

# Qualitätspolitik Schweiz: Der kleinste gemeinsame Nenner

Liebe Leserin, lieber Leser

Viermal jährlich versammelt die NAQ an ihrem Konferenztisch sämtliche Spitzen- und Dachverbände sowie Vertreter kantonaler und eidgenössischer Institutionen von Leistungserbringern und Versicherern im Gesundheitswesen. Naturgemäss steht die Frage, welche Qualitätspolitik die einzelnen Partner verfolgen und wie sie die gesetzlichen Aufträge erfüllen, im Zentrum des gemeinsamen Interesses. Der informelle Austausch erlaubt den Teilnehmern, Informationen über die bis anhin gemachten Erfahrungen auszutauschen. Darüber hinaus besteht aber seit der Gründung der NAQ der Wunsch, eine schweizerische Qualitätspolitik zu entwickeln, an der sich alle orientieren können. An ihrer ersten Sitzung 2000 ist es der NAQ gelungen, sich auf die grössten Grundzüge für eine nationale Qualitätsstrategie zu einigen. Eine weitergehende Verfeinerung und Konkretisierung ist fast nur auf politischer Ebene möglich. Die Mitglieder der NAQ erkennen als Interessenvertreter bei jeder Vorgabe unmittelbar die Konsequenzen für sich selber, was ein Abrücken vom Status Quo schwer macht. Trotzdem geben die vorläufigen Ergebnisse eine Orientierungshilfe, die wir der Öffentlichkeit nicht vorenthalten wollen. Wir drucken sie in dieser Ausgabe unter der Rubrik NAQ-Aktuell ab. Der wichtigste Grundsatz der Qualitätsstrategie, nämlich die Patientenorientierung, wird auch Thema der diesjährigen *NAQ-Tagung vom 2. November 2000* sein.

*Christof Haudenschild,  
Dr. oec., Präsident der NAQ*

# Politique qualité en Suisse: le plus petit dénominateur commun

Chère lectrice, cher lecteur,

Quatre fois par an, la CNQ rassemble autour de sa table de conférence toutes les associations faitières et nationales ainsi que les représentants des institutions cantonales et fédérales, des fournisseurs de prestations et des assureurs de la santé publique. La préoccupation commune porte logiquement sur la politique Qualité menée par les différentes parties et sur leur manière de satisfaire aux exigences légales. Ce cadre informel permet aux participants d'échanger des informations sur les expériences faites jusqu'à présent. Au-delà de cet échange d'informations, la CNQ souhaite, depuis sa création, développer une politique suisse en matière de qualité, à laquelle tous les partenaires pourraient s'orienter. Lors de sa première séance de l'an 2000, la CNQ a réussi à s'entendre sur les grandes lignes d'une stratégie nationale en matière de qualité. Un approfondissement et une concrétisation ne sont pratiquement possibles qu'au niveau politique. Les membres de la CNQ, en tant que représentants d'intérêts, considèrent avant tout les conséquences directes de chaque proposition pour leur propre organisation, ce qui rend difficile une évolution du Status Quo. Les résultats provisoires constituent toutefois une aide d'orientation dont nous ne voulons priver le public. Vous les trouverez, dans cette édition, à la rubrique CNQ-Aktuel. (La traduction française suivra dans la prochaine édition). Le principe essentiel de la stratégie en matière de qualité, à savoir l'orientation sur le patient, sera également le thème de la *Conférence NAQ du 2 novembre 2000*.

*Christof Haudenschild,  
Dr oec., président de la CNQ*

### Grundsätze für eine nationale Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen

Eine nationale Qualitätsstrategie verlangt von allen Beteiligten im Gesundheitswesen ein Engagement in der Qualitätsförderung. Die Qualitätsförderung zielt auf die Verbesserung der Leistung aller Beteiligten unter Berücksichtigung ihrer sozialen, organisatorischen, wirtschaftlichen und weiteren Rahmenbedingungen.

Die Qualitätsförderung folgt vier Imperativen:

#### 1. *Patientenorientierung*

Die Qualitätsförderung der präventiven, diagnostischen, kurativen, rehabilitativen und palliativen Leistungserbringer im Gesundheitswesen orientiert sich einerseits an der Einschätzung des Behandlungsbedarfs (Indikationsstellung) durch die Fachleute, andererseits aus der geäußerten Sicht des Patienten. Richtschnur ist die Optimierung der Lebensqualität der Patienten.

#### 2. *Kontinuierliche Verbesserung*

Die Qualitätsförderung im Gesundheitswesen zielt auf einen Lernprozess mit permanenter Verbesserung der Leistungen ab. Die Verbesserung bezweckt dabei insbesondere die Verminderung der Über-, Unter- und Fehlversorgung.

#### 3. *Datenorientierung*

Die Qualitätsförderung im Gesundheitswesen orientiert sich an gemessenen Werten. Die Werte erlauben festzustellen, ob im zeitlichen Verlauf oder im Vergleich mit anderen Leistungserbringern Fortschritte erzielt werden. Dabei wird unterschieden zwischen Daten, die dem innerbetrieblichen Management und solchen, die dem externen Qualitätsnachweis dienen.

#### 4. *Effizienz*

Im Verbesserungsprozess sind Prioritäten zu setzen. Die Ressourcen werden dort eingesetzt, wo die grössten Qualitätsmängel bestehen und der grösste Qualitätsgewinn zu erwarten ist.

### Logische Phasen zur interaktiven Entwicklung eines Qualitätsprogramms

Die Tabelle 1 zeigt typische Entwicklungsphasen eines Qualitätsprogramms, das für einen ganzen Sektor im Gesundheitswesen aufgebaut wird. Das Programm findet mit der letzten Phase kein Ende, sondern wird mit neuen Themenschwerpunkten erneut durchlaufen. Der zyklische Prozess wird vertraglich verankert.

*Christof Haudenschild, Dr. oec., Präsident der NAQ*

Tabelle 1

Zeit:	Ziele:	Massnahmen:
<i>Initialisierung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verständnis für Q-Förderung verbreiten</li> <li>- Vertrauensbildung in der Beziehung Versicherer - Leistungserbringer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilotprojekte</li> <li>- Erfahrungsaustausch</li> <li>- Informationen zugänglich machen</li> <li>- Spielregeln vertraglich festlegen</li> <li>- Terminierung</li> </ul>
<i>Massnahmenplanung / Verträge</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertragliche Verbindlichkeit</li> <li>- Gemeinsame Förderung der Qualität bei den Leistungserbringern</li> <li>- Gemeinsame Definition von Q-Programmen und dauernde Entwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertragsabschlüsse</li> <li>- Schaffen von Strukturen und Anpassen von Prozessen</li> <li>- Einführen von Q-Methoden</li> <li>- Einführung der Umsetzung durch Leistungserbringer</li> </ul>
<i>Umsetzung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q-Controlling intern, Steuerung des QM mit Feedback</li> <li>- Q-Vergleiche extern</li> <li>- Positionierung gegenüber Mitbewerbern</li> <li>- Anreize zum Verbessern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Set an Messgrößen</li> <li>- Benchmarking</li> </ul>
<i>Bewertung</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Nicht) Teilnahme-Sanktionierung</li> <li>- Honorierung der Zielerreichung</li> <li>- Nicht-Zielerreichungs-Sanktionierung</li> <li>- Rechenschaft gegenüber der Öffentlichkeit</li> <li>- Zertifizierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrag</li> <li>- Rechtliche Durchsetzbarkeit</li> <li>- Benchmarking mit Erfolgsmeldung</li> <li>- Externe Prüfung</li> <li>- Publikation von Messergebnissen</li> </ul>

## Informationen vom Kongress der International Society on Quality (ISQua), Melbourne, Australien

### Indikatoren

Am 2. Symposium «Globale Indikatoren der Grundversorgung» und an den zahlreichen Vorträgen und Workshops des Kongresses stand das Thema der datenbasierten Qualitätsförderung im Vordergrund. Weltweit (Nord- und Südamerika, Asien, Europa, Australien) wurden in den vergangenen fünf Jahren Indikatoren zu den Gebieten Indikationsqualität, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet und getestet. In den meisten Staaten wurden der Ergebnisqualität und zum Teil der Prozessqualität die grösste Beachtung geschenkt. Nordamerika (USA und Kanada) und Australien sind gemäss den Präsentationen betreffend Definitionen, Datenqualität und effektives Benchmarking neben guten Ansätzen aus Holland, Argentinien, Südafrika und Malaysia am weitesten. Das Ziel der Investitionen (USA über 60 Millionen US\$) ist die datenbasierte und risikobereinigte Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung inklusive offenes Benchmarking. Der Stand der Arbeiten in den USA ist derzeit bei der schrittweisen Öffnung beziehungsweise der Offenlegung einzelner Ergebnisindikatoren durch die Joint Commission. Diskutiert wurden nicht mehr Anforderungen an Indikatoren aus dem Ergebnisbereich (Validität, Messbarkeit, Verständlichkeit usw.), sondern Themen wie:

1. Die Nützlichkeit für Patienten, Institutionen und Kostenträger;
2. die Wichtigkeit sehr präziser Definitionen;
3. der Einbezug von Leistungserbringern an der Interpretation der Daten;
4. die kontinuierliche Evaluation der Erhebung von Ergebnisindikatoren;
5. der Patientenfokus.

Um die Problematik der international verschieden verstandenen Definitionen in den Griff zu bekommen, hat die ISQua mit der Joint Commission und dem Kanadischen National Health Institute ein Projekt zur Harmonisierung der verschiedenen Definitionen lanciert.

### Conquest

Am Conquest-Workshop wurde die Version 2 der auf Microsoft-Access basierenden Datenbank vorgestellt. Die Datenbank ist public domain (gratis) und enthält technische Details wie Anleitungen für Messungen.

### HEDIS

Ebenfalls vorgestellt wurde das Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) des National Committee for Quality Assurance. Das Set beinhaltet neben verschiedenen obligatorisch zu erhebenden Daten (Datenbank) ein Gesundheitssystem inklusive Definitionen. Spitäler in den USA und Kanada,

die sich von der Joint Commission on Accreditation akkreditieren lassen möchten (bei uns genannt zertifizieren), müssen ab dem Jahr 2000 obligatorisch sechs verschiedene Sets von Ergebnisindikatoren erheben. Daneben steht es ihnen frei, weitere Indikatoren zu erheben und von der Joint Commission auswerten zu lassen. Die sechs obligatorischen Gebiete umfassen je fünf bis acht Indikatoren, die anfangs 2000 bekanntgegeben werden.

### Zertifizierung

Die Akkreditierung beziehungsweise Zertifizierung von Spitälern ist in den USA freiwillig. Institutionen, die sich nicht akkreditieren lassen, dürfen jedoch gegenüber Medicare- und Medicaid-Versicherten keine Leistungen abrechnen, beziehungsweise die Leistungen werden von den massgebenden Versicherern in den USA nicht übernommen. Die prioritär erhobene Freiwilligkeit beschränkt sich somit auf das freiwillige Weiterbestehen einer Institution, wobei sich auch die meisten grösseren Health Maintenance Organizations an der Akkreditierung beziehungsweise Zertifizierung beteiligen.

### Trends

Der datenbasierte Ansatz zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Schweizerischen Partner der Gesundheitsversorgung liegt im internationalen Trend. Ebenso der Fokus zur Ergebnis- und Indikationsqualität. Insbesondere die Strukturqualität und in moderneren Ansätzen auch die Prozessqualität verlieren weltweit an Bedeutung, da sich gezeigt hat, dass sich die beiden Qualitätskomponenten für die Steuerung beziehungsweise die Finanzierung nicht eignen. In den USA wurden in den letzten Jahren beträchtliche Summen in die Erarbeitung von Indikatoren beziehungsweise deren Definitionen und Messanleitungen investiert. Die meisten Ergebnisse sind der Öffentlichkeit in der ganzen Welt gratis zugänglich (public domain). Nicht nur aus finanziellen Gründen, sondern auch aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit von Daten aus dem Ergebnisqualitätsbereich sollten diese umfangreichen Arbeiten in der Schweiz genützt werden. Das Set an obligatorisch zu erhebenden Daten soll anfangs 2000 zur Verfügung stehen. Die Modalitäten für Schweizer Verhältnisse einer möglichen Übernahme oder Adaptation der Indikatoren sollten somit prioritär geprüft werden. Eine Entwicklung neuer eigener Ergebnisindikatoren scheint zurzeit aufgrund der Kosten, der nicht einfach lösbaren Case-Mix-Problematik, der internationalen Vergleichbarkeit und einer neu zu erarbeitenden Messmethodik sowie Schulung fehl am Platz (beziehungsweise eine Verschleuderung von Ressourcen). Eine Adaptation der international zahlreich vorhandenen Erfahrungen an die Schweiz unter Einbezug der schweizerischen Vorarbeiten scheint zurzeit zum weiteren Vorgehen die Methode der Wahl.

*Julian Schilling, Dr. med., Zürich*

### Zügige Umsetzung des Schweizerischen Rahmenvertrages H+/KSK zum Qualitätsmanagement gemäss Krankenversicherungsgesetz

Der vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkversicherer und H+ Die Spitäler der Schweiz gewählte partnerschaftliche Ansatz zum Aufbau eines bedarfsorientierten Qualitätsmanagement-Systems in den Spitälern hat sich bewährt und wurde schon mehrfach kopiert. Erste konkrete Massnahmen wurden erfolgreich umgesetzt.

Über 70% der Akutspitäler (inkl. Psychiatrie) und Rehabilitationskliniken sind dem Rahmenvertrag beigetreten und haben sich damit verpflichtet, die Vorgaben des Qualitätskonzeptes H+/KSK zur Qualitätsförderung zu erfüllen. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) befürwortet unter gewissen Bedingungen den von H+ und KSK eingeschlagenen Weg zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements gemäss KVG.

Die Umsetzung des Qualitätskonzeptes H+/KSK wurde in den gemeinsamen Kommissionen weit vorangetrieben. Die im Konzept vorgesehene periodische Berichterstattung wurde im ersten Quartal 1999 mit einer strukturierten Befragung bei den Spitälern initialisiert. Damit liegt nun zum erstenmal und auf gesamtschweizerischer Ebene eine Bestandesaufnahme zum Qualitätsmanagement in den Spitälern vor. Aus der Befragung wurde deutlich, dass die Spitäler im Aufbruch sind und die Bedeutung der Qualitätssicherung und -förderung erkannt haben. Die Resultate der ersten Qualitätsberichterstattung fliessen in die Weiterentwicklung des Qualitätskonzeptes ein. Im ersten Quartal 2000 wird die Befragung über das Jahr 1999 erfolgen. Parallel zur Qualitätsberichterstattung ist die Messung der Patientenzufriedenheit in den Akutspitälern vorgesehen.

Die Auswertungsergebnisse der ersten Befragung sind im Bericht «Ergebnisse der ersten strukturierten Qualitätsberichterstattung 1998» zusammengefasst.

Bestelladresse: Gemeinsame Kommission H+/KSK, Sekretariat c/o H+ Geschäftsstelle, Rain 32, Postfach, 5001 Aarau, Tel. 062 824 12 22, Fax 062 822 33 35, E-mail [geschaefts-stelle@hplus.ch](mailto:geschaefts-stelle@hplus.ch) (Einzelpreis dt./fr.: Fr. 45.– exkl. MWSt. und Versandkosten).

*Marisa Helfer, H+ Die Spitäler der Schweiz, Aarau*

### Komplikationenliste der Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) führt eine systematische Erfassung der Komplikationen aller Interventionen auf internistischen Spitalabteilungen durch.

#### Zweck

Verminderung von Anzahl und Schweregrad der Komplikationen bei hospitalisierten Patienten.

#### Methode

Pro Spitalaufenthalt wird ein bezüglich Patient und Klinik anonymisiertes Multiple-choice-Dokument erstellt (eine A4-Seite), was pro Fall 2–3 Minuten in Anspruch nimmt. Die Angaben werden in einer zentralen Datenbank erfasst und statistisch aufgearbeitet. Periodisch werden jedem Studienteilnehmer eine verschlüsselte Statistik und eine Kasuistik klinisch wichtiger Einzelfälle aus allen Spitälern zur Verfügung gestellt. Dadurch profitiert die einzelne Abteilung/Klinik von der Komplikationserfahrung sämtlicher Teilnehmer. Die Einführung in die Methodik erfolgt anlässlich eines zweistündigen Seminars an interessierten Spitälern.

#### Resultate

Von März 1998 bis September 1999 wurden über 20 000 Patienten aus 11 Spitälern eingeschlossen. Die Resultate erlauben anonyme Quervergleiche zwischen den teilnehmenden Institutionen. Die Daten lassen erste Angaben über die Komplikationshäufigkeit medizinischer Interventionen zu. Statistik und Einzelfallrapporte erleichtern die Erkennung und Bearbeitung von Schwachstellen. Es ergeben sich daraus auch wichtige Fortbildungsthemen. Mit zunehmender Studiendauer wird jede teilnehmende Abteilung/Klinik über immer zuverlässigere «hauseigene» Komplikationsraten verfügen, was der Aufklärung der Patienten über Interventionsrisiken zugute kommt.

#### Kosten

Die Kosten dieses interkantonalen Qualitätssicherungsprogrammes betragen aktuell Fr. 3.50 pro Patienten. Sie werden durch Spenden pharmazeutischer Firmen und durch die teilnehmenden Spitäler gedeckt.

#### Teilnahme

Es können weitere internistische Spitalabteilungen/Kliniken an der Studie teilnehmen. Die Studienunterlagen liegen auf Deutsch und Französisch vor. Anmeldungen sind erbeten an die Studienleitung: Prof. M. Stäubli, Chefarzt Medizinische Klinik, Spital Zollikerberg, 8125 Zollikerberg.

*Max Stäubli, Prof., Präsident der Chefärztevereinigung SGIM*

Die in der NAQ-News vertretenen Auffassungen sind jene der Autoren und decken sich nicht unbedingt mit jenen der Redaktion / Les opinions exprimées par les auteurs de CNQ-News ne sont pas nécessairement celles de la rédaction.

#### Redaktion:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin,  
Sumatrastrasse 30, 8006 Zürich  
Redaktor: Dr. med. J. Schilling  
Sekretariat: D. Huber  
Beirat: Dr. oec. C. Haudenschild  
Dr. med. F. Barazzoni  
H. Plüss, lic. oec.