



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Die Qualitätsstrategie des Bundes

**Ausserordentliche Mitgliederversammlung ANQ  
Olten, 15. November 2011**

**Andreas Faller**

**lic. iur., Advokat**

**Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit (BAG)**

**Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung**



## Gesundheitsmonitor 2011

- **Bevölkerung hält sich für gesund**
- **Weitere massive Kostensteigerung erwartet** => Forderungen an Adresse von Bund und Versicherern, weniger gegenüber Kantonen
- Einheitskasse gewinnt an Boden
- KVG weiterhin akzeptiert
- Verwaltungskosten der Kassen als eine der Hauptursachen für Verteuerung des Gesundheitswesens
- **Qualität ist wichtig**
- Leistungskatalog Grundversicherung soll nicht eingeschränkt werden
- Kassenpflicht auch bei seltenen Krankheiten



# Gesundheitspolitische Prioritäten Stand 30.9.2011

Stärkung der Aufsicht	Kurzfristige Sparmassnahmen		Mittel- bis langfristige Reformen
<p><b><u>Neues Aufsichtsgesetz</u></b></p> <p>Verabschiedung der Botschaft voraussichtlich Dezember 2011</p>	<p style="text-align: center;">Verordnung</p>		<p><b><u>Neue Spitalfinanzierung</u></b></p> <p>inkl. verfeinerter Risikoausgleich ab 1. Januar 2012</p>
<p><b><u>Neue Vorschriften für die Kapitalanlagen der Versicherer</u></b></p> <p>Vo, 01.01.2011</p>			<p><b>Massnahmen 2009</b></p>
<p><b>Einführung eines neuen, risikobasierten Systems zur Berechnung der Reserven</b></p> <p>Vo, 01.01.2012</p>	<p><b>Medikamente</b> 400 Mio. ab 2011</p>	<p><b>Medikamente</b> 50 Mio. 2011 160 Mio. 2012 230 Mio. 2015</p>	<p><b>Neuer Risikoausgleich</b> vom Parlament verabschiedet 30.9.2011</p>
<p><b>Korrektur von zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien in den Kantonen</b></p> <p>Verabschiedung Botschaft KVG-Änderung voraussichtlich Dezember 2011</p>	<p><b>Laboranalysen</b> 100 Mio. bis 2012 200 Mio. ab 2012</p>	<p><b>Mittel + Gegenstände (MiGeL)</b> 100 Mio. ab 2011</p>	<p><b>Neues Präventionsgesetz (Parlament)</b></p>
<p><b>Einschränkung der Telefonwerbung und der Maklerprovision, (Branchenvereinbarung der Versicherer)</b></p>		<p><b>Spitalbeitrag</b> 115 Mio. ab 2011</p>	<p><b>Krebsregister (Gesetzentwurf 2012)</b></p>
<p><b>und Prämienrechner BAG (Kosteneinsparung 60 -100 Mio. ab 2011)</b></p>	<p>Total: ~500 Mio. 2011 ~600 Mio. 2012</p>	<p>Total: ~300 Mio. 2011 ~450 Mio. 2012 ~500 Mio. 2015</p>	<p><b>Elektronisches Patientendossier (Vernehmlassung bis Ende 2011)</b></p>
			<p><b>Umsetzung Qualitätsstrategie-</b></p>
			<p><b>Stärkung HTA Health Technology Assessment</b></p>
			<p><b>Revision TARMED</b></p>
			<p><b>Neues Finanzierungssystem</b></p>
			<p><b>Aufgaben / Kompetenzen Bund und Kantone</b></p>
			<p><b>Komplementärmedizin ab 1. 1. 2012</b></p>





# 1. Definition Qualität im Gesundheitswesen





# 1. Definition Qualität im Gesundheitswesen

**Der Bund beurteilt die Qualität der Leistungserbringung nach den folgenden Zieldimensionen:**

Die Leistungserbringung soll **sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig** und **effizient** sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle Personen **chancengleich** erfolgen.

Diese Zieldimensionen bilden die Kriterien für die Beurteilung und Festlegung möglicher Massnahmen zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.



## 2. Gesetzliche Grundlagen

### Art. 58 KVG: Qualitätssicherung

**1 Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.**

2 Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

**3 Er regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist.** Er kann insbesondere vorsehen, dass:

a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;

b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden.

Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.



## 2. Gesetzliche Grundlagen (II.)

### Art. 22a KVG: Daten der Leistungserbringer

**1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.** Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. medizinische Qualitätsindikatoren.

2 Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

3 Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

4 Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.



## 2. Gesetzliche Grundlagen (III)

### Art. 77 KVV: Qualitätssicherung

**1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität.** Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

2 Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

3 In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

4 Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.



## 3. Ausgangslage

- Das schweizerische Gesundheitswesen ist qualitativ hochstehend
- Gute Qualität hat einen dämpfenden Einfluss auf die Kostenentwicklung
- Die Einführung von DRG und Managed Care stellen Herausforderungen auch im Qualitätsbereich dar
- Die einzelnen Leistungserbringer sind individuell bestrebt, ihre Dienstleistungen in hoher Qualität zu erbringen
- Die Versicherer können sich nur in beschränktem Ausmass am Qualitätscontrolling gegenüber den Leistungserbringern beteiligen



## 3. Ausgangslage (II.)

- Das KVG enthält Rechtsgrundlagen für Qualitätssicherungs-massnahmen
- Einheitliche Standards haben bisher gefehlt, die nationale Strategie soll hier Abhilfe schaffen
- Es bestehen bereits einige wichtige Aktivitäten (z.B. Stiftung für Patientensicherheit, ANQ, Projekte von Ärztesgesellschaften etc.), die in die Umsetzung der Strategie integriert werden sollen; diese Aktivitäten sollen also weder verdrängt werden noch soll es zu Doppelspurigkeiten kommen



## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes

- Bericht vom 9. Oktober 2009
- Konkretisierungsprojekt seit Anfang 2010 in drei Teilprojekten
- Konkretisierungsprojekt vom Bundesrat am 25. Mai 2011 gutgeheissen
- Zusätzliche Mittel für Umsetzungsarbeiten 2012-2014 gesprochen



## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes

### Vision des Bundes

Der Bund will eine **hohe Qualität** in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung **zu angemessenen und für die ganze Bevölkerung tragbaren Kosten**.

Der Bund übernimmt in der Qualitätssicherung die führende Rolle und sorgt unter Beachtung der heutigen und möglicher neuer Aufgabenteilungen für eine klare und eindeutige Rollenverteilung, welche die Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und die Koordination zwischen den Akteuren (Bund – Kantone – Versicherer – Leistungserbringer – Patienten – andere) regelt.



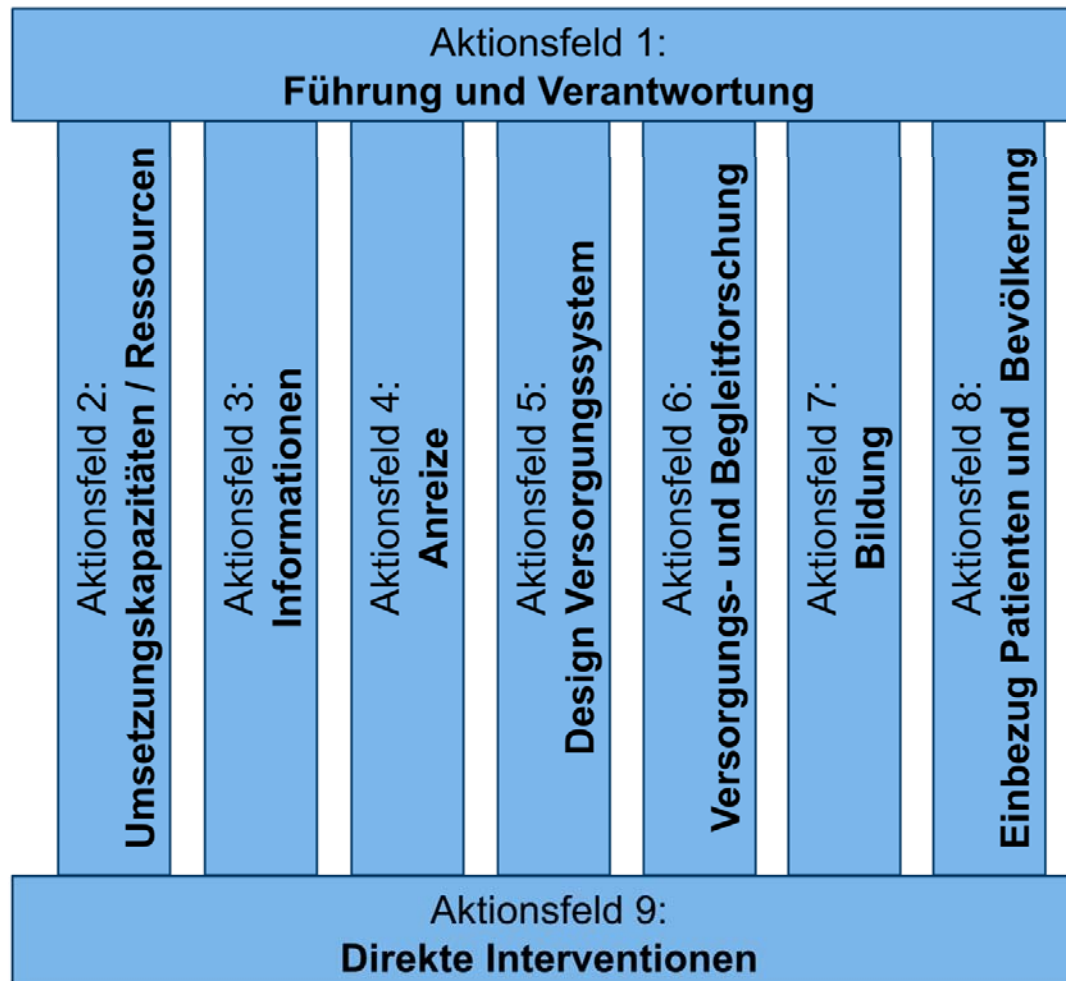
## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes

### Der Bund übernimmt die führende Rolle, indem er

- die notwendigen **Voraussetzungen** schafft (u.a. gesetzliche Grundlagen, Organisationsstruktur, personelle und finanzielle Ressourcen),
- die **Ablauforganisation (Prozesse) definiert**, welche eine Umsetzung unter Einbezug der verschiedenen Anspruchsgruppen ermöglicht (Rollenklärung),
- Aktivitäten zur **Umsetzung der Strategie steuert**,
- **Monitoring und Controlling** der Umsetzung der nationalen Qualitätsvorgaben **sicherstellt**,
- **Nationale Programme** zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit **initiiert**.



## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes - Aktionsfelder





## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes

**Geschätzter jährlicher Aufwand zur Umsetzung (zusätzlich zu den bisherigen individuellen Bemühungen): CHF 20-25 Mio. => Investition erschliesst grosses Sparpotential (Vermeidung von critical incidents)**



## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes

- **Definition und Konkretisierung der Aktionsfelder**
- **Schaffung eines nationalen Instituts für Qualitätssicherung (3 Varianten)**
- **Umsetzung von nationalen Qualitätsprogrammen**



## 4. Die Qualitätsstrategie des Bundes

- **Erstes nationales Qualitätsprogramm 2012-2014**
- **Reduktion der Spitalinfektionen (Nosokomiale Infekte), Verbesserung der Medikationssicherheit, Erhöhung der Sicherheit bei chirurgischen Eingriffen**



## 5. Aufgaben der Akteure (Auszug)

- **Kantone:** Planung und Sicherstellung einer effizienten und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung, Monitoring und Controlling der Versorgungsqualität, Qualitätsüberprüfungen bei Zulassung von Leistungserbringern
- **Versicherer:** Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung
- **Leistungserbringer:** Erbringung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für eine qualitativ hochstehende, zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten, Erhebung von Qualitätsdaten und kostenlose zur Verfügungsstellung derselben



## 6. Qualität beginnt bei der Zulassung

### **Art. 32 Krankenversicherungsgesetz (KVG)**

Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.



## 6. Qualität beginnt bei der Zulassung

- WZW-Prüfungen (Wirtschaftlichkeit / Zweckmässigkeit / Wirksamkeit) im Rahmen von Neuzulassungen sind das „Initialelement“, die Basis auf dem Weg zu einer hochstehenden, adäquaten und verhältnismässigen Behandlung
- Im Rahmen der WZW-Prüfungen werden die Qualitätssicherungsvorgaben bei neuen Leistungen geprüft
- Die breitere Einführung von Health Technology Assessments (HTA) bei der Neuzulassung und im Rahmen von Reviews wird ebenfalls nachhaltige Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Dienstleistung haben



## 6. Qualität beginnt bei der Zulassung

- Postulat Ruth Humbel vom 29. September 2010: „Einführung einer gesamtschweizerischen Kosten-Nutzen-Bewertung von medizinischen Leistungen“
- Motion FDP-Fraktion vom 16. Oktober 2010: „Für eine effektive nationale Health-Technology-Assessment-Agentur“
- Nationale HTA-Agentur als mittel- bis langfristige Massnahme in der Dreisäulenstrategie des EDI
- HTA gehört zu den Prioritäten 1 des BAG



## 6. Qualität beginnt bei der Zulassung

- Operationalisierung der WZW-Kriterien
- Erarbeitung eines Grundsatzpapiers des Bundes zu HTA bis Ende 2011: Schaffung von gesetzlichen Grundlagen? Ausgliederung in ein HTA-Institut? Wenn ja: Was wird ausgegliedert (nur Assessment oder auch Begleitung Appraisal = Kommissionssekretariate)? HTA-Institut zusammen mit Institut für Qualitätssicherung? Finanzierung?



## 7. Weiteres Vorgehen Qualitätsstrategie

- Klärung bezüglich Auslagerung (nationales Institut): definitiver Variantenentscheid, Erarbeitung von Rechtsgrundlagen für Auslagerung und Finanzierung
- Durchführung des ersten nationalen Qualitätsprogramms
- Publikation Qualitätsdaten aller Schweizer Akutspitäler
- Qualitätssicherung im ambulanten Bereich vorantreiben  
=> Abbildung im Tarmed?
- Weitere Klärung der Rollen der Akteure (v.a. Kantone bezüglich Spitalplanung und Versicherer)



## 8. Schlussfolgerungen

- Im Grundsatz braucht es keine neuen gesetzlichen Regelungen, ausser für die Schaffung eines Instituts und für die Finanzierung
- Die Qualitätsstrategie des Bundes setzt einheitliche Rahmenbedingungen
- Die Qualitätsstrategie des Bundes ersetzt die bisherigen Qualitätssicherungsbemühungen der Leistungserbringer nicht
- Den neuen Herausforderungen durch Managed Care (geteilte Prozessverantwortung) und DRG ist Rechnung zu tragen
- Die individuelle Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für die Qualität ihrer Dienstleistung bleibt unverändert erhalten; daran ändern auch Outcome-orientierte Ansätze nichts



## 8. Schlussfolgerungen (II)

- Die Krankenkassen sollten in ihrer Rolle bez. Qualitätscontrolling gegenüber den Leistungserbringern gestärkt werden
- Bestehende Aktivitäten sollen weder verdrängt noch dupliziert, sondern in die Umsetzung der Strategie des Bundes integriert werden
- Mit wenig Zusatzaufwand kann u.U. viel verbessert werden („Checklisten bei invasiven Interventionen, Verbesserung Handhygiene etc.)
- Erhalt und Steigerung der Qualität haben einen direkten Einfluss auf die Gesundheitskosten



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

**„Gut ist nicht gut, wo Besseres erwartet wird. (Good is not good, where better is expected.)”**

**Thomas Fuller, amerikanischer Mediziner**