

Interview mit Kurt Hess, Mitglied der Arbeitsgruppe «Qualitätsstrategie des Bundes»

## «Es wäre zynisch zu sagen, hier bestehe kein Handlungsbedarf»

**Es dauerte fast 14 Jahre seit Inkrafttreten des KVG, bis der Bund eine Qualitätsstrategie fürs Gesundheitswesen vorlegte. Darin werden neun Aktionsfelder und Ziele formuliert. Für Kurt Hess, einer der Gestalter der Strategie, beginnt die Arbeit aber erst jetzt, zumal der Handlungsbedarf nachdrücklich belegt ist. Eine der wichtigsten Aufgaben dabei: Auf allen Ebenen das Qualitätsbewusstsein schärfen.**



Kurt Hess

**Care Management:** Herr Hess, 120 Seiten umfasst die «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen», an der Sie massgebend mitgearbeitet haben. Sind Sie zufrieden mit dem Ergebnis?

**Kurt Hess:** Teils, teils. Auch ein Jahr nach Fertigstellung können wir unsere Arbeit als moderne, realitätsbezogene und innovative Strategie bezeichnen. Wir haben uns dabei nach den Aktionsfeldern der WHO gerichtet, in denen steuernd und qualitätsrelevant eingegriffen werden kann. Ebenso

positiv: Das Papier erfüllt in grossen Zügen auch die Erwartungen der FMH; diese sieht darin eine Chance, im Qualitätsbereich voranzukommen. Enttäuschend dagegen verlief die Genehmigung des Resultats: Die GPK des Ständerates hatte den Strategiebericht auf Ende 2008 gefordert; die vom Bundesrat verabschiedete Fassung datiert vom 9. Oktober 2009. Darin manifestieren sich die ungenügenden personellen und finanziellen Ressourcen im Bereich Qualität des BAG. Und – bei etwas maliziöser Interpretation – die Bedeutung, die politisch dem Qualitätsmanagement in der Medizin zugestanden wird.

*Sie meinen damit, in der Schweiz fehle schlicht das Qualitätsbewusstsein? Oder ist die Qualität so hoch, dass «politisch» bisher kein Handlungsbedarf bestand?*

Das schweizerische Gesundheitswesens hat einen hohen Standard – diese Überzeugung möchte ich niemandem vermiesen. Doch auch Gutes soll permanent verbessert oder zumindest auf hohem Stand gehalten werden. Dazu gehört zum Beispiel die Kosten-Nutzen-Relation, die in vielen Ländern substanzial besser ist. Bezüglich Ergebnisqualität verzichte ich darauf, die zahlreichen Statistiken

zu Komplikationen, Medikationsfehlern etc. heranzuziehen. Doch ich möchte zu bedenken geben, dass hierzulande jährlich zwischen 1000 und 3000 Spitalpatienten aufgrund unerwünschter Ereignisse sterben – wobei die Autoren betonen, dass das Problem damit eher zurückhaltend dargestellt werde. Ein Drittel bis die Hälfte dieser Todesfälle wären durch koordinierte Interventionen vermeidbar. Es wäre zynisch zu sagen, hier bestehe kein Handlungsbedarf. Richtig ist aber: Gerade bezüglich Patientensicherheit fehlt das Qualitätsbewusstsein auf manchen Ebenen. Andererseits werden etwa Strassen oder Bahnübergänge mit hohen Kosten saniert, sobald es mal zu einem «Critical incident» gekommen ist.

*Wenn Sie frei wirken und entscheiden könnten: Was wären die drei wichtigsten Massnahmen, die Sie so rasch wie möglich umsetzen würden – unter der Annahme, dass genügend Geld zur Verfügung steht?*

In unserem fragmentierten Gesundheitswesen fehlt es ganz klar an einem koordinativen Lead, um die Kräfte zu bündeln und Prioritäten zu setzen. Es ist ja nicht so, dass im Qualitätsmanagement nichts getan wird. Im Gegenteil: An allen Ecken und Enden werden Qualitätssysteme, eigene Indikatoren oder Zertifikate entwickelt. Zusammengerechnet verschlingt dies Unsummen. Zweitens: Offensichtlich braucht es geeignete Anreize, um eine sicherheitsrelevante Qualitätskultur zu implementieren. Es kann nicht sein, dass Ärztinnen und Ärzte oder Hausarztnetze, die konsequent an der Qualität arbeiten und sie transparent machen, gleich honoriert werden wie solche, die dies verweigern. Immerhin tut sich hier Einiges auf politischer Ebene. Drittens würde ich «Hot Spots» in Qualität und Sicherheit ins Visier nehmen: Damit meine ich Themen, die in der Fachwelt – und meist darüber hinaus – a priori bekannt sind, bei denen Handlungsbedarf besteht und für die es wirksame Gegenmassnahmen gibt. Zu diesen «Hot Spots» gehören zum Beispiel Medikationsprozesse, Identifikationsprobleme, Spitalinfektionen und Kommunikation. Alle diese Themen können Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern viel Leid zufügen. Und sie verursachen hohe, zum grossen Teil vermeidbare Kosten.

*Sehen Sie in anderen Ländern oder Branchen Qualitätsinitiativen, die sich auf das schweizerische Gesundheitswesen übertragen liessen?*

Länder wie Kanada, Schweden, die Niederlande, Dänemark, die USA oder Grossbritannien demonstrieren, was die konsequente Bündelung der Kräfte und ein potenter Ressourceneinsatz bewegen können – häufig initiiert und finanziert durch den Staat. So praktiziert Schweden seit vielen Jahren ein beharrliches und transparentes Qualitätsmanagement. Behandlungsfehler sind meldepflichtig, und die Patienten haben das Recht, die Klärung eines vermuteten Fehlers zu fordern. Die Patienten sind zudem

gegen Behandlungsfehler versichert. Ein zweites Beispiel für konsequentes Qualitäts- und Risikomanagement sind die USA, wo 2005 «The Patient Safety and Quality Improvement Act» gesetzlich verankert worden ist. Hier sammeln und analysieren Patient Safety Organizations ärztliche Fehlermeldungen und empfehlen Gegenmassnahmen. Solche Initiativen sind auch in der Schweiz möglich.

## Aktionsfelder und Ziele der Qualitätsstrategie des Bundes

Was lange währt, wird endlich gut. «Der Bundesrat regelt, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist», verlangt Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetzes, das 1996 in Kraft trat. Doch über zehn Jahre war nichts von einer Strategie erkennbar. Es brauchte im September 2007 einen kritischen Bericht der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission, damit der Prozess wirklich in Gang kam. Am 9. Oktober 2009 genehmigte dann der Bundesrat die «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen». Deren Kernstück sind neun Aktionsfelder und Ziele:

### **Aktionsfeld 1: Führung und Verantwortung**

*Ziel:* Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, dass die Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit wirksam wahrgenommen werden können. Dies wird insbesondere durch den Aufbau von geeigneten Strukturen beim Bund sichergestellt.

### **Aktionsfeld 2: Umsetzungskapazitäten und Ressourcen**

*Ziel:* Der Bund setzt für die Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation ein, die er neu schafft, oder überträgt die Umsetzung einer bestehenden Organisation. Der Bund setzt sich zudem dafür ein, dass auf den verschiedenen Ebenen Umsetzungskapazitäten und Ressourcen insbesondere für die Bewirtschaftung von Schwerpunktprogrammen bereitgestellt werden.

### **Aktionsfeld 3: Information**

*Ziel:* Der Bund sorgt dafür, dass valide, adäquate, stufen- und zielpublikumsgerechte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, aufgrund derer die verschiedenen Akteure des Versorgungssystems qualitätsrelevante Sachverhalte erkennen, Entscheidungen treffen und Massnahmen ergreifen können.

### **Aktionsfeld 4: Anreize**

*Ziel:* Der Bund unterstützt Initiativen mit Anreizkomponenten zur Verbesserung der Qualität.

### **Aktionsfeld 5: Design Versorgungssystem**

*Ziel:* Die Qualitätsorientierung der Versorgungskette wird nachhaltig verbessert, indem die vornehmlich entlang dem

Leistungserbringungsprozess segmentierte Betrachtungsweise durch eine integrierende, übergreifende Sicht abgelöst wird.

### **Aktionsfeld 6: Versorgungs- und Begleitforschung**

*Ziel:* Der Bund identifiziert den Bedarf an Versorgungs- und Begleitforschung. Der Bund überprüft die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Schwerpunktprogrammen und einzelnen Massnahmen zur Verbesserung der Qualität.

### **Aktionsfeld 7: Bildung**

*Ziel:* Der Bund unternimmt die in seiner Kompetenz stehenden Schritte, um die Thematik «Qualität und Patientensicherheit bzw. Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement» in Aus-, Weiter- und Fortbildung von medizinischem Personal verbindlich und wirksam zu verankern.

### **Aktionsfeld 8: Einbezug von Patienten und Bevölkerung**

*Ziel:* Der Bevölkerung stehen verständliche und valide Informationen zur Beurteilung von Leistungsangebot und Qualität der Leistungserbringung zur Verfügung. Den Bedürfnissen der Bevölkerung, insbesondere der Patientinnen und Patienten, werden bei der Entwicklung und Implementierung neuer Massnahmen zur Verbesserung der Qualität Rechnung getragen. Die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten ist zu fördern.

### **Aktionsfeld 9: Direkte Interventionen**

*Ziel:* Der Bund übernimmt die Federführung bei der Identifizierung, Priorisierung und Auswahl von Qualitätsschwerpunkten (Hot Spots), die im Rahmen von kurz-, mittel- und langfristigen Programmen mit klaren Zielvorgaben einer Problemlösung zugeführt werden sollen.

Der Bundesrat geht davon aus, dass für die Umsetzung der Qualitätsstrategie jährlich 20 bis 25 Millionen Franken nötig sind (ab 2012). Für die Finanzierung stehen prinzipiell drei Optionen zur Wahl: Kranken- und Unfallversicherungsprämien, PPP (Private Public Partnership), reguläres Budget von Bund und Kantonen. Denkbar sind auch Mischformen.

*Die Patienten scheinen mit der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen zufrieden zu sein. Wenn jetzt Qualitätsvergleiche vorgenommen werden, zum Beispiel zwischen Spitälern, besteht die Gefahr, dass die Leute verunsichert werden. Nehmen Sie das in Kauf?*

Tatsache ist: Den Versicherten und Patienten ist zu wenig bewusst, dass es gute und weniger erfahrene Ärzte gibt oder sichere und weniger sichere Spitäler. Das ist primär die Folge der schlechten Datenlage – speziell bei der Ergebnisqualität – und der damit verbundenen Intransparenz bei der Wahl eines Spezialisten, Operateurs oder Spitals. Dieser Missstand ist zu beheben. Auf das entsprechende Wissen hat jede Person ein unabdingbares Recht – da geht es nicht um unnötige Verunsicherung. Es wäre ein Schlag ins Gesicht jedes Patienten, wenn er erst nach allfälligen Komplikationen oder bei schlechten Ergebnissen erfährt, dass es erfahrenere Operateure und sicherere Spitäler gegeben hätte.

*Sie sind auch Initiant und Vizepräsident der Stiftung EQUAM, Externe Qualitätssicherung in der Medizin. Nach zehn Jahren sind erst etwa 220 Praxen mit insgesamt rund 330 Ärztinnen und Ärzten zertifiziert. Welche Anreize braucht es, damit EQUAM – oder ein anderes Q-Label – zur Bio-Knospe im Gesundheitswesen wird?*

Es geht nicht nur um finanzielle Anreize für Leistungserbringer, zum Beispiel qualitätsabhängige Taxpunkt-

werte oder spezielle Qualitätsprämien – so sinnvoll und zielführend das wäre. Es geht ebenso um Bekanntheit: Die Bio-Knospe kennen alle, die Konsumenten verlangen danach. Unsere «Konsumenten», also die breite Patientenschaft, kennen das Label EQUAM so gut wie nicht und wissen folglich nicht, was den Unterschied zwischen zertifizierten und nicht zertifizierten Praxen ausmacht. Einer der strategischen Schwerpunkte von EQUAM ist es deshalb, das Label bei den Versicherten bekannt zu machen. Bei den Ärzten hat unser Zertifikat eher einen elitären Anstrich, und den wollen wir nicht preisgeben, sondern das Bio-Knospen-Image ausbauen. EQUAM-Präsidentin Simonetta Sommaruga fordert darum, dass ein glaubwürdiges Qualitätslabel seine Indikatoren öffentlich macht, als unabhängige Institution arbeitet, neben der Selbstbeurteilung auch eine neutrale Fremdbeurteilung umfasst und sowohl das Praxismanagement wie auch die klinische Leistung darstellt.

*Interview: Urs Zanon*

Korrespondenz:

Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess  
Beratungen im Gesundheitswesen  
Grossmünsterplatz 1  
8001 Zürich  
kurt.hess@hin.ch

## Änderungen im redaktionellen Beirat

Jede Zeitschrift ist das Produkt von Köpfen: «Care Management» kann erfreulicherweise auf die Unterstützung eines redaktionellen Beirats zählen, in dem sich hochwertiges Know-how aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens versammelt. Ende 2009 traten mit Kurt Hess, Christian Ludwig und Regula Rička drei langjährige Mitglieder zurück. Sie haben wesentlich zur Entwicklung dieser

Zeitschrift beigetragen – herzlichen Dank für das Engagement. Neu dabei sind Iren Bischofberger und Philip Baumann. Iren Bischofberger ist Pflegewissenschaftlerin und Professorin an der WE'G Hochschule für Gesundheit in Aarau. Der Ökonom Philip Baumann ist Managing Partner von BlueCare. Die Redaktion «Care Management» freut sich auf die Zusammenarbeit.