



### 13. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik vom 17.11.2011

#### „ Gesundheitsversorgung Schweiz – Strategien für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit“

#### Workshop 2: Massnahmen zur Verbesserung der Qualität

Moderation: Franziska Sarott, BAG

Rapporteur: Daniel Kauer, BAG

Referat 1: Manfred Langenegger, Projektleiter Qualitätssicherung, BAG:

#### Qualitätsstrategie des Bundes

Als Einstieg zitiert Herr Langenegger verschiedene Quellen, die das hohe Gefahrenpotential des Gesundheitswesens thematisieren, u.a. Prof. Charles Vincent (UK): „Wenn das Gesundheitswesen eine Airline wäre, würden nur Risikofreudige, „Nervenkitzelsucher“ und Lebensmüde mit ihr fliegen.“ Es existieren viele Studien – leider keine für die Schweiz – zu den Schaden verursachenden kritischen Zwischenfällen. Aus diesen Studien geht hervor, dass bei 10% der Patientinnen und Patienten Zwischenfälle auftreten, die den Spitalaufenthalt verlängern. Die Hälfte dieser Zwischenfälle sind potentiell vermeidbar. Ihre Ursache liegt in der Regel nicht beim Versagen des Einzelnen, sondern des Gesamtsystems. Deshalb können zur Lösung nur Systemverbesserungen beitragen.

Das BAG verfolgt den Ansatz, dass die Patientensicherheit den „Kern“ der Qualität ausmacht und hat die Definition der Zieldimensionen der Qualität vom IOM (Institute of Medicine) übernommen: Die Leistungserbringung soll **sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig** und **effizient** sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle **chancengleich** erfolgen.

Daraus lässt sich ableiten, was gemessen werden soll (Mortalitätsraten stellen so gesehen nur einen Indikator dar und müssen durch weitere Indikatoren ergänzt werden).

Im Folgenden erläutert Herr Langenegger die Entwicklungen, die zur Qualitätsstrategie des Bundes geführt haben und stellt die neun Aktionsfelder für Massnahmen vor, welche darin festgehalten worden sind.

Im Hinblick auf die Schaffung eines nationalen Instituts für Qualität und Patientensicherheit konzentriert sich der Bund in den nächsten Jahren auf die Schaffung von entsprechenden Strukturen und Finanzierungsgrundlagen. Im Rahmen der nationalen Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramme 2012-2014 sollen aber auch bereits inhaltliche Themen bearbeitet werden. Der Schwerpunkt dabei sind Bereiche mit hohem Verbesserungspotential („hotspots“): Die Reduktion in stationären Einrichtungen erworbener Infekte, die Verbesserung der Medikationssicherheit und die Erhöhung der Sicherheit bei invasiven Interventionen.

Es werden die wichtigsten Meilensteine in Bezug auf die Qualitätsindikatoren vorgestellt. Dadurch, dass in Zukunft in Deutschland und Österreich weitgehend nach dem gleichen Konzept Messungen durchgeführt werden, wird eine direkte Vergleichbarkeit möglich sein, welche aufschlussreiche Resultate verspricht. In Zukunft soll ausserdem im Bereich Benchmarking nicht mehr mit Mittelwerten gearbeitet werden, denn dadurch fällt der Verbesserungsbedarf bei in Bezug auf die Qualität bereits überdurchschnittlichen Organisationen weg. Geeigneter scheint eine Ausrichtung auf „Exzellenz“, also auf das höchste Qualitätsniveau.

Zum Schluss verweist Herr Langenegger darauf, dass allerdings mit Messungen allein nichts erreicht wird, wenn keine auf diesen Messungen basierende Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden. Zentral ist allerdings die professionelle Umsetzung dieser Massnahmen, an der alle engagiert mitwirken müssen.

Referat 2: Christoph Franck, Projekte & Entwicklung, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich:  
**Qualitätsaktivitäten des Kantons Zürich**

Einleitend wird auf den Begriff Qualität eingegangen und eine Binsenwahrheit korrigiert: „Gute Qualität hat ihren Preis“. Das Gegenteil sei der Fall: Wenn Qualität richtig verstanden und angewandt werde, könne man sogar „den Fuder und s'Weggli“ haben, konkret: Bessere Ergebnisse zu tieferen Kosten. Das Bewusstsein für die Bedeutung von Qualität und Qualitätssicherung kam in den Kantonen mit den NPM-Projekten (New Public Management, Wirkungsorientierung in der Verwaltung). In Zürich wurde in diesem Zusammenhang in den 90er Jahren das Projekt LORAS (Leistungs-Orientierte-Ressourcen-Allokation im Spitalbereich) lanciert, welches sich v.a. durch die Versorgungssteuerung durch Leistungsaufträge und Globalbudgets, Aktivitäten zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung durch Ergebnismessung manifestierte. Für die Qualitätssicherung wurde der „Verein Outcome“ gegründet, in welchem Kantone, Versicherer und Leistungserbringer vertreten sind (dieses System ist noch bis Ende 2011 in Kraft). Die durch das neue Steuerungsparadigma ausgelösten Ängste und Widerstände der Spitäler (insbes. jene, dass die Messungen für die finanzielle Steuerung „missbraucht“ würden) erforderten viel Überzeugungsarbeit und führten dazu, dass die Financier in den ersten Jahren keinen Einblick in die Messungen erhielten. So wurden die Messresultate zunächst nur in „peer reviews“ (Workshops unter den Verantwortlichen der Spitäler) diskutiert. Erst mit der Erkenntnis, dass die Messresultate nicht für die finanzielle Steuerung verwendbar sind, wurde dieses Vorgehen gelockert.

Durch die neue Spitalfinanzierung ab 2012 werden die NPM-basierten Finanzierungssysteme im Kanton aufgehoben oder eingeschränkt, Globalbudgets oder kant. Outcome-Messungen sind nicht bzw. nur beschränkt möglich.

Im neuen System wird es Spitäler geben, die die Kostenführerschaft anstreben, andere werden ihren wettbewerblichen Vorteil über die Qualitätsführerschaft suchen.

Ab 2012 werden die ANQ-Messungen (ANQ: Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) für die Bereiche „Akutsumatik“, „Rehabilitation“ und „Psychiatrie“ schweizweit durchgeführt. Dies garantiert nicht nur eine Vergleichbarkeit nach „Spitaltypus“ und Versorgungsregion, sondern es ist auch ein grosses Qualitätsverbesserungspotential zu erwarten.

Bisher wurden von Seite des Bundes noch keine Planungskriterien auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität für Spitäler erlassen (KVG, Art. 39, Abs. 2<sup>ter</sup>). Der Kt. Zürich hat dennoch detaillierte Anforderungskataloge für Spitalistenbewerber ausgearbeitet, welche sich aufteilen lassen in generelle Anforderungen (betriebliche Qualitätssicherungskonzepte, Teilnahme an Qualitätsmessungen, Führen eines Critical Incident Reporting System CIRS, multiprofessionelle Entlassungspfade und Schnittstellen-Management, Patienten- und Zuweiserbefragungen, Notfallkonzepte) und in leistungsspezifische Anforderungen (Personalqualifikation im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich, zeitliche Verfügbarkeit von Dienst- und Fachärzten, interdisziplinäre Tumorboards für Fallbesprechungen, Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen).

Die Förderung der Qualität orientiert sich an der Wirksamkeit der Behandlung als oberstes Ziel. Damit steht der Patientennutzen (nicht die Effizienz) im Vordergrund. Dies trägt aber auch dazu bei, dass unnötige, riskante und möglicherweise schädliche Behandlungen vermieden werden.

Als zukunftsorientierte Ansätze sieht Herr Franck:

- Wirksame Behandlungen verursachen weniger Kosten – volks- als auch betriebswirtschaftlich.
- Netzwerke und übergreifende Behandlungskonzepte (Case Management, Disease Management)

Diskussion (Auszug):

**Welches ist ein zentraler Qualitätsfaktor?**

Zunächst wird ein „weicher“ Faktor als zentral beschrieben: Qualitätsmanagement verlangt eine Kulturänderung. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass ein Arzt keine Fehler macht. Wie gezeigt kommt es aber zu Zwischenfällen. Die Leistungserbringer müssen dieses Verständnis aber zuerst entwickeln und anschliessend Fehlermeldesysteme einführen. Zentrale Erkenntnis: Jeder macht Fehler. Das Ziel muss eine kontinuierliche Verbesserung sein, nicht das Suchen und Bestrafen von Schuldigen. Diese „Fehlerkultur“, also der offene Umgang mit Fehlern, ist allerdings schwierig umzusetzen. Es gilt nicht den „Überbringer der Botschaft umzubringen“ sondern die erkannten Fehler in Zukunft zu vermeiden versuchen.

Als zweitwichtigster Faktor wird das Durchleuchten und Optimieren der Prozesse in den Spitälern genannt.

**ANQ bezieht sich auf die Spitalebene. Was geschieht im ambulanten Sektor?**

Im ambulanten Bereich bestehen Lücken: Auf nationaler Ebene wurden noch keine Qualitätsindikatoren festgelegt, z.T. wurden diese von der OECD übernommen (z.B. ungeplante Hospitalisierungen). Aktuell geschieht die Qualitätssicherung im ambulanten Sektor v.a. durch Zertifizierungen, z.B. mit dem EQUAM-Zertifikat für Arztpraxen, dieses bezieht sich jedoch v.a. auf strukturelle Elemente. Obwohl das BAG beschränkte Mittel für die Grundlagenarbeit zur Verfügung hat, plant es eine Studie zu regionalen Unterschieden im ambulanten Bereich. Das Thema Qualitätssicherung im ambulanten Bereich befindet sich aber noch in den Anfängen.

**Wieso braucht es ein nationales Qualitäts-Institut? Man hat ja die ANQ?**

Das Qualitäts-Institut soll auf allen Ebenen wirken, eben auch im ambulanten Sektor.

**Wenn Patientensicherheit und Wirksamkeit das Ziel ist, kann es in diesem Zusammenhang auch ein „Zuviel des Guten“ geben? (In Analogie zu den vorherigen Beispielen zur Luftfahrt: Ein Flugzeug, das so sicher ist, dass es nicht mehr abhebt.)**

Es ist möglich, dass zu viel reguliert wird. Allerdings gibt es im Moment sehr wenige und unterschiedliche Guidelines, z.B. gab es bis vor kurzem noch keine Checklisten für die OPs.

Die Patientensicherheit ist die Grundlage für den Aufbau weiterer Dimensionen. Die Rate der Zwischenfälle kann nicht reduziert werden, wenn die Sicherheit nicht gegeben ist. Bzgl. der Wirksamkeit sind auch akzeptierte Eingriffe nicht immer indiziert. Hier müssen sich die Fachleute fragen: „Warum mache ich das?“