Spitälern seit 2008. Ausgewiesen werden Fallzahlen, Anteilswerte (z. B. Kaiserschnitttrate), die Mortalität bei bestimmten Krankheitsbildern und Eingriffen sowie ausgewählte Aufenthaltsdauern. Die Kantone erhalten zu ihren Betrieben die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren jeweils vorzeitig vom BAG zugestellt und können erklärende Bemerkungen anbringen. Diese werden zusammen mit den Ergebnissen öffentlich publiziert.

Nur einzelne Kantone nutzen die Qualitätsindikatoren des Bundes. Je nachdem fliessen sie in die Regulierung und Planung von Leistungsaufträgen ein oder sie werden als Qualitätscontrolling bzw. -monitoring genutzt. Diverse Kantone weisen darauf hin, dass aufgrund der äusserst umfassenden Datenmenge eine Auswertung sehr aufwändig wäre und deshalb aus Ressourcengründen keine Massnahmen aus den Qualitätsindikatoren des Bundes abgeleitet werden können. Bei der Auswertung der medizinischen Statistik sollte deshalb die Zusammenarbeit zwischen BAG und Bundesamt für Statistik verbessert werden oder eine Zusammenarbeit mit einer Organisation gesucht werden, welche die Ergebnisse nutzerfreundlich aufbereitet (Softwareapplikation). Damit könnten die Routinedaten einen höheren Nutzen generieren.

Auch aus diesem Grunde erachtet es die GDK als wichtige Aufgabe der Eidgenössischen Qualitätskommission, neue Messungen zu entwickeln bzw. bestehende Messungen zu verbessern, die den Kantonen

in verhältnismässigen Aufwand aussagekräftige Grundlagen bieten. Dies kann zur Optimierung der Qualitätstransparenz auf nationaler Ebene – und im Bereich der stationären Versorgung – zu einer verbesserten schweizweiten Vergleichbarkeit von Spitälern beitragen. Darüber hinaus sollte auch eine Vergleichbarkeit mit dem Ausland angestrebt werden.

### **Positionen der GDK zu den Qualitätsindikatoren Bund**

- Die GDK beurteilt den Nutzen der Qualitätsindikatoren des Bundes für die Kantone als gering. Sie sind aber als weitere Informationsquelle der Öffentlichkeit zu Qualitätsindikatoren zu begrüssen.
- Eine wichtige Aufgabe der Eidgenössischen Qualitätskommission ist die Entwicklung bzw. Verbesserung von Messungen, die den Kantonen mit verhältnismässigem Aufwand aussagekräftige Grundlagen liefern.
- Die Fokussierung auf bestehende Organisationen mit hohen Erfahrungswerten im Bereich der Messungen soll die Qualitätstransparenz weiter optimieren und im stationären Bereich die Vergleichbarkeit von Spitälern auf nationaler und internationaler Ebene ermöglichen.

## **14.4 Kantonspezifische Projekte im stationären Bereich**

Gemäss den vorangehenden Kapiteln stehen den Kantonen im Bereich der stationären Versorgung diverse Grundlagen für das Qualitätscontrolling zur Verfügung (Empfehlungen zur Spitalplanung, ANQ-Messungen und Qualitätsindikatoren des Bundes). Einzelne Kantone gehen noch weiter und haben eigene Projekte entwickelt. Die GDK begrüsst kantonspezifische Aktivitäten und Projekte, welche die Messung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen verfolgen. Für die GDK kommen der Ergebnis- und Indikationsqualität eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kapitel 6), weshalb hier auf folgende der GDK bekannten Beispiele aus den Kantonen verwiesen wird.

Beispiele von Projekten zur Ergebnisqualität:

- a) «Patientensicherheit und Wiedereintritte im Spiegel der medizinischen Statistik der Krankenhäuser» mit der Überprüfung und Weiterentwicklung von Patientensicherheits- und Reshospitalisationsindikatoren (Gemeinschaftsprojekt der Kantone BS, BL, SO und BE).
- b) Evaluation von Ergebnis- und Prozessindikatoren in Bezug auf vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen sowie in Bezug auf die Sicherheit im Operationssaal, nosokomiale Infektionen, Dekubitus, Händehygiene und Medikationssicherheit (Kanton VD).
- c) «Réponse à l'urgence» mit Indikatoren, ob die Patientinnen und Patienten im Falle eines Notfalls rechtzeitig die angemessene Beurteilung auf ihre Bedürfnisse erhalten (Kanton VD).
- d) Aufbau eines Qualitätsmonitorings unter Einschluss von Mortalität und Fallzahlen sowie Fokus auf krankheits- oder leistungsspezifischen und generellen Indikatoren auf der Basis von Routine- und Registerdaten (Kanton ZH).

Beispiele von Projekten zur Indikationsqualität:

- a) Messung der Indikationsqualität von Hüft- und Knie-TEPs mittels Patientenfragebögen (COMI), welche die Schmerzintensität, Funktion, Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten vor und nach der Operation erfassen (Kantone BS, BL, SO).
- b) Erhebung der Indikationsqualität auf der Basis des Patientenoutcomes im Rahmen von SIRIS (Fragebogen Patient Centered Outcome Registry SGOT-PCOR) gemeinsam mit Swiss Orthopaedics bei Patientinnen und Patienten mit Knie/Hüft-Erstprothesen (Kanton ZH).

Die GDK ist sich bewusst, dass die Entwicklung und Durchführung solcher Projekte ressourcenintensiv ist und deshalb nicht alle Kantone entsprechende Arbeiten aufnehmen können. Ziel sollte sein, dass künftig via die Eidgenössische Qualitätskommission erfolgreiche kantonspezifische Projekte national ausgeweitet oder von Beginn an national entwickelt werden können. Dies würde sowohl die Breitenwirkung als auch die finanziellen Ressourcen der entsprechenden Kantone begünstigen. Natürlich sollte dies auch Gültigkeit haben für Projekte ausserhalb des stationären Versorgungsbereichs.

Auf Initiative der GDK-Begleitgruppe Qualitätssicherung im Spital wurde 2018 eine Übersichtsliste erstellt, welche die Qualitätsaktivitäten der Kantone im stationären Bereich festhält. Die Liste stützt sich dabei auf die im Rahmen der Spitalplanung formulierten Qualitätsauflagen der Kantone (vgl. Kapitel 14.1). Der Vorstand der GDK hat die Übersichtsliste am 31. Januar 2019 zur Kenntnis genommen und festgestellt, dass die Unterschiede zwischen den Kantonen in Bezug auf die Qualitätsaktivitäten im stationären Bereich gross sind. Die Liste soll deshalb den Kantonen mögliche Massnahmen zur Stärkung der Qualitätsbemühungen aufzuzeigen, den Erfahrungsaustausch unter den Kantonen fördern und interkantonale Projekte im Bereich Qualität initiieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Liste einmal jährlich aktualisiert. Es wird vorgeschlagen, die Liste in Bezug auf kantonsspezifische Projekte im Sinne der oben vorgestellten Initiativen zur Ergebnis- und Indikationsqualität zu ergänzen.

### **Positionen der GDK zu kantonsspezifischen Projekten**

- Die GDK erachtet das Engagement der Kantone bezüglich Qualitätsentwicklung der Spitäler als wichtig und begrüsst die Entwicklung kantonsspezifischer Projekte (insbesondere auch zur Messung und Verbesserung der Ergebnis- und Indikationsqualität). In der Psychiatrie und in der Rehabilitation besteht noch Nachholbedarf.
- Die GDK-Übersichtsliste der Qualitätsaktivitäten zeigt den Kantonen mögliche Massnahmen zur Stärkung der Qualitätsbemühungen auf, fördert den Erfahrungsaustausch unter den Kantonen und soll die Initiierung von interkantonalen Projekten im Bereich der Qualität fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Liste einmal jährlich aktualisiert.
- Ziel sollte sein, dass künftig via die Eidgenössische Qualitätskommission erfolgreiche kantonsspezifische Projekte national ausgeweitet oder von Beginn an national entwickelt werden können.

## **14.5 Konzept der Tarifpartner zur Gewährleistung der Qualität**

Gemäss Art. 59d Abs. 1 Bst. b und Art. 77 KVV müssen die Tarifpartner die Qualität in einem umfassenden Sinne verbindlich gewährleisten. Aus dem Genehmigungsverfahren der Tarifstruktur SwissDRG ist bekannt, dass das BAG von den Tarifpartnern insbesondere die Messung der Qualität, das Ergreifen von Verbesserungsmassnahmen und eine Evaluation der entsprechenden Massnahmen erwartet. Ausgehend davon haben die Tarifpartner im Jahr 2018 Verhandlungen aufgenommen, um ein Konzept betreffend «Gewährleistung der Qualität im Rahmen der Tarifierung» auszuarbeiten. Ziel der Tarifpartner ist es, dass die im Konzept festgelegten Punkte auch den Qualitätsverträgen gemäss Qualitätsvorlage zu Grunde gelegt werden können. Die GDK erwartet von den Tarifpartnern, dass sie zum Konzept «Gewährleistung der Qualität im Rahmen der Tarifierung» konsultiert wird. Diverse Kantone überprüfen bereits heute die Qualitätsaktivitäten der Spitäler oder vereinbaren mit ihnen Programme zur Qualitätssicherung. Die geplanten Tätigkeiten der Tarifpartner sind deshalb mit den Kantonen abzustimmen, um Doppelspurigkeiten für alle beteiligten Akteure zu vermeiden.

### **Positionen der GDK zum Konzept der Tarifpartner zur Gewährleistung der Qualität**

- Die GDK fordert von den Tarifpartnern, dass die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen sowie von allfällig weiteren Vorgaben zur Gewährleistung der Qualität im Rahmen der Tarifierung unter Miteinbezug der GDK stattfindet.
- Bisherige Kantonsaktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung müssen mit den Aktivitäten der Tarifpartner in Einklang gebracht werden, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden.
- Die GDK insistiert, dass die Kantone auf jeden Fall berechtigt bleiben, eigene Qualitätsanforderungen aufzustellen bzw. dass die Anforderungen der Kantone zur Spitalplanung in jedem Fall den vertraglich vereinbarten Anforderungen der Qualitätsverträge vorgehen.

## 14.6 Peer Review

In einem Peer Review sollen bei auffälligen Qualitätsergebnissen «unter Gleichen» (unter Fachleuten / «Peers») Probleme identifiziert und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. Ziel ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess auszulösen und eine Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern und Kliniken zu etablieren. Die GDK hatte sich 2014 dafür eingesetzt, dass H+ auf Grundlage eines in Deutschland bereits etablierten Verfahrens ein [Peer-Review-Verfahren](#) helvetisiert<sup>8</sup>. Im Jahr 2016 konnte H+ das gemeinsam mit FMH und der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleiter/-innen Swiss Nurse Leaders national einheitliche und interprofessionelle Peer Review-Verfahren basierend auf Routinedaten für die Akutsomatik standardgemäss einführen. Aktuell erarbeitet H+ für die Psychiatrie ein Peer-Review-Verfahren.

Die GDK erachtet Peer-Review-Verfahren als sinnvolle und pragmatische Initiative und begrüsst deren Umsetzung als Teil einer umfassenderen Sicherheits- und Qualitätskultur in den Spitälern. Das Projekt basiert auf einer Allianz der Leistungserbringer, deren Mitgliedschaft kostenpflichtig und mit Auflagen verbunden ist. Die Teilnahme ist freiwillig, damit die notwendige Akzeptanz gegenüber dem Verfahren gewährleistet werden kann. Die GDK stellt sich nach wie vor hinter diese Freiwilligkeit, erwartet aber auch, dass die Leistungserbringer die entsprechende Verantwortung wahrnehmen und sich umfassend an Peer-Review-Verfahren beteiligen. Es wurde seitens GDK stets betont, dass sich das Verfahren breiter durchsetzen muss und sich auch nicht nur die ohnehin guten Vorbilder daran beteiligen dürfen. Die Allianz hat die Anstrengungen in diese Richtung fortzuführen, damit Peer Reviews als schweizweite Good Practice anerkannt werden können.

### Position der GDK zum Peer Review

- Die GDK erachtet Peer-Review-Verfahren als sinnvolle und pragmatische Initiative und begrüsst deren Umsetzung als Teil einer umfassenderen Sicherheits- und Qualitätskultur in Spitälern.
- Die GDK stellt sich nach wie vor hinter die Freiwilligkeit von Peer-Review-Verfahren, erwartet aber eine möglichst breite Beteiligung der Spitäler und eine Umsetzung im Sinne einer schweizweit anerkannten Good Practice.

## 15. Qualität in den Pflegeheimen

### 15.1 Pflegeheimplanung

Die Kantone haben die Möglichkeit, den Pflegeheimen im Rahmen der Pflegeheimplanung und bei der Erteilung von Leistungsaufträgen Auflagen zu formulieren, die der Struktur- und Prozessqualität dienen, z.B. die spezifischen Anforderungen an die Infrastruktur und die Personaldotation (Art. 39 KVG). Die GDK hat bisher keinen Überblick darüber, inwiefern die Kantone von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

### 15.2 Qualitätsindikatoren Bund

Die [Qualitätsindikatoren des Bundes für die Pflegeheime](#) (Link: > «Weiterführende Informationen») geben Auskunft über den Anteil an Bewohnenden mit bewegungseinschränkenden Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation und mässigen oder stärkeren Schmerzen. Die Qualitätsindikatoren wurden anfangs 2020 erstmals erhoben (für das Jahr 2019). Mindestens ein Teil der Kantone beabsichtigt, die Ergebnisse dieser und der kommenden Erhebungen zu nutzen und beispielsweise zu identifizieren, ob weiterführende Massnahmen seitens Kanton notwendig sind. Es bestehen auch Ideen und Absichten, die Ergebnisse des Bundes mit weiteren Kennzahlen und Indikatoren zu ergänzen: so beispielsweise Finanzkennzahlen (TI) und Indikatoren zur Mund- und Zahngesundheit (VD). Im Kanton VD besteht zudem die Absicht, die Ergebnisse in Zusammenarbeit mit den Verbänden zur Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen zu nutzen.

Im Auftrag des BAG erarbeitet das Institut für Pflegewissenschaft der Uni Basel (INS) bis im Sommer 2020 einen Vorschlag für die Ausweitung der Qualitätsindikatoren. Im Rahmen dieser Arbeiten werden auch Expert/innen aus Kantonen befragt.

<sup>8</sup> als Grundlage diente das in Deutschland bereits etablierte IQM Peer Review Verfahren

Die Qualitätsindikatoren bilden nur die Pflege nach KVG ab. Die Qualität von Betreuung und Hotellerie werden dagegen nicht gemessen. Dies wird insbesondere von den Verbänden der Pflegeheime aber auch von (einzelnen) Kantonen als Defizit gesehen: Die Qualität eines Aufenthalts im Pflegeheim setzt sich aus der Qualität der Pflege, aber auch der Betreuung, der Hotellerie und der weiteren Angebote und der Gesamtorganisation der Institution zusammen. Von Kantonsseite wird darauf hingewiesen, dass insbesondere in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz der Anteil an Betreuung sehr hoch ist und durch die Qualitätsindikatoren des Bundes kaum beurteilt wird. Aus Sicht von Kantonen und Verbänden ist dies zu einseitig.

### **15.3 Kantonsspezifische Projekte**

Auch im Bereich der Pflegeheime gibt es in den Kantonen Qualitätsprojekte. Bekannt sind der GDK die folgenden:

- a) Alle vier Jahre werden die Bewohnenden, Angehörigen und Mitarbeitenden aller Pflegeheime zur Zufriedenheit befragt (Kanton TI).
- b) Es werden 32 kantonale Qualitätsindikatoren zu zehn verschiedenen Themen mittels der Bedarfsabklärung nach RAI erhoben (Kanton TI).
- c) Es gibt themenspezifische Qualitätszirkel zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beispielsweise bezüglich Medikation in den Pflegeheimen (Kanton VD).

#### **Positionen der GDK zur Qualität in den Pflegeheimen**

- Die GDK begrüsst, dass der Bund Qualitätsindikatoren erhebt. Sie ist in der Begleitgruppe des BAG vertreten, welche die erste Erhebung, die Auswertungen und die allfällige Veröffentlichung der Ergebnisse begleitet.
- Die GDK begrüsst die Weiterentwicklung des Sets an Qualitätsindikatoren durch das BAG.
- Die GDK empfiehlt den Kantonen, die nationalen Qualitätsindikatoren in Kooperation mit den Pflegeheimverbänden und/oder den Pflegeheimen zu nutzen.
- Die GDK begrüsst die weiteren Aktivitäten der Kantone zur Verbesserung der Qualität in den Pflegeheimen.

## **16. Qualität bei der Spitex**

### **16.1 Kantonale Zulassung und Leistungsaufträge**

Die Kantone haben die Möglichkeit, den Spitex-Organisationen im Rahmen der Zulassung (Art. 51 KVV) und bei der Erteilung von Leistungsaufträgen Auflagen zu formulieren, die der Struktur- und Prozessqualität dienen, z.B. die spezifischen Anforderungen an die Infrastruktur und die Personaldotation. Die GDK hat bisher keine Kenntnisse darüber, in welchem Umfang und mit welchen Schwerpunkten die Kantone von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

### **16.2 Qualitätsindikatoren Bund**

Das BAG verfolgt das Ziel, Qualitätsindikatoren für die Spitex zu entwickeln. Die Erkenntnisse des NFP 74 Projekts «Swiss Home Care Data: Bessere Daten zur Qualität der häuslichen Pflege (Spitex)», welches 2020 abgeschlossen wird, sollen dabei einfließen. Aktuell erheben einzelne Spitex Organisationen Qualitätsindikatoren, welche von Spitex Schweiz entwickelt worden sind.

### **16.3 Verträge zwischen den Spitex-Verbänden und den Krankenversicherern**

Die Administrativverträge der Spitex Verbände mit den Versichererverbänden definieren, welche Berufsgruppen (bzw. welche Ausbildungsniveaus) welche Leistungen erbringen dürfen. Die Verträge regeln zudem, dass separate Qualitätsverträge abgeschlossen werden sollen. Diese liegen aber noch nicht vor.

## 16.4 Kantonsspezifische Projekte

Auch im Bereich der Spitex gibt es in den Kantonen Qualitätsprojekte. Bekannt sind der GDK die folgenden:

- a) Die Non-Profit-Spitex-Organisationen sind vom Kanton verpflichtet, ihre Daten aus den Bedarfsabklärungen mit RAI-HC an den Datenpool von Spitex Schweiz, Home Care Data, zu übermitteln. In diesem Datenpool werden rund 15 Qualitätsindikatoren berechnet und die teilnehmenden Organisationen können sich mit anderen vergleichen (Kanton TI).
- b) Die Kantonale Kommission für die Patientensicherheit und die Pflegequalität (KPSPQ) erhebt, wie in den Sozialmedizinischen Zentren (Non-Profit-Spitex) mit Fehlern umgegangen wird (CIRS) (Kanton VS).

### Positionen der GDK zur Qualität bei der Spitex

- Spitex Schweiz hat früh begonnen, Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Diese werden aktuell in einem NFP 74 Projekt weiterentwickelt. Die GDK begrüsst dies und unterstützt auch, dass das BAG diese Arbeiten begleitet und nationale Qualitätsindikatoren einführen wird.
- Die GDK begrüsst die weiteren Aktivitäten der Kantone zur Verbesserung der Qualität in der Spitex.

## 17. Qualität bei niedergelassenen / ambulanten Leistungserbringern

### 17.1 Zulassung von ambulanten Leistungserbringern

Im ambulanten Bereich kamen den Kantonen bis anhin wenig Steuerungsmöglichkeiten zu, weshalb sie sich auch bezüglich Qualität nur in beschränkter Masse einbringen konnten.

Die am 19. Juni 2020 von den eidgenössischen Räten verabschiedete Vorlage «KVG. Zulassung von Leistungserbringern» (18.047) sieht vor, dass die Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a-g, m und n bestimmte Voraussetzungen des Bundesrats erfüllen müssen, damit die Kantone eine Zulassung erteilen können. Die Zulassungsvoraussetzungen können die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen umfassen. Wie die Bestimmungen bezüglich Qualität in der Praxis genau gestaltet und reglementiert werden, muss im Rahmen des Verordnungsrechts präzisiert werden. Die GDK wird sich in den nächsten Monaten stark mit der Umsetzung der Zulassungssteuerung auseinandersetzen und sich dabei auch mit den Fragen zur Qualität beschäftigen. Die GDK strebt für die Zulassung der ambulanten Leistungserbringer ein möglichst harmonisiertes Vorgehen der Kantone bezüglich Prüfung der Voraussetzungen – auch in Bezug auf die Qualität – an.

### 17.2 Bestehende und künftige Qualitätsaktivitäten

Diverse Organisationen entwickeln und verfolgen bereits heute verschiedene Qualitätsaktivitäten für niedergelassene Leistungserbringer. Die GDK ist dazu u.a. im Austausch mit der [EQUAM-Stiftung](#), der [SAQM](#) (Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin der FMH) oder punktuell mit einzelnen Ärztenetzwerken. Die GDK begrüsst entsprechende Initiativen und Projekte (als Beispiel sei hier die Erarbeitung des «sektorenübergreifenden Behandlungspfades Kolonkarzinom» der SAQM erwähnt) und unterstützt die Ansicht, dass entsprechende Qualitätsaktivitäten im ambulanten Bereich intensiviert werden müssen. Die GDK erachtet es deshalb als wichtigen Meilenstein, dass mit der Qualitätsvorlage künftig auch im ambulanten Bereich nationale Massnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung in Qualitätsverträgen definiert werden müssen. Die GDK hat in ihrer Stellungnahme vom 25. Juni 2020 zur KVV-Revision in Bezug auf die Qualitätsvorlage festgehalten, dass es kaum zu vermeiden sein wird, dass die Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern je nach Versichererverband unterschiedlich ausfallen. Es sei jedoch zwingend zu vermeiden, dass die Unterschiede ein Ausmass annehmen, welche schweizweite Qualitätsvergleiche verunmöglichen. Die Vergleichbarkeit von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen ist notwendig, damit aus den gewonnenen Daten Verbesserungspotenzial erkannt und entsprechend Handlungsoptionen abgeleitet werden können. Aus diesen Gründen wird es als

notwendig erachtet, dass bei der Genehmigung der Qualitätsverträge durch den Bundesrat diesem Aspekt Rechnung getragen wird und bei Bedarf Massnahmen zur Vereinheitlichung der Qualitätsverträge ergriffen werden.

Diese Forderung soll an dieser Stelle noch einmal vorgebracht werden, da sie besonders die Qualitätsverträge im ambulanten Bereich betrifft. Hintergrund ist der, dass sich im ambulanten Bereich die Tarifpartner zur Ausarbeitung der Qualitätsverträge weniger auf national einheitliche Instrumente bzw. Indikatoren der Qualitätsmessung und -vergleiche stützen können. Im stationären Bereich ist mit den ANQ-Messungen bzw. dem ANQ-Qualitätsvertrag ein Rahmen vorgegeben, der den Vertragspartnern als Grundlage dienen kann und deshalb weniger Differenzen zwischen den Verträgen zu erwarten sind.

### **Positionen der GDK zur Qualität bei niedergelassenen / ambulanten Leistungserbringern**

- Die GDK strebt für die Zulassung der ambulanten Leistungserbringer auch in Bezug auf die Qualität ein möglichst harmonisiertes Vorgehen der Kantone an.
- Die GDK begrüsst, dass gestützt auf die KVG-Vorlage «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» im ambulanten Bereich nationale Massnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung in Verträgen definiert werden. Um die Vergleichbarkeit der Leistungen zu gewährleisten, sind möglichst einheitliche Qualitätsverträge zwischen den Leistungserbringern und den verschiedenen Versichererverbänden abzuschliessen. Der Bundesrat soll diesem Aspekt bei der Genehmigung der Qualitätsverträge Beachtung schenken und bei Bedarf Anpassungen verlangen.

Das Positionspapier wurde verabschiedet vom GDK-Vorstand am 20. August 2020.