

An das  
Bundesamt für Gesundheit  
Direktion  
zH. Frau Anne Lévy  
Per Email an:  
[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Baden, den 27. August 2021

Sehr geehrte Frau Lévy,

sehr geehrte Damen und Herren,

Besten Dank für die Einladung, eine Stellungnahme zu Entwurf der Qualitätsstrategie und den Vierjahreszielen abzugeben. Sehr gerne kommen wir dieser Einladung nach.

Wir begrüßen den vom BAG organisierten Austausch Qualität mit den relevanten Stakeholdern, um sie partizipativ bei der Qualitätsentwicklung einzubinden. Auch die Konsultation zur nationalen Qualitätsstrategie und den Vierjahreszielen (welches diesmal nur drei Jahre umfasst) schätzen wir sehr und empfinden sie als wichtig, damit alle Stakeholder aktiv mitgenommen werden. Wir hoffen daher, dass bei der Überarbeitung des vorliegenden Entwurfes den Anliegen der verschiedenen Parteien entsprechend Beachtung gezollt wird.

Der interprofessionelle non-profit Verein QualiCCare entstand 2013 aus dem Projekt QualiCCare (2011-2013).<sup>1</sup> Mit heute 24 Mitgliedorganisationen aus allen Bereichen entlang der ambulanten Versorgungskette ist QualiCCare breit abgestützt und fördert die patientenzentrierte, koordinierte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen durch die interprofessionelle Erarbeitung von nationalen Best Practices und deren Implementierung in die Praxis mittels Pilotprojekten.

#### **Grundsätzliches:**

Wir erachten es als grundsätzlich gut, dass die Strategie im Kontext gesetzt und dessen Bezug zu den anderen Gesundheitsstrategien dargelegt wird. Gleichzeitig zeigt Kapitel 3.2 auf, dass, wie in vielen Bereichen häufig, bei der Erarbeitung einer neuen Strategie keine neuen Silos gebaut werden, sondern dass eine Abstimmung und Koordination mit den bestehenden Strategien stattfinden muss, um Synergien zu nutzen, aber auch Überschneidungen und Widersprüche aufzuzeigen und zu adressieren. Diese Abstimmung und Koordination ist aber auch bei den schon bestehenden Strategien untereinander nötig. Des Weiteren braucht es auch eine klare Abgrenzung, Abstimmung und Koordination mit den kantonalen Qualitätsaktivitäten und -vorgaben.

Die Rollenteilung zwischen Bund, Kantonen und Akteuren des Gesundheitswesens ist im Strategiepapier allgemein nicht deutlich dargestellt. Die Makro-, Meso- und Mikroebenen sollten klar den Stakeholdern zugeordnet sein, welche die entsprechenden gesetzlichen Kompetenzen haben. So werden die Kantone auf Seiten 19 auf der Makroebene erwähnt, doch in der Graphik erscheinen sie nicht, obwohl die Kantone die vom Bund vorgegebenen Strategien operationell umsetzen sollten.

---

<sup>1</sup> [https://qualiccare.ch/fileadmin/user\\_upload/Projekte/Diabetes/QCC-Bericht\\_Phase2\\_2013-09-30\\_klein.pdf](https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/QCC-Bericht_Phase2_2013-09-30_klein.pdf)  
(zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

Die Einteilung in systemorientierte und leistungsorientierte Handlungsfelder empfinden wir als sinnvoll, da zuerst die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen (systemorientiert), um eine Qualitätsentwicklung in den leistungsorientierten Handlungsfeldern auf der Meso- und Mikroebene zu ermöglichen.

Eine Qualitätsstrategie nur auf OKP-Leistungen zu reduzieren, ist unseres Erachtens nicht ausreichend, um eine umfassend bessere Qualität der Versorgung zu erreichen, da wichtige Bereiche für die Qualitätsentwicklung wie die auf Seite 24 genannten (Forschung, Digitalisierung, Bildung) ausgenommen wären. Des Weiteren muss die Patientensicherheit entlang der gesamten Versorgungskette sichergestellt werden und nicht nur in den von der OKP abgedeckten Leistungen, auch wenn sich die Mängel hier manifestieren, so liegt die Ursache häufig anderswo.

Ein wichtiger Aspekt wird in der Qualitätsstrategie ausgelassen, namentlich die Finanzierung der Umsetzung und deren Überprüfung. Dies sollte unbedingt als Kapitel ergänzt werden, denn gemäss KVG Art. 58f beteiligen sich Bund, Kantone und Versicherer zu je einem Drittel an den Kosten der EQK und deren Aufträge an Dritte, doch für die Umsetzung der Qualitätsverträge steht im KVG Art. 58a Abs 1 nichts konkretes. Die in der Strategie aufgezeigten Massnahmen sollten verhältnismässig und wirtschaftlich sein.

### **Zur Qualitätsstrategie konkret:**

Die Strategie bezieht sich auf den WHO/OECD Bericht *Delivering Quality Healthcare Systems* und erwähnt die sieben Dimensionen, welche die Qualität der Leistungen kennzeichnen (S. 5, Kapitel 4.3. und 5.1.). Es ist uns ein Anliegen, dass die Dimensionen gemäss *Figure 3.2 Elements of health care quality* auf S. 31 des Berichts korrekt übernommen werden: «*Equity*» bedeutet «Chancengerechtigkeit» und nicht «Chancengleichheit» (= Equality), denn letzteres mag ein Wunschziel sein, ist jedoch nie erreichbar. Wir bitten, dies überall im Dokument zu korrigieren.

Unter «Effizienz» wird lediglich das Vermeiden von Verschwendung und missbräuchlicher Praxis erwähnt, jedoch nicht die Maximierung des Nutzens der eingesetzten Mittel. Unter «Patientenzentriertheit» wird zwar die Respektierung der individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte verstanden, aber es wird kein Bezug zur Organisation der Versorgungsstruktur um die Bedürfnisse der Patient:innen gemacht.

Der Stand der Qualität stützt sich auf den nationalen Qualitätsbericht 2019. Wir bedauern, dass in diesem Bericht leider das Projekt QualiCCare, welches 2011 unter der Schirmherrschaft von BR Didier Burkhalter entstanden ist, nicht berücksichtigt wurde. Mittels Auslandsvergleich konnten im Projekt die Lücken bei der Versorgung von Personen mit einer chronischen Krankheit am Beispiel Diabetes Typ 2 und COPD analysiert und im Multistakeholder-Ansatz entsprechende Massnahmen erarbeitet und umgesetzt hat. Da der nationale Qualitätsbericht leider nur wenig zur ambulanten Versorgung schreibt, verwundert es, dass die Qualitätsstrategie sich allein auf diesen Bericht bezieht und nicht laufende weitere Initiativen integriert. So werden neben laufenden Qualitätsaktivitäten verschiedener Organisationen auch die breit anerkannten Qualitätszertifizierungen nicht erwähnt, was das Risiko birgt, die Bürokratie weiter zu erhöhen sowie Redundanzen und Doppelspurigkeiten im System zu generieren.

Auch werden berufsübergreifende Initiativen, welche erwiesenermassen kostendämpfend sind, wie Arzt-Apotheker Qualitätszirkel<sup>2</sup> sowie die pharmazeutische Betreuung von Alters- und Pflegeheimen im Kanton

---

<sup>2</sup> <https://primary-hospital-care.ch/article/doi/pc-d.2011.08985> (aufgerufen 25.8.2021); Bugnon et al. Rev Med Suisse 2012; 8: 1042-8

Fribourg unabhängig von der Medikamentenabgabe nicht beachtet oder gar abgeschafft. Es ist es richtig, dass die fehlende berufsübergreifende Zusammenarbeit und Fragmentierung der Patientenprozesse ein wichtiger Faktor sind, um die Versorgung zu optimieren.

Bei den nationalen Gesundheitsstrategien stellt sich die Frage, ob die Auflistung nach Relevanz oder willkürlich erfolgt ist. Sollte sie willkürlich sein, wäre es sinnvoller, diese nach alphabetisch, ansonsten entsteht ein Eindruck, dass gewisse Themen wichtiger sind als andere. Die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte bei den Strategien erwähnt werden.

Beim Bericht «Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung» werden die beiden aktuell laufenden Kampagnen explizit erwähnt, wohingegen bei keiner anderen Strategie laufende Projekte genannt werden. Entweder sollten bei allen Strategien Projekte namentlich erwähnt werden oder bei keiner.

Im Kapitel 4.1., S. 20 erster Abschnitt wird hingewiesen, dass die Kantone sicherstellen müssen, dass die Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringer, Spitäler und Einrichtungen in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualität erfüllen: wir bitten, die Wörter hier umzudrehen, wie es im folgenden Satz steht, da die Qualität ein höheres Gewicht haben muss als die Wirtschaftlichkeit.

Bei der Qualitätsentwicklung gemäss dem PDCA-Kreis, müssen nicht immer neue Standards gefunden werden, sondern der Kreis muss regelmässig geprüft werden und bei Bedarf kommen neue Standards dazu, aber nicht zwingend bei jeder Überprüfung. Dies ist im Text im Kapitel 4.4. (S. 23) irreführend.

Zum Geltungsbereich der Strategie: wie anfangs erwähnt, ist es nicht zielführend, die Qualitätsstrategie einzig auf Leistungen der OKP zu reduzieren. Unter 5.1. wird auch der gesunde Mensch erwähnt, wobei dieser keinen Anspruch auf OKP Leistungen hat, es sei denn, es ist vorgesehen, dass Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen fortan über die OKP abgelten zu lassen.

Es steht auch auf der gleichen Seite weiter unten, dass die Ziele des Bundesrats zur Qualitätsentwicklung nur erreicht werden, wenn in übergreifenden Dimensionen der Qualität und nicht in Zuständigkeitsbereichen gedacht wird. Diese Aussage gilt auch für OKP und nicht-OKP Leistungen.

Die Vision (5.2.) sollte wie der Rest der Strategie genderneutral formuliert werden.

Zum Handlungsfeld Governance (6.2.) stellt sich die Frage, wer die Schulungen der Führungskräfte und Verwaltungsräte zahlt, wenn man hier nur von OKP-Leistungen spricht. Es besteht in diesem Bereich eine Inkonsistenz – entweder man bezieht sich nur auf OKP Leistungen oder auf die umfassende Qualitätsentwicklung, wobei wir letzteres unterstützen. Wenn die Behörden eine Reihe von geeigneten Optionen für das QMS definieren, ist es ein Top-down Diktat, welches schlecht funktioniert, insbesondere weil gerade im Gesundheitswesen ein One-Size Fits-All nicht passt.

Das Handlungsfeld Datengesteuerte Entscheidungsfindung ist ein wichtiges Thema. Allerdings stellt sich die Frage, ob fortan die Patientendaten automatisch national verfügbar sind, wenn die Leistungserbringer die Daten gemäss den Qualitätsvereinbarungen sammeln müssen. Um den Leistungserbringern die Datensammlung und -generierung zu ermöglichen, braucht es dringend die entsprechenden Rahmenbedingungen, nämlich national einheitliche IT-Standards, um die Schnittstellen mit den Patientendokumentationssystemen sicherzustellen. Entsprechend bedarf es die entsprechenden finanziellen Ressourcen, sowie eine durchgehendes Commitment aller Akteure, die Daten zu teilen. Gerade im Bereich der Datenerfassungssysteme ist die Fraktionierung enorm, was eine bereichsübergreifende Qualitätsentwicklung erschwert, wenn nicht verhindert.

Im Handlungsfeld Patientenzentriertheit wird von Polymorbidität gesprochen. Wir empfehlen die vom BAG in anderen Dokumenten gebrauchten Begriff «Multimorbidität»,<sup>3</sup> um keine Verwirrung zwischen den Begriffen zu stiften. Wir unterstützen die Aussage, dass Stärkung der Patientenverbände eine Priorität sein sollte, wobei einmal von Verbänden und dann von Organisationen (=Gesundheitsligen) die Rede ist, was für den Leser verwirrend wirkt. Die Sicherstellung deren Finanzierung müsste an anderer Stelle gewährleistet werden, da dies nicht im Rahmen der OKP möglich ist, was wieder die Inkonsistenz in diesem Papier aufzeigt.

Im Handlungsfeld Patientensicherheit wird auf die Notwendigkeit einer systematischen Umsetzung von Best Practices hingewiesen. Auch hier braucht es die nötigen Rahmenbedingungen, wie QualiCCare aus den Projekten zur Implementierung der Diabetes Kriterien weiss, denn ohne die nötige Digitalisierung der Datenerfassung und der Schnittstelle mit der Praxissoftware, ist eine systematische Erfassung nur kurzfristig und bei sehr motivierten Leistungserbringern machbar.

### **Vierjahresziele:**

Grundsätzlich erachten wir die Anzahl Ziele als zu viel für drei Jahre. Es wäre sinnvoller, weniger dafür aber konkrete Ziele zu definieren, welche auch realistisch erreicht werden können, als viele oberflächlich definierte Ziele zu formulieren. Zur Überprüfbarkeit der Ziele: ein Indikator «Expertenbericht» ist nicht quantitativ messbar, ausser es ist irrelevant, was im Bericht steht. Ebenso ist ein Indikator von «%positiver Antworten» nicht aussagekräftig, denn nur weil jemand antwortet, bedeutet das nicht, dass es inhaltlich die erwünschte Antwort ist. Sinnvoller wäre es, zu definieren, gemäss welcher Art Indikatoren - qualitative und/oder quantitative – gemessen werden soll, wobei die effektiven Messwerte von den Qualitätsvertragspartnern gemeinsam vereinbart werden müssen.

### **Fazit:**

Zusammenfassend erachten wir die Stossrichtung der vorgelegten Qualitätsstrategie als gut, jedoch bedarf es einer grundlegenden Überarbeitung der Strategie sowie der Vierjahresziele.

Der Konkretisierungsgrad der Strategie, inkl. der Ziele, ist zu tief. Die stufengerechte Rollenteilung auf Makro, Meso- und Mikroebene muss definiert sein, die Schaffung der Rahmenbedingungen durch den Bund muss sichergestellt sein sowie die Finanzierung und der Datenschutz. Der Geltungsbereich der Strategie muss über die OKP-Leistungen hinaus ausgeweitet werden, um eine effektive Qualitätsentwicklung in der Versorgung zu ermöglichen.

Besten Dank für die Berücksichtigung unserer Einwände und Korrekturvorschläge.

Freundliche Grüsse



SR Hans Stöckli, Präsident



Doris Fischer-Taeschler, Vizepräsidentin

---

<sup>3</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>