

im  
**dialog**



# Wir sind gut. Oder?

Im Fokus: Qualität im Gesundheitswesen

Wladimir Iljitsch Lenin

# Klasse statt Masse

«Wieder und wieder bitte ich: Non multa, sed multum. Weniger Zahlen, aber gescheitere.»

russischer Politiker und  
Revolutionsführer (1870–1924)

Felix Schneuwly, Head of Public Affairs Comparis

# Leistung zählt (nicht)

«Es werden keine Spitäler oder Arztpraxen geschlossen, wenn deren Leistungen ungenügend sind.»

Handelszeitung, 7. Mai 2013

Bundesrat

# Wettbewerb? Fehlanzeige!

«Es fehlt ein echter Qualitätswettbewerb, der sich positiv auf die Behandlungsqualität und die Kosten auswirkt.»

Bericht «Gesundheit 2020» des Bundesrates

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen Wissenschaften

# Studien? Wo?

«Für zahlreiche seit langem etablierte medizinische Verfahren gibt es keine Studien, die einen Nutzen nachweisen konnten.»

Positionspapier «Nachhaltige Medizin»,  
Dezember 2012

Heinz Locher, Gesundheitsökonom

# Dunkelkammer

«Bislang aber haben Spitäler und Ärzte die Veröffentlichung von Qualitätsdaten erfolgreich verhindert. Das Gesundheitswesen ist die Dunkelkammer der Nation.»

Neue Luzerner Zeitung, 18. August 2014



Folgen Sie uns auf Twitter:  
twitter.com/CSSPolitik



Riccarda Schaller ist Leiterin  
Gesundheitspolitik der CSS  
✉ [riccarda.schaller@css.ch](mailto:riccarda.schaller@css.ch)

# Sind wir die Besten?

## Inhaltsverzeichnis

- 4 **Qualität im Gesundheitswesen**  
Kein Spitzenplatz für Ärzte und Spitäler
- 7 **Standpunkt**  
«CSS hat jedes Interesse an Qualität»
- 8 **Hintergrund**  
Das Qualitätsgesetz des Bundesrates –  
Anspruch und Wirkung
- 10 **Praxis**  
Was bringt die Veröffentlichung von  
Qualitätsindikatoren wirklich?
- 11 **Die andere Sicht**  
Du bist, was du isst
- 12 **Im Gespräch**  
«Am liebsten hätte ich eine Art  
TripAdvisor für Spitäler»
- 16 **Persönlich**  
Warum sind zufriedene Patienten  
so wichtig?
- 18 **Santé!**  
«Ein Akt der Solidarität»
- 19 **Wissenschaft**  
Klinisches Risikomanagement  
in Schweizer Spitälern

«Schon wieder ein neues Magazin», mögen Sie vielleicht denken. «Aber was für eines», entgegne ich. Denn mit der neuen Publikation «im dialog» möchte sich die CSS nicht einfach in eine lange Liste von Gesundheitspublikationen einreihen. Vielmehr will sie – wie der Titel schon sagt – dazu beitragen, dass zentrale Themen des Schweizer Gesundheitswesens aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und vor allem auch diskutiert werden. In die Tiefe gehen statt bloss an der Oberfläche kratzen – das ist unser Anspruch.

Die erste Ausgabe widmen wir dem Thema Qualität, sozusagen dem Herzstück eines jeden Gesundheitssystems. Die Schweiz habe das beste Gesundheitswesen der Welt, wird oft und gerne betont. Aber wie steht es wirklich um die Qualität? Ist sie mess- und vergleichbar? Und wie steht es um die Transparenz? Auf diese und weitere Fragestellungen gehen wir auf den folgenden Seiten ein. Die gesundheitspolitische Diskussion in der Schweiz beschränkt sich allzu oft nur auf die Kostenfrage. Und die Krankenversicherungen sind in der Grundversicherung verpflichtet, die Leistungen zu bezahlen – auch wenn die notwendige Qualität nicht in jedem Fall transparent ausgewiesen wird. Gerade in einem System, wo (sehr) viele Anbieter das Gleiche machen, müsste aber die Qualität zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor werden. Und Wettbewerb könnte mithelfen, dass sich die Kostenspirale im Gesundheitswesen etwas langsamer dreht.

Ich wünsche Ihnen viel Lesespass mit unserer neuen Publikation.

## Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), Internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), Chefredaktion: Riccarda Schaller, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (Text) und Franziska Neugebauer (Art Direction) | Bildnachweis: zVg, Keystone/Gaëtan Bally, Zeljko Gataric, Grafilu, iStock/inakiantonama, getty/Simon Greenwood | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



MIX  
Papier aus verantwortungsvollen Quellen  
FSC® C008110

Mit der Qualität der medizinischen Behandlung in der Schweiz hapert es gewaltig. Es geht um Tausende von vermeidbaren Todesfällen und Zehntausende von Komplikationen. Die Reaktion von Spitalern, Ärzten und Behörden ist lau.

Von Urs P. Gasche

# Kein Spitzenplatz für Ärzte und Spitäler

**N**ach einem Flugzeugabsturz oder Zugunglück überbieten sich die Schlagzeilen. Ursachen werden untersucht und Sicherheitsvorkehrungen verstärkt. Solche Ereignisse nehmen wir als grössere Gefahr wahr als Risiken, die ihre Opfer «nur» im Laufe der Zeit fordern, wie in Spitälern und Arztpraxen. Jedes Jahr sterben rund 5000 Menschen wegen eines Fehlers in einem Akutspital. Dazu kommen über 120 000 Patienten, die im Spital einen gesundheitlichen Schaden erleiden, nochmals operiert oder nachbehandelt werden müssen.

## «Die Hälfte der Schäden wäre vermeidbar»

Schuld an dieser hohen Opferzahl sind Infektionen, die man im Spital aufliest, Behandlungsfehler, unzureichende Medikation, falsche oder verspätete Diagnosen sowie Fehler in der Pflege. Den Ernst der Lage fasst das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wie folgt zusammen: «Jeder zehnte Spitalpatient erleidet einen gesundheitlichen Schaden und die Hälfte dieser Schäden wäre vermeidbar.» Das sind 2000 bis 3000 Todesfälle und rund 60 000 Schadensfälle, die jedes Jahr verhindert werden könnten. Über diese vielen Opfer gibt es keine Schlagzeilen, keinen öffentlichen Druck. Deshalb tun Politiker, Behörden und Spitalverantwortliche zu wenig, um die Sicherheit zu verbessern.

## Risiken auch ausserhalb der Spitäler

Zu weiteren Schäden kommt es in Arztpraxen oder Pflegeheimen. An fünf von hundert Spitaleinweisungen sind falsch verschriebene Medikamente schuld. Abrechnungen von Krankenkassen zeigen, dass 150 000 Patienten mehr als zwanzig

Medikamente gleichzeitig einnehmen. Über 5000 von ihnen sterben jährlich an einem gefährlichen Arzneimittel, schätzt Gerd Kullak, Professor für klinische Pharmakologie am Universitätsspital Zürich.

Nicht immer bestimmt das effektive Leiden, welche Untersuchungen, Diagnosen und Behandlungen folgen, sondern die zufällige Wahl des Arztes. Mit dem gleichen Hautleiden ging eine Tessiner Patientin gemäss der Konsumentenzeitschrift «Scelgo Io» nacheinander zu zehn dortigen Dermatologen: Drei haben Schuppen untersucht, zwei Blut- und Allergietests gemacht, einer hat einen Pilz diagnostiziert und eine Pilzsalbe verschrieben, einer hat eine Narbensalbe verschrieben und vier andere eine befeuchtende Crème. Ein weiterer hat zusätzlich ein Eisenpräparat verordnet.

In einem Operationssaal landen Patienten häufiger, wenn viele Arztpraxen mit Chirurgen in der Nähe sind. Tessiner wurden vergleichsweise selten am Herzen operiert. Seit aber Kardiologen und Herzchirurgen 1999 ein Herzzentrum eröffneten, sind Eingriffe am Herzen – mit all ihren Risiken – im Tessin viel häufiger als in den meisten andern Kantonen – ohne einen erwiesenen Nutzen. Im Kanton Freiburg haben fast doppelt so viele 60-jährige Frauen keine Gebärmutter mehr als im Kanton Graubünden.

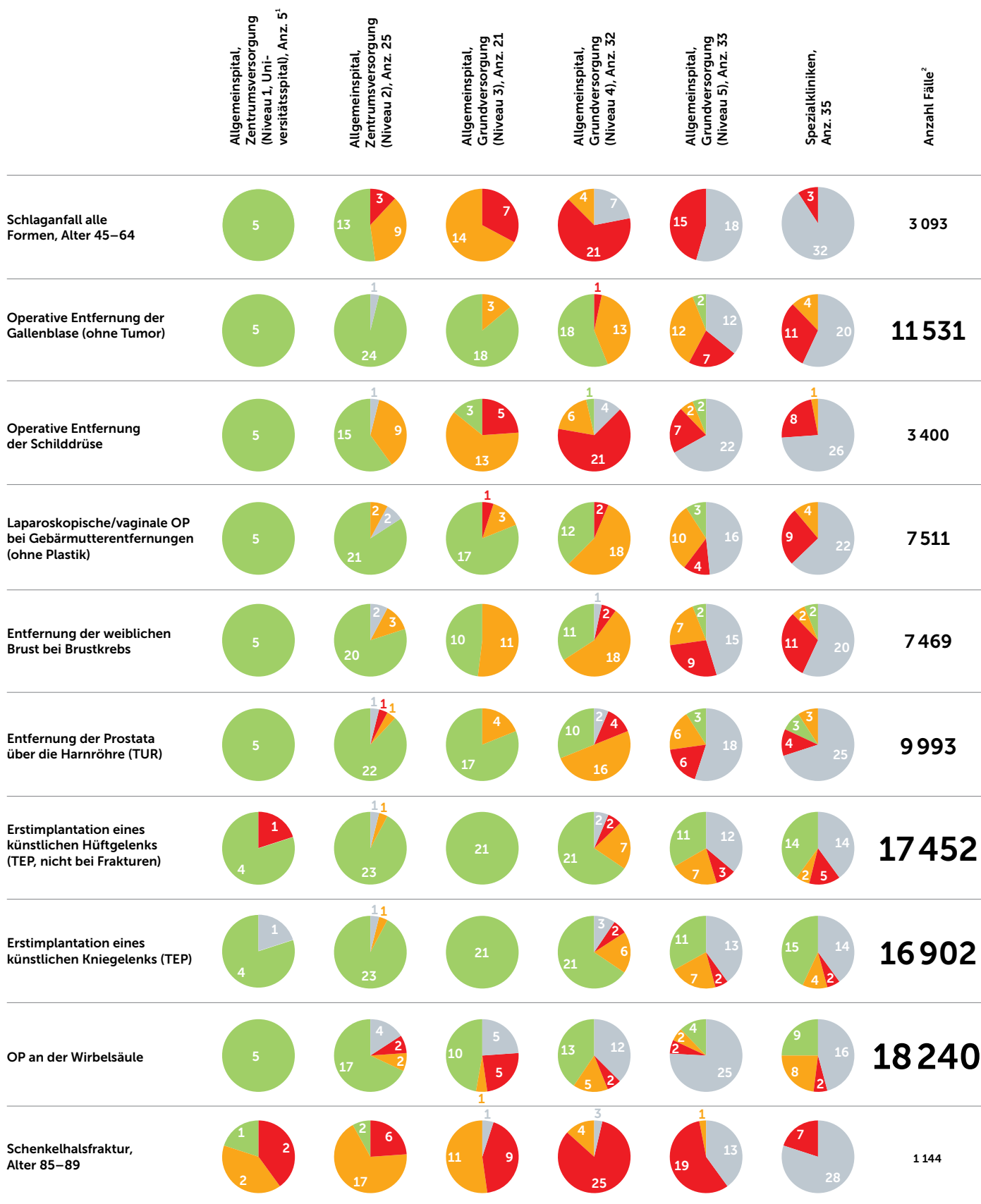
## «Kaum ein gleichwertiges Gesundheitssystem»

Unser Land leistet sich die teuerste Gesundheitsversorgung Europas, aber nicht die beste. Wer daran verdient, verbreitet aus dem hohlen Bauch heraus, die Schweiz sei Spitze. Die Zürcher Chefärzte-Gesellschaft rechtfertigte die hohen Kosten mit «einem der besten, wenn →

## In Kürze

- Jeder zehnte Spitalpatient erleidet einen gesundheitlichen Schaden, und die Hälfte dieser Schäden wäre vermeidbar.
- Obwohl er dies könnte, verlangt der Bundesrat keine systematischen wissenschaftlichen Kontrollen zur Sicherung der Qualität.
- Streben diverse europäische Länder die beste Qualität an, streitet man bei uns vor allem um die Kosten.

Zu viele Spitäler mit zu wenig Übung



- Anzahl Spitäler mit mindestens einem Fall pro Woche (≥52 Fälle)
- Anzahl Spitäler mit weniger als einem Fall pro Woche (12–51 Fälle)
- Anzahl Spitäler mit weniger als einem Fall pro Monat (<12 Fälle)
- Anzahl Spitäler, die den Eingriff nicht durchführen

<sup>1</sup> Gestützt auf Krankenhaustypologie des Bundesamts für Statistik (2006), Version 5.2

<sup>2</sup> Fälle der Spitäler mit weniger als zehn Fällen sind nicht miteingerechnet

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2014): Daten «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2012»



In der Schweiz  
sterben jedes Jahr  
**5000 Menschen**  
wegen eines Fehlers  
in einem Akutspital.



**15 000**  
**Infektionserkrankungen**  
liessen sich mit  
besseren hygienischen Standards  
vermeiden.

→ nicht dem besten Gesundheitssystem der Welt». Sie meinten wohl das Angebot: Laut OECD gibt es bei uns pro Einwohner ein Viertel mehr berufstätige Ärzte als in andern Industrieländern und einen Rekord an hochtechnischen Apparaten wie MRI, CT u.a.

### Ärzte verdienen an unnötigen Behandlungen

Patientinnen und Patienten interessiert etwas anderes: Wie rasch und dauerhaft werden sie wieder gesund, oder wie gut bekommen sie ihre chronischen Krankheiten in den Griff. Die meisten Ärzte tun ihr Bestes, doch ihre Einkommen hängen davon ab, wie häufig sie Untersuchungen machen lassen, behandeln und operieren. Unnötige Diagnostiktests, Behandlungen und sogar Komplikationen erhöhen den Kontostand der Ärzte. Umgekehrt kommen gute Ärzte, die nur das Sinnvolle machen und damit Erfolg haben, finanziell schlecht weg. In den meisten andern Ländern sind Spezialärzte nach ihrer Präsenzzeit bezahlt. Am Aufklären einer Patientin über Nutzen und Risiken eines Eingriffs verdienen sie gleich viel wie am Operieren.

Die falschen Anreize bleiben bei uns tabu, auch bei den Spitälern. Deren Ertragsrechnung sieht besser aus, wenn sie kompliziertere Diagnosen stellen als nötig und wenn sie aufwändiger behandeln und eilig operieren statt abwarten. Und weil Fallpauschalen nur die Spitalkosten decken, haben die Spitäler kein Interesse daran, das Genesen der Patienten nach Austritt weiterzuverfolgen. Deshalb wird nicht transparent, welche Spitäler die Patienten am besten behandeln.

Anders in den Niederlanden: Dort umfassen die Fallpauschalen alle Kosten – auch nach dem Spitalaustritt – bis zur endgültigen Genesung. Die Spitäler haben ein Interesse daran, dass ihre Patienten bald wieder fit sind, und kümmern sich um die beste Nachbehandlung oder die beste Reha. Die endgültigen Behandlungsergebnisse werden erfasst und verglichen. Solche Patientendaten besitzt in der Schweiz nur die Suva. Sie könnte ohne weiteres bekannt machen, welche Behandlungsteams in welchen Spitälern die Unfallpatienten am erfolgreichsten behandeln. Doch aus politischer Rücksicht wertet die Suva ihre Zahlen nicht aus. Sie habe «keinen Auftrag des Gesetzgebers», redet sie sich heraus. Die unterschiedlichen Anreizsysteme sind ein

Grund, weshalb es in den Niederlanden im Verhältnis zur Bevölkerung nur ein Viertel so viele Spitäler braucht wie in der Schweiz. Niederländerinnen und Niederländer müssen weniger häufig ins Spital, werden seltener operiert und gehen entsprechend weniger Risiken ein. Lebenserwartung und Gesundheitszustand vergleichbarer sozialer Schichten sind identisch.

### Schweiz schlechter als Nachbarländer

In der Schweiz kommt es zu vielen Überbehandlungen ohne Nutzen. Und während ihrer Zeit im Spital sind Patientinnen und Patienten grösseren Risiken ausgesetzt. Es kommt bei uns häufiger zu Infektionen als in den Niederlanden, in Deutschland oder Frankreich. Jedes Jahr könnte man rund 600 Todesfälle und 15 000 Infektionserkrankungen vermeiden, wenn in Operationssälen minimale hygienische Standards eingehalten würden. Das geht aus einer Erhebung von Swissnoso hervor, einer Gruppe von leitenden Hygiene- und Infektionsspezialisten. Bei den insgesamt rund 9700 jährlichen Darmoperationen käme es zu fast 400 Infektionen weniger, wenn die Behandlungsqualität in der Schweiz so gut wäre wie in Deutschland, und sogar zu fast 500 weniger, wenn die Qualität auf dem Niveau französischer Spitäler wäre. Bei diesen Werten handle es sich um eine «robuste statistische Aussage», erklärte Swissnoso.

### Versagen der Bundesbehörden

Das Risiko für Infektionen, für ungeplante Nachbehandlungen oder Medikamentenfehler kann in einem Spital fünfmal grösser sein als in einem andern, doch wir wissen nicht in welchem. Denn Behandlungsergebnisse werden noch immer nicht vergleichbar erhoben, und dort, wo sie es wurden, wie bei den Infektionen, erfuhr die Öffentlichkeit die Zahlen der einzelnen Spitäler nicht.

Umfassende Daten über Behandlungsergebnisse sollten längst im Internet zugänglich sein. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) gab dem Bundesrat 1996 die Kompetenz, «systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität» durchzuführen. Für diese Kontrollen hätte er einheitlich erfasste Daten über die Behandlungsergebnisse einfordern können. Seit 2009 sind die Spitäler sogar verpflichtet,

## Wer am System verdient, behauptet aus dem hohlen Bauch, die Schweiz sei spitze.

Statistiken zur Überwachung der Qualität zu liefern. Doch trotz rund 5000 Menschen, die jedes Jahr in einem Akutspital wegen eines Fehlers sterben, und trotz mindestens 120 000 Behandelten, die einen gesundheitlichen Schaden erleiden, hatte der Bundesrat nicht den Mut, sich gegen die Lobbys der Spitäler und Ärzte durchzusetzen und vergleichbare Daten zu verlangen. Das ist kein gutes Omen für die, welche mit einer Einheitskasse auf mehr Staatsmedizin setzen. Ein regulierter Wettbewerb wie in den Niederlanden würde die Qualität schneller verbessern. Dazu müssten die Kassen über die Vertragsfreiheit verfügen.

### Nicht einmal vergleichbare Fallzahlen

Wenn Chirurgen und Spitalteams eine bestimmte Operation nur selten durchführen und zu wenig

Das Schweizer Gesundheitswesen braucht einen Kulturwandel:  
Die Qualität muss zu einem zentralen Faktor werden.

## «CSS hat jedes Interesse an Qualität»

### Es scheint, als hätten viele Akteure im Gesundheitswesen Angst vor dem Thema Qualität. Gilt dies auch für die CSS?

Hinter der Intransparenz bezüglich Qualität steht in erster Linie ein kulturelles Problem: die Angst vor Transparenz des eigenen Schaffens oder die Angst vor Missbrauch von Qualitätskriterien für das Durchsetzen von preislichen, politischen und strukturellen Massnahmen. Es braucht also einen raschen Kulturwandel: Qualität muss ein zentraler Faktor werden im Schweizer Gesundheitswesen. Die CSS hat alles Interesse daran. Denn gute Behandlungsqualität wirkt sich unmittelbar auf die Patienten und letztlich auch positiv auf die Gesundheitskosten und damit auf die Prämien aus.

### Welchen Beitrag leistet die CSS, um die Qualität der medizinischen Behandlungen für ihre Versicherten zu verbessern?

Im Schweizer Gesundheitswesen herrscht die freie Wahl, und die Grundversicherung muss letztlich qualitätsunabhängig die Kosten übernehmen. Deshalb ist es für eine Krankenversicherung schwierig, auf die Behandlungsqualität, für die allein

der Leistungserbringer verantwortlich ist, direkten Einfluss nehmen zu können. Trotzdem bewirkt das Interesse der Krankenversicherung an Qualitätsindikatoren und deren Messung bei der Ärzteschaft eine zunehmende Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen.

### Es wird immer wieder von unnötigen Behandlungen gesprochen, die viel kosten und schlimmstenfalls den Patienten schaden. Wie geht die CSS damit um?

Überversorgung und nicht indizierte Behandlungen sind bezüglich Risiken und Kosten problematisch und das Resultat falscher Anreize. Wer mehr macht, bekommt mehr Geld. Wer schlechte Qualität abliefern, wird nicht diskriminiert. Und auch Patienten sind nicht ganz unschuldig, denn oft werden Behandlungen ohne zwingende Indikation schlicht verlangt. Die CSS setzt sich für die Patienten ein: Die verhandelten Tarife und Verträge sollen Qualität und nicht Menge belohnen, Leistungen sollen breit auf ihren Nutzen überprüft werden, und Zweitmeinungen zu Eingriffen werden unterstützt.



Dr. Christian Affolter ist Verantwortlicher Public Affairs Tarifstrukturen der CSS  
✉ christian.affolter@css.ch

Übung haben, kann dies zu Nachoperationen, Nachblutungen, Wundinfektionen oder im schlimmsten Fall zum Tod führen. Bereits vor Jahren stellte das «British Medical Journal» fest, dass es für etliche Operationen nicht nur einen «Chirurgen, der viel operiert», sondern auch ein «Spital, das viel operiert» brauche, um Risiken zu verringern. In den Niederlanden müssen Krankenkassen Operationen nicht zahlen, wenn sie ein Spital zu selten durchführt. Das war ein wirksamer Anreiz für die Spitäler, sich zu spezialisieren.

In der Schweiz verlangte der Bundesrat bisher nicht einmal, dass die Zahl der Operationen pro Spital erhoben wird. Das BAG vergleicht die Fallzahlen einzelner Spitäler mit denen ganzer Spitalgruppen. Die Zahlen sind trotzdem alarmierend genug. Zwei Beispiele: Entfernen der Bauchspeicheldrüse: In der Deutschschweiz führten 19 Spitäler oder Spitalgruppen diesen heiklen Eingriff im Jahr 2012 weniger als zehnmal durch. Insgesamt verteilten sich 700 Operationen auf über 50 Spitäler. Teilweise oder ganze Entfernung der Schilddrüse: Diese Operation birgt das Risiko der Verletzung eines oder beider Nerven des Stimmbandes. Je nach Spital kann das Risiko 1:50 oder 1:200 sein, wie ausländische Zahlen zeigen. Im Jahr 2012 führten

38 Spitäler diese Operation weniger als zehnmal pro Jahr durch. Insgesamt verteilten sich 3400 Operationen auf 98 Spitäler (siehe Grafik Seite 5).

### Nulltoleranz

Vor sieben Jahren startete Schottland ein nationales Programm, um «alle vermeidbaren Ärzte- und Spitalfehler auszurotten». Bis 2015 sollen nur noch 5 von 100 Patienten im Spital zu Schaden kommen – halb so viele wie in der Schweiz. Während Schottland und andere Länder die beste Qualität anstreben, streitet man bei uns vor allem um die Kosten. Doch Spitäler, Ärzte und Behörden dürfen nicht mehr tolerieren, dass es bei Behandlungen zu so vielen vermeidbaren Verletzten und Todesfällen kommt. Wie nach Abstürzen von Flugzeugen muss aus Fehlern gelernt werden. Nur freiwillige Datenerhebungen, Rücksichtnahmen und Verschweigen unter dem Deckmantel des Datenschutzes sind verantwortungslos.

Urs P. Gasche ist ein auf Gesundheitsfragen spezialisierter Publizist und Redaktor bei Infosperber.ch.

Mit einem neuen Gesetz will der Bundesrat die Qualität im Gesundheitswesen optimieren. Ein Vorschlag mit grossem Potenzial oder doch eher Wunschtraum? Eine Kurzanalyse.

Von Matthias Schenker

# Das Qualitätsgesetz des Bundesrates – Anspruch und Wirkung



**Matthias Schenker**  
ist stellvertretender Leiter  
Gesundheitspolitik der CSS  
[✉ matthias.schenker@css.ch](mailto:matthias.schenker@css.ch)

**B**ei der Lebenserwartung und weiteren Messwerten des Gesundheitszustandes belegt die Schweiz weltweit einen Spitzenplatz. Dies zeigen unter anderem die Zahlen der OECD. Haben wir dies der medizinischen und pflegerischen Qualität im schweizerischen Gesundheitswesen zu verdanken? Die Vermutung liegt nahe – die Beweisführung aber ist schwierig.

## **Fehlende Daten, mangelnde Transparenz**

Um eine solche Aussage zu stützen, bräuchte es konkrete Daten zur Outcome-Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen. Zwar existieren (seit kurzem) entsprechende Daten in einzelnen Leistungsbereichen – unter anderem dank des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Trotzdem gleicht die Suche nach Qualitätsangaben in weiten Teilen des schweizerischen Gesundheitswesens – insbesondere im ambulanten Bereich – der Wanderung durch eine Datenwüste. Es existieren entweder keine Qualitätsdaten und falls doch, mangelt es

häufig an Transparenz aufgrund fehlender Vergleichbarkeit oder mangelnden Willens zur Veröffentlichung. Dabei müssten gerade im Gesundheitswesen transparente Qualitätsdaten eine zentrale Rolle spielen.

## **Grundlage für nachhaltigen Wettbewerb**

Klar ist also: Es braucht transparente, aussagekräftige und vergleichende Daten über die Qualität von Leistungen. Sie bilden die Grundlage für einen fundierten Entscheid von Patientinnen und Patienten, wenn es um die Wahl eines Leistungserbringers und das Einverständnis für oder gegen eine Behandlung geht. Aber auch Leistungserbringer und Versicherer sind auf Qualitätsdaten angewiesen. Nur so können sie gemeinsam eine faire und wirtschaftliche Abgeltung der Leistungen vereinbaren. Denn in einem nachhaltigen Wettbewerb sollten sich die erstatteten Preise nicht nur an einem Kosten-, sondern auch an einem Qualitätsbenchmark orientieren.

## **Ziele des Bundesrates unbestritten**

Aufgrund der bestehenden Defizite hat der Bundesrat das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in die Vernehmlassung geschickt. Das Parlament wird sich voraussichtlich 2015 mit der Vorlage befassen. Die im Vernehmlassungsentwurf formulierten Ziele sind folgerichtig. Unter anderem fordert der Bundesrat in der Grundversicherung eine «Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen». Auch die Förderung der Pa-





Das Qualitätsgesetz alleine garantiert noch lange nicht, dass sich die hohen Ansprüche an die Qualität in der Wirklichkeit widerspiegeln.

tientensicherheit und die Bereitstellung von systematischen wissenschaftlichen Grundlagen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien machen Sinn. Denn gerade im Bereich der konsequenten Beurteilung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen hat auch die Politik grosse Defizite festgestellt.\*

#### Zentrum allein reicht nicht aus

Die Aufgaben und Ziele des geplanten Qualitätszentrums sind im Gesetz also klar definiert und entsprechen einem grossen Bedürfnis. Allerdings werden die Zielsetzungen mit den Tätigkeiten des neuen Qualitätszentrums alleine unerreichbar bleiben. Dies liegt nicht am geplanten Zentrum oder an dessen Aufgaben. Grund ist vielmehr, dass sich mit dem neuen Gesetz nichts an der heutigen Kompetenzverteilung ändert. Bezüglich Qualität sind nach wie vor die Leistungserbringer gefordert, entsprechende Indikatoren zu erarbeiten und deren Überprüfung mit den Vertragspartnern, sprich den Versicherern, zu vereinbaren. Wenn es um die Bewirtschaftung von Leistungen zulasten der Grundversicherung geht, bleibt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die entscheidende

Institution. Schlagen sich die vom Zentrum erarbeiteten Grundlagen bezüglich Qualität und Bewertung von Gesundheitstechnologien nicht in der Praxis der Vertragspartner und des BAG nieder, werden die Ziele des Gesetzes nicht erreicht.

In der Verantwortung stehen also sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer und BAG. Sie alle müssen die erarbeiteten Grundlagen verbindlich in ihre operative Tätigkeit einfließen lassen. Das Zentrum kann und soll also nur unterstützend wirken. Es macht deshalb Sinn, die erwähnten Anspruchsgruppen bereits frühzeitig in die Arbeiten des Zentrums einzubeziehen. Dadurch erhöhen sich dessen Akzeptanz und die Wirkung seiner Aktivitäten. Zwingend ist auch eine paritätische Finanzierung des Zentrums. Nicht allein die Prämienzahlenden sollen die Kosten tragen, sondern auch die in der Verantwortung stehenden Institutionen – zumindest in Bezug auf die Grundlagenarbeiten zur Qualität. Die Bewertung von Gesundheitstechnologien soll wie vorgeschlagen eine vom Bund finanzierte Aufgabe bleiben.

### Die Anspruchsgruppen müssen frühzeitig mitarbeiten können.

#### In Kürze

- Die Ziele des Gesetzes sind folgerichtig.
- Das Qualitätszentrum kann die Ziele nicht alleine erreichen.
- Leistungserbringer und Versicherer müssen deshalb die erarbeiteten Grundlagen umsetzen.

\*GPK-N, Inspektion «Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung». Brief an den Bundesrat, 26.1.2009

Die Erhebung von Qualitätsdaten im schweizerischen Gesundheitssystem ist vordringlich. Doch ohne entsprechende Rahmenbedingungen besteht die Gefahr eines nicht interpretierbaren Datenfriedhofs.

Von Michael Schlander

# Was bringt die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren wirklich?

**G**emäss «NZZ» vom 23. Juli 2009 weiss im schweizerischen Gesundheitssystem «die eine Hand [...] nicht, was die andere tut». Gefragt ist deshalb grösstmögliche Transparenz. Geschehen soll das durch die Erhebung und Veröffentlichung geeigneter Qualitätsindikatoren. Dabei ist Qualitätssicherung im Schweizer Gesundheitswesen kein neues Thema und bereits seit 1996 in KVG und KVV verankert. Seit 2009 sind Leistungserbringer verpflichtet, «den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen». Ebenfalls 2009 hat die SAMW (Akademie für medizinische Wissenschaften) eine Stellungnahme zur «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität» herausgegeben.

## Gefahr eines Datenfriedhofs

Qualitätssicherung besteht wesentlich aus Soll-Ist-Vergleichen; ohne eine Bezugsnorm führt die Erhebung von Qualitätsindikatoren zu einem nicht interpretierbaren Datenfriedhof. Deshalb ist es grundsätzlich richtig, dass der Bund die Schaffung eines «Zentrums für Qualität in der OKP» vorbereitet, dem auch die Zuständigkeit für Health Technology Assessments (HTAs) zugewiesen werden soll. Denn nur bestmöglich faktenbasierte Standards sind geeignet, als Bausteine einer nachhaltigen Qualitätssteigerung und -sicherung im Gesundheitswesen zu dienen. Doch der Bund will mehr, nämlich die «Förderung der Transparenz in Bezug auf die Qualität und den zweckmässigen Einsatz der Leistungen».

Damit stellt sich die Frage, wer von Transparenz profitiert. Zunächst wird man wohl an die Patienten denken.

Erfahrungen in anderen Ländern zeigen aber, dass diese überwiegend Faktoren wie Erreichbarkeit und Hotelleistungen als Entscheidungsgrundlage für die Wahl eines Spitals verwenden. Andere Adressaten sind Zuweiser, Krankenhäuser, Kostenträger sowie Legislative und Exekutive. Sie sind für Entscheide auf verlässliche Daten angewiesen. Es stellt sich das Problem der Fehlanreize und der Manipulationsmöglichkeiten; Stichworte sind etwa zu frühe Entlassungen zur Reduktion von berichtspflichtiger Letalität und Komplikationen, Verlegung von Hochrisikopatienten, Unterlassung riskanter, obgleich indizierter Prozeduren, Reduktion der Behandlung bis hin zur Datenmanipulation.

## Wettbewerb um bestmögliche Qualität

Zentral ist die Idee vom Wettbewerb um bestmögliche Qualität, der letztlich zu ergebnisorientierten Vergütungsmodellen führt. Praktische Erfahrungen mit entsprechenden Modellen liegen vor allem aus den USA und England vor. Die Datenlage zu den Effekten ist international unübersichtlich und hat wiederholt zu der Schlussfolgerung veranlasst, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten keine nachweisbaren positiven Folgen habe und folglich der Qualitätswettbewerb insgesamt nicht trage. «Pay for Performance» geht noch einen Schritt über den Qualitätswettbewerb hinaus, indem statt bloss immaterieller auch finanzielle Anreize zur Verbesserung von Qualitätsindikatoren gesetzt werden. Auch hier ist die Datenlage heterogen. Anders ausgedrückt, entspricht der Stand der internationalen wissenschaftlichen Erkenntnisse zugunsten der Wirkungen von veröffentlichten Qualitätsindikatoren (noch) nicht den anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin. Das sollte nicht davon abhalten, bestehende Chancen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen auszuschöpfen. Es sollte aber zu einer realistischen Einschätzung des Potenzials beitragen, um späteren Enttäuschungen aufgrund überzogener Erwartungen vorzubeugen.



Die **Sicherstellung der Qualität** in der Leistungserbringung ist bereits **seit 1996** im Gesetz verankert.

Der Arzt und Wirtschaftswissenschaftler **Professor Dr. med. Michael Schlander, MBA**, ist Gesundheitsökonom an der Universität Heidelberg und der Hochschule für Wirtschaft sowie Gründungsvorsitzender des gemeinnützigen Institute for Innovation & Valuation in Health Care (InnoValHC) in Wiesbaden.

Gut kochen hat mit Können zu tun. Eine erfolgreiche Köchin muss ohne Zweifel alle Regeln der Kochkunst beherrschen. Das allein reicht aber bei Weitem nicht aus – doch was ist das Geheimnis von Haute Cuisine? Und warum zahlt sich Qualität aus?

Von Irma Dütsch



## Du bist, was du isst

**F**ür ein exzellentes Gericht braucht es mehr als nur ein gutes Rezept. Kochen ist Leidenschaft, benötigt Liebe, Zeit und Geduld. Dasselbe gilt für das Essen. Wer sich keine Zeit nimmt und nur Fertigprodukte isst, weiss gar nicht mehr, wie richtiges Essen schmeckt. Dabei gibt es doch nichts Wichtigeres als qualitatives, wohlschmeckendes Essen. Denn die Nahrungsmittel führen wir unseren Körpern zu, sie sind in unseren Körpern. Somit bist du tatsächlich, was du isst.

Für eine ausgezeichnete Küche sind verschiedene Faktoren entscheidend: das Produkt, die Art zu kochen, das Abschmecken, die Aromen. Und vor allem eine Köchin, die fähig ist, aus diesen Komponenten eine harmonische Kreation zu schaffen. Aber auch Dinge, die vermeintlich nichts mit Kochen zu tun haben, sind für eine «Haute Cuisine» wichtig. So hat die Art, wie man als Gast begrüsst wird, wie der Tisch dekoriert ist und welche Gläser aufgetischt sind, Einfluss auf die Qualität. Dazu gehört auch, wie die Speisen auf dem Teller angerichtet sind – denn unser Auge isst mit. Kurz: Einer der Schlüssel für eine ausgezeichnete Küche liegt in den Details.

Ein weiteres Schlüsselmoment sind die Zutaten. Ein Gericht ist nur so gut wie die Qualität seiner einzelnen Komponenten. Sinnvollerweise wählen wir saisonale Produkte, die frisch sind und im eigenen Land wachsen. Die Schweiz hat glücklicherweise vier Jahreszeiten. Wenn der Frühling kommt, freuen wir uns auf Spargeln, Bärlauch und Erdbeeren. Doch wer hat im Sommer schon Lust auf Sauerkraut, Safran und Scampi? Im Winter aber ist das ein hervorragendes Gericht. Eine gute Köchin lässt sich von den lokalen Märkten und dem Angebot inspirieren. So trifft sie erst noch auf ihre Lieferanten und Produzenten. Dieser persönliche Kontakt ist essenziell, denn der Metz-

ger, der Käser, der Weinbauer sind ebenso wichtig für qualitativ hochstehende Gerichte. Sie alle haben ein grosses Wissen, von dem wir Köche profitieren. Dieser Wissensaustausch und die Auseinandersetzung mit lokalen Produkten bedingen freilich Zeit – aber Qualität kennt keine Eile.

In meinem Metier erlebt man die Qualitätsprüfung unmittelbar: Wenn der Gast die Rechnung zahlt, merken wir sehr genau, ob er gerne zahlt. Und es gibt nichts Schöneres als zufriedene Gäste. Dazu müssen Preis und Qualität übereinstimmen. Ich frage meine Köche oft: «Würdest du für das Gericht, das du gerade an den Tisch schickst, diesen Preis bezahlen?» Als gute Köchin muss man Kontakt zu seinen Gästen haben. Sie müssen spüren, dass sie uns wichtig sind. Auch das ist ein Qualitätsmerkmal. Wir müssen unsere Gäste gern haben und alles transparent machen. Nicht nur woher die Produkte stammen, sondern auch unsere Persönlichkeit. Dies schafft Vertrauen. Denn wie gesagt: Es gibt nichts Intimeres als Nahrung. Du bist, was du isst.

**Kochen ist Wissen.  
Kunstfertigkeit.  
Eine Vision. Kochen  
ist Persönlichkeit.**

### In Kürze

- **Verlieren Sie nie die Details aus dem Blick. Erst die Summe der Einzelteile macht das Ganze aus.**
- **Qualität benötigt Wissen – viel Wissen – und Zeit.**
- **Qualität ist kein überflüssiger Luxus, sondern zahlt sich aus.**

**Irma Dütsch** gehört zur absoluten Spitzenklasse der Schweizer Köche. Sie wuchs als jüngstes Kind einer Bauernfamilie in Gruyères auf. Bereits als kleines Mädchen wollte sie Köchin werden – und erlernte als eine der ersten Schweizerinnen den Kochberuf. Für ihre Kochkunst wurde Irma Dütsch unter anderem mit einem Michelin-Stern und von Gault-Millau mit 18 Punkten ausgezeichnet. Während 30 Jahren führte sie zusammen mit ihrem Mann das Restaurant Fletschhorn in Saas-Fee. Heute arbeitet sie als Beraterin, Autorin und Gastköchin.

Braucht es in Qualitätsfragen mehr Transparenz? Über diese Frage debattieren der Luzerner Gesundheitsdirektor Guido Graf und Nello Castelli, Generalsekretär des Genolier Swiss Medical Network.

Interview Patrick Rohr

# «Am liebsten hätte ich eine Art TripAdvisor für Spitäler»

**Vorweg, damit wir vom Gleichen reden: Wie definieren Sie, Herr Castelli, als Leistungserbringer und Sie, Herr Graf, als Leistungseinkäufer den Begriff «Qualität»?**

Guido Graf (GG): «Unter Qualität in der Medizin verstehe ich nichts anderes, als ich auch zum Beispiel unter Qualität beim Autokauf verstehe: Die gewünschte Leistung muss gut erbracht werden, und das Resultat muss messbar sein. Wie im Sport, da ist klar messbar, wer der Beste ist. Und deshalb kann man vergleichen.»

Nello Castelli (NC): «Das sehe ich auch so. Die Qualität muss auch in der Medizin messbar sein, denn die Gesundheit ist das Wichtigste für den Menschen, also muss man die Qualität nach klaren Vorgaben eruieren können.»

**Guido Graf**, Regierungsrat (CVP) des Kantons Luzern, seit 2010 Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements. Davor war der gelernte Bautechniker und diplomierte Verbands-/NPO-Manager Unternehmer.



**Das klingt überzeugend! Nur ist das Problem, dass der Patient, die Patientin heute nicht weiss, was gemessen und verglichen wird. Es gibt diesbezüglich keine Transparenz!**

NC: «Es gibt Transparenz, aber es stimmt, für die Patienten sind die Resultate schwer zu evaluieren. Man spricht zum Beispiel von ISO-Zertifizierungen, aber das sagt den meisten Patienten nicht viel. Wir sind der Meinung, dass ein Label wie «Swiss Leading Hospitals» oder vielleicht eine Genolier-interne und -externe unabhängige Zertifizierung erfolgreicher sein könnten.»

**Aber das würde ja nicht mehr Vergleichsmöglichkeiten bringen.**

NC: «Wahrscheinlich nicht, das stimmt. Deshalb dürfen wir nicht nur Prozesse und Strukturen bewerten, sondern müssen auch die Ergebnisse betrachten. Und das ist der Teil, der schwierig ist.»

**Warum?**

NC: «Es gibt von den Ärzten einen grossen Widerstand dagegen. Als Direktionsmitglied der Genolier-Gruppe finde ich allerdings, solche Messungen und Vergleiche sollten möglich sein und publik gemacht werden. Am liebsten hätte ich eine Art TripAdvisor für Spitäler. Bis in einigen Jahren sollte jeder Patient und jede Patientin ganz einfach herausfinden können, wie hoch die Garantie für die Qualität in diesem oder jenem Spital ist.»

**Das überrascht mich jetzt! Sie scheitern mit diesem Anspruch an den Ärzten?**

NC: «Ja. Und ich sage das ganz generell für alle Ärzte, nicht nur für unsere. Natürlich ist die Evaluation der medizinischen

**Nello Castelli**, Generalsekretär des Genolier Swiss Medical Network. Bis 2013 war der Jurist stv. Geschäftsführer bei der Vereinigung Schweizerischer Privatbankiers und Direktionsmitglied bei santésuisse.



Leistungen nicht einfach, aber sie ist möglich. Die Equam-Stiftung in Basel macht sie zum Beispiel bereits.»

**Herr Graf, wir hören hier ein klares Statement von einem Leistungserbringer. Sehen Sie das als Leistungseinkäufer gleich?**

GG: «Ich übernehme in diesem Bereich ja eine andere Rolle, ich übernehme die Aufsicht über die Spitäler, welche auf der Spitalliste sind.»

**Dann müssten Sie ja umso mehr ein hohes Interesse an möglichst grosser Transparenz haben.**

GG: «Ja, dieses Interesse habe ich auch. Aber ich muss Ihnen auch sagen, dass ich denke, dass die Qualität in unseren Spitälern im Vergleich zu unseren Nachbarländern nicht schlechter ist. Aber natürlich, was wir vermeiden können – Todesfälle, Schadensfälle –, müssen wir

vermeiden. In diesem Punkt müssen wir uns noch etwas bewegen.»

**Allerdings! Das Bundesamt für Gesundheit spricht konkret von jährlich 5000 Todesfällen und 120 000 Schadensfällen in Schweizer Spitälern. Und es sagt auch, dass mehr Transparenz zu einer Reduktion von etwa der Hälfte dieser Fälle führen würde.**

GG: «Bei uns im Kanton müssen alle Listenspitäler dem Verein ANQ angeschlossen sein, dem nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Die Erhebungen des ANQ kann man miteinander vergleichen. Ausserdem verlange ich von unseren Spitälern jährlich die Beschwerden der Patienten. Wenn es da Punkte gibt, die die Qualität betreffen, kann ich reagieren. Ich stelle in dieser Beziehung bei unseren Spitälern eine grosse Offenheit fest. Aber klar, Qualität kann man

immer verbessern, und vielleicht müsste man das Thema am besten national angehen.»

**Das ist der Punkt: Seit 2012 haben wir die freie Spitalwahl. Es nützt wenig, wenn ich weiss, dass Regierungsrat Graf im Kanton Luzern ganz genau hinschaut, aber es im Nachbarkanton möglicherweise ganz anders läuft.**

GG: «Richtig, es gibt Qualitätskriterien, die für alle gleich sein sollten und die man offen auf den Tisch legen sollte.»

**Zum Beispiel?**

GG: «Die <blutige Entlassung>, also wenn ein Patient oder eine Patientin zu früh aus dem Spital entlassen wird. Das will ja auch das Spital nicht, sonst gibt es eine sogenannte <Garantiearbeit> – das heisst, der Patient kommt zurück ins Spital, und dieses bekommt dafür keine neue Pauschale.»

→



→ **Aber ist nicht genau das das Problem? Mit der Fallpauschale wird jeder vergleichbare Fall gleich abgegolten, egal, wie die Qualität ist. Müsste der Preis nicht viel eher ein Abbild der Qualität sein, damit die Spitäler auch wirklich einen Anreiz haben, gute Qualität zu liefern?**

NC: «Diesen Anreiz haben wir doch heute schon. Der Patient kann frei entscheiden, in welches Spital er gehen will. Und er wählt das Spital, das die beste Qualität liefert. Aber es ist schon klar, um wirklich entscheiden zu können, bräuchte er mehr Transparenz.»

GG: «Nehmen wir zum Beispiel an, jemand geht bei uns im Kanton Luzern ins Kantonsspital und wird zu früh entlassen. Dieser Patient will dann sicher nicht mehr zurück ins Kantonsspital. Wer nicht zufrieden ist mit einer Leistung, der sucht sich beim nächsten Mal ein

anderes Spital. Der Wettbewerb bietet bereits genug Anreiz für gute Qualität.»

**Moment, das scheint mir jetzt doch etwas gar einfach: Wenn etwas schiefgeht, kann sich der Patient für ein anderes Spital entscheiden – er hat ja die Wahl? Damit stellen Sie sich eben doch gegen mehr Transparenz!**

GG: «Herr Rohr, jetzt hören Sie mal: Glauben Sie, ein Spital ist auf der Spitalliste, wenn es die Qualität nicht sicherstellen kann? Wenn es eine Gefahr gibt für die Patienten, nehme ich dieses Spital von der Spitalliste oder schliesse es. Hier hat die Aufsicht eine Verantwortung, und der Patient muss darauf vertrauen, dass wir diese wahrnehmen.»

**Auf die Liste kommen aber auch Spitäler, die in einem bestimmten Bereich höchstens ein bis zwei Operationen**

**im Jahr durchführen. So gesehen sagt die Liste wenig aus über die Qualität. Bräuchte es nicht viel mehr spezialisierte Zentren, damit der Patient wirklich auf die Qualität vertrauen kann?**

GG: «In der hoch spezialisierten Medizin wurde schon sehr viel zusammengelegt. Aber ich bin mit Ihnen einig, dass wir hier Nachholbedarf haben. Es ist klar, dass jemand, der zwei oder drei Fälle im Jahr behandelt, nicht die gleiche Qualität bieten kann wie jemand, der für 50 Fälle zuständig ist. Doch die Zusammenarbeit unter den Spitälern funktio-

**«Der Wettbewerb bietet bereits genug Anreiz für gute Qualität.»**

Guido Graf

niert in diesem Bereich schon heute. Die Kantone Luzern und Nidwalden tauschen zum Beispiel Spezialisten aus. Aber das ist erst der Anfang, da wird sich noch einiges bewegen.»

**Herr Graf, mir fällt auf, dass Sie das bestehende System verteidigen. Hat das auch mit der schwierigen Rolle zu tun, in der Sie sich befinden? Der Kanton ist einerseits Leistungseinkäufer und Aufsichtsorgan – und auf der anderen Seite auch Leistungserbringer. Können Sie da überhaupt ein Interesse an vollständiger Transparenz haben?**

GG: «In meinem früheren Leben war ich Unternehmer. Als ich vor bald fünf Jahren in die Regierung kam, sagte ich: Bei mir haben alle die gleich langen Spiesse. Das Luzerner Kantonsspital ist eine eigene Firma mit einem eigenen Spitalrat. Es hat von uns einen Leistungsauftrag wie ein privates Spital auch. Im Gegenzug erhalten die privaten Spitäler die gleichen gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie das Kantonsspital. Ich mache ja auch keine Bettenplanung, wie das einige Kantone machen, sondern ich will wirklich den Wettbewerb spielen lassen. Und damit habe ich früher als Unternehmer und auch jetzt als Gesundheitsdirektor gute Erfahrungen gemacht.»

**Herr Castelli, denken Sie als Leistungserbringer, dass die Kantone diese Doppelrolle glaubhaft wahrnehmen können?**

NC: «Ich bin mit der Einstellung von Herrn Regierungsrat Graf sehr zufrieden. Mich freut zu hören, dass er das Gesundheitswesen als Unternehmer anschaut und den Wettbewerb spielen lässt. Genau so sollte es auch mit den Qualitätskriterien sein. Denn schliesslich liegt es in unserem Interesse als Unternehmer, gute Qualität zu bieten, denn wenn die Leistungen schlecht sind, wird niemand zu uns kommen.

Das Problem der Rolle des Kantons besteht in der unterschiedlichen Praxis zwischen den Kantonen. In der Romandie sieht man oft, dass einige Ihrer Kollegen, Herr Graf, sagen: Als Regierungsrat bin ich der Chef des Kantonsspitals, also entscheide ich für mein Spital! Das führt zu Protektionismus und verhindert den Wettbewerb. Und dann hat der Patient gar keine freie Wahl.»

**Künftig soll die Qualitätssicherung nicht mehr nur Sache der Kantone, sondern auch des Bundes sein. Der Bundesrat hat ein Gesetz für ein nationales Qualitätszentrum in Auftrag gegeben, welches das Parlament voraussichtlich im Frühling 2015 behandeln wird. Denken**

**Sie, dass das Qualitätszentrum eine Verbesserung bringen könnte?**

GG: «Das sehe ich auf jeden Fall so, und ich unterstütze dieses Zentrum daher auch. Mir ist aber wichtig, dass die Kantone und vor allem auch die Medizin in den Prozess eingebunden werden.»

**Was könnte das Qualitätszentrum denn an Verbesserungen gegenüber heute bringen?**

GG: «Wir haben 26 Kantone und gleich viele Systeme für die Qualitätssicherung. Wenn das künftig jemand zentral bewirtschaftet und laufend weiterentwickelt, ist das eine grosse Unterstützung für die Kantone.»

**Herr Castelli, sehen Sie das gleich?**

NC: «Nein, ich bin total gegen das nationale Qualitätszentrum.»

**Wie bitte?**

NC: «Ja, weil man in diesem Vorschlag Qualität und Wirtschaftlichkeit vermischt. Wir haben doch schon heute genügend Qualitätskriterien und Möglichkeiten, die Qualität zu messen. Das ist nicht das Problem. Das Qualitätszentrum ist höchstens ein Schritt Richtung Verstaatlichung, es bringt nicht mehr Transparenz.»

GG: «Aber, Herr Castelli, schauen wir uns doch einmal die heutige Situation an. Wir haben viele verschiedene Qualitätssysteme: den ANQ, das Medical Board in Zürich, die ISO-Standards etc. Sie haben ja selber gesagt, dass der Patient das gar nicht verstehen kann. Da wäre mir ein nationales Qualitätszentrum viel

lieber. Einerseits würden wir Aufwände einsparen, andererseits hätte es auch der Patient etwas einfacher, wenn er vergleichen möchte.»

**Das müssten Sie doch unterstützen, Herr Castelli?**

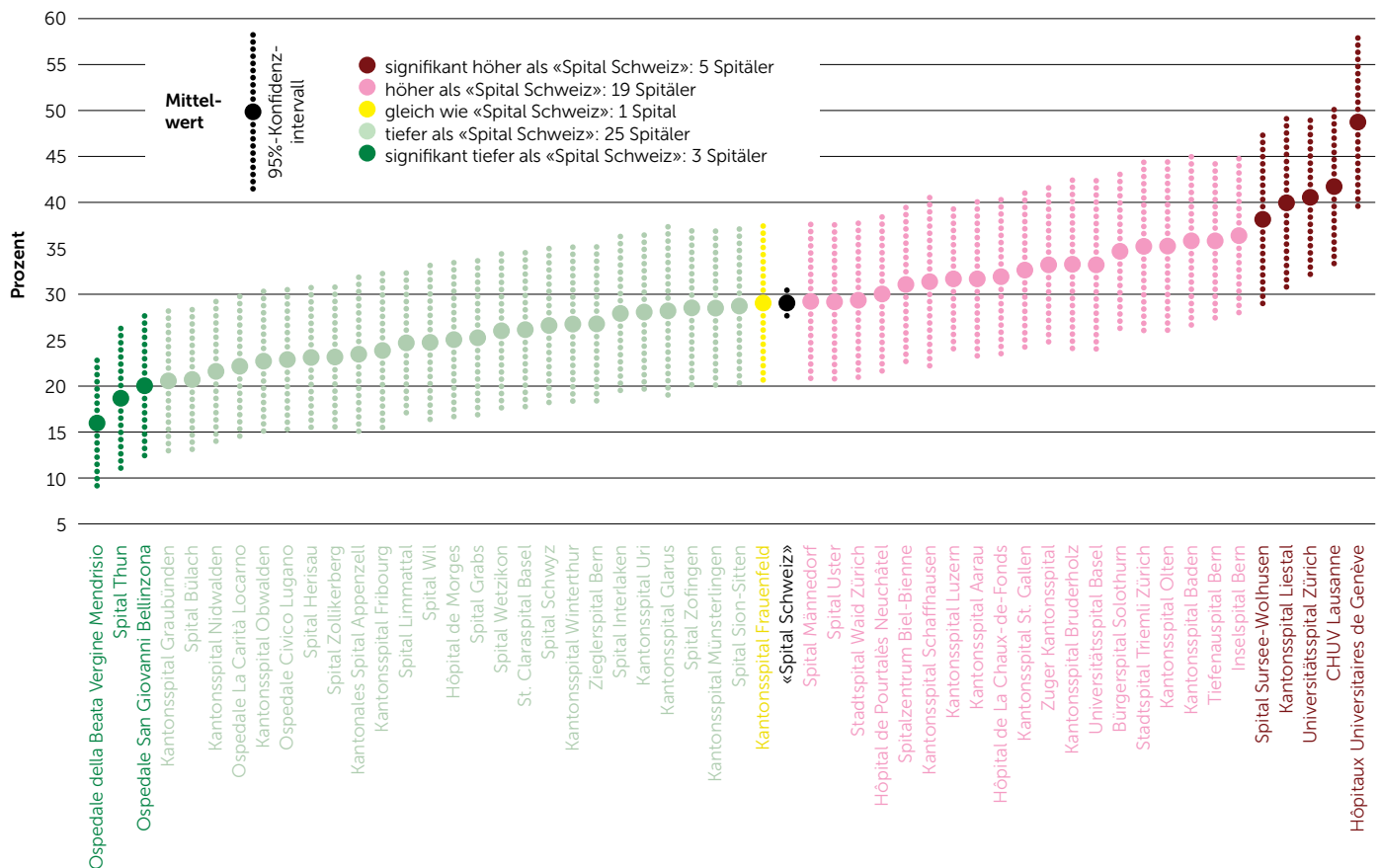
NC: «Nein. Ich mache gerne den Vergleich mit anderen Bereichen, in denen es einen Wettbewerb gibt. Ich kaufe zum Beispiel gern Biogemüse. Da habe ich die Wahl zwischen verschiedenen Labels, das finde ich gut.»

**Sie plädieren für völlige Transparenz – und sagen gleichzeitig, dass Sie einen Wettbewerb wie bei den Biolabels begrüßen würden? Gerade die Biolabels sind für mich etwas vom Intransparentesten, als Kunde weiss ich nicht, wer hinter welchem Label und wofür welches Label steht.**

NC: «Wenn wir keinen Wettbewerb haben, wie sollen wir dann die Ärzte motivieren, sich für mehr Transparenz einzusetzen? Wenn es nur eine nationale Stelle gibt, gibt es keinen Wettbewerb und folglich nicht mehr Transparenz. Wir brauchen den Wettbewerb, auch bei der Qualitätsmessung.»

**Patrick Rohr**, Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater. Bis 2007 Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»). Autor von drei Kommunikationsratgebern.





Spitalranking 2007 von Comparis: Kombinierte Wiedereintritts-, Infektions- und Fehlerrate.

Comparis möchte die Zufriedenheit von Patienten systematisch messen. Damit erhalte die Diskussion über Qualität in den Spitälern neuen Auftrieb.

Von Felix Schneuwly

# Warum sind zufriedene Patienten so wichtig?

**W**er den Wettbewerb um medizinische Qualität gewinnen will, darf eines nicht aus den Augen verlieren: die zufriedenen Patienten. Die Tarifpartner dürfen also in ihren Verhandlungen über die Vergütung medizinischer Leistungen nicht nur auf die Kosten fokussieren. Auch das Preis-Leistungs-Verhältnis muss eine Rolle spielen. Die jetzige Vergütungspraxis lässt nämlich ausser Acht, dass die Qualität der medizinischen Leistungen nicht bei jedem Leistungserbringer und zu jedem Zeitpunkt die gleiche ist. Darum ist es für die Bewertung medi-

zischer Qualität wichtig, die Patientenzufriedenheit (PaZu) systematisch zu messen und transparent zu machen. PaZu-Daten sind eine wichtige Voraussetzung, damit die freie Arzt- und Spitalwahl nicht bloss auf blindem Vertrauen basiert. Der Vergleichsdienst Comparis möchte daher künftig gemeinsam mit den Krankenversicherern Patienten nach ihrem Klinikaufenthalt anonym befragen.

## Ranking sorgte für Aufsehen

Bereits 2007 hatte Comparis mit einem Spitalvergleich (vgl. Abbildung oben) für Aufsehen gesorgt und



die Ärzte sowie die Spitäler provoziert. Trotz massiver Kritik am Studiendesign und an der Aussagekraft der publizierten Infektions-, Rehospitalisations- und Fehlerdaten gelang es mit diesem Spitalranking, auf die «Dunkelkammer» Qualität aufmerksam zu machen und positive Entwicklungen anzustossen.

Selbstverständlich können Laien nicht beurteilen, ob eine Operation fachlich korrekt und nach dem neusten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchgeführt wurde. Aber sie können sehr wohl beurteilen, ob die ihnen in Aussicht gestellten Behandlungsziele erreicht, ihre Anliegen ernst genommen und ihre Fragen beantwortet worden sind. Genauso können sie berichten, ob sie ihre Krankengeschichte mehrmals erzählen mussten oder Untersuchungen mehrmals durchgeführt wurden, weil der Informationsfluss zwischen Hausarzt und Spital oder im Spital nicht klappte.

### Zufriedenheit systematisch erfassen

An diesen Punkten setzt Comparis an. Die PaZu soll künftig nicht nur in einer einmaligen Umfrage gemessen werden, sondern mit einer systematischen, von Leistungserbringern und Versicherern unabhängigen Befragung der Patienten nach Spitalaufenthalten. Die Ergebnisse der Umfrage unterstützen Patienten bei einer fundierten freien Arzt- oder Spitalwahl. Denn zu wissen, in welchem Spital und bei welchem Operationsteam die Patienten mit der Operation des Meniskus zufrieden sind, ist für Patienten ebenso wichtig wie die Empfehlung des Hausarztes.

PaZu-Daten sind aber nicht nur für Patienten hilfreich, sondern auch für Versicherer und Leistungserbringer. Spitäler können sich dank dieser Informationen in den Tarifverhandlungen mit den Kassen in bestimmten Leistungsbereichen von der Konkurrenz abheben. Den Versicherern wiederum dienen PaZu-Daten bei den Vertragsverhandlungen mit den Spitälern und bei der Unterstützung und Beratung ihrer Kunden, damit diese im Krankheitsfall die besten medizinischen Angebote wählen können.

### Solide Basis für Wettbewerb

Das Vergütungssystem mit Fallpauschalpreisen nach SwissDRG ermöglicht ebenso eine Risikoadjustierung der PaZu wie Mortalitäts-, Infektions- und Fehlerdaten. Dadurch werden Spitäler mit den eher schweren Krankheitsfällen nicht benachteiligt. Zusammen mit einem morbiditätsorientierten Risikoausgleich ist das eine solide Basis für einen Wettbewerb unter Versicherern und unter Spitälern.

Sie kommen auf diese Weise weg vom Kosten-runter-Fokus, hin zum besten Preis-Leistungs-Verhältnis. PaZu-Daten werden selbstverständlich auch der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt.

Comparis möchte PaZu-Umfragen im Auftrag der Krankenversicherer durchführen. Dazu würden die teilnehmenden Versicherer ei-

nem zertifizierten Lettershop die Angaben liefern, welche Versicherten kürzlich im Spital waren und den PaZu-Fragebogen per Post oder elektronisch erhalten sollen. Comparis bekommt vom Lettershop für jeden Empfänger eine ID-Nummer. So bleibt die Anonymität der Patienten gesichert. Gleichzeitig kann so einer Person X via Lettershop eine Erinnerung geschickt werden, falls diese den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hat.

Comparis wertet die PaZu-Daten für die teilnehmenden Versicherer, für den PaZu-Vergleich, für die Versorgungsforschung sowie für die Öffentlichkeit aus. Auf dem PaZu-Rechner kann also jeder Patient vor einer Operation sehen, wie zufrieden die bisher operierten Patienten in einem Spital waren. Ein wissenschaftlicher Beirat wird dafür sorgen, dass PaZu nach State of the Art konzipiert, durchgeführt und weiterentwickelt wird, wie es vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) verlangt wird. Das eigens ausgefertigte Konzept erfüllt die Anforderungen des Datenschutzes.

Die Verhandlungen mit den Krankenversicherern laufen bereits. Sobald die entsprechenden Verträge unterzeichnet sind, wird der Beirat aktiv, und der Aufbau von PaZu kann beginnen. Die ersten Befragungen sollen nach jetzigem Stand bereits im kommenden Jahr durchgeführt werden. Die ersten Ergebnisse werden publiziert, sobald genügend Daten vorliegen, um statistisch signifikante Aussagen machen zu können.

## Patienten können beurteilen, ob die Behandlungsziele erreicht wurden.



**Felix Schneuwly**, Berufslehre als Sanitärinstallateur, Studium in Psychologie, Berufsberatung und Journalistik sowie berufsbegleitendes Nachdiplomstudium in Business and Administration (Executive MBA). Tätigkeit in verschiedenen Verbänden des Sozial- und Gesundheitswesens, u.a. als Leiter Politik und Kommunikation bei santésuisse und seit 2012 Head of Public Affairs der comparis.ch AG.

### In Kürze

- Comparis will mit Krankenversicherern Patienten anonym und systematisch befragen.
- Ziel: Wettbewerb weg vom Kosten-runter-Fokus, hin zum Preis-Leistungs-Verhältnis.
- Ergebnisse sollen die Patienten bei fundierter Arzt- und Spitalwahl unterstützen.



## «Ein Akt der Solidarität»



**Beda M. Stadler**, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschafts-politischen Themen.

**B**ei der Qualität will niemand Kompromisse eingehen. Bei der Gesundheit geht die Mehrheit der Schweizer so weit, dass sie Medikamente ohne Nebenwirkungen wollen. Leider hat jedes Medikament, das wirkt, auch Nebenwirkungen. Das kann man umdrehen: Ein Medikament, das keine Nebenwirkungen hat, hat auch keine Wirkung.

Werfen Sie also alle Präparate in den Abfalleimer, die keine Nebenwirkungen haben. Falls ein derartiges «Medikament» bei Ihnen trotzdem wirkt, sind Sie nicht krank, oder Sie beobachten an sich eine normale Selbstheilung, die Placebowirkung. Die Qualität eines Medikamentes wird unabhängig von der Meinung des Patienten festgestellt. Man tut dies an Hand von klinischen Studien. Das Argument «Bei mir hat es gewirkt!» ist gleich wertvoll wie die Meinung einiger Zeitgenossen, die Welt sei flach.

Während der letzten zwei Pandemiehysterien, die ja nur normale Grippejahre waren, kriegte ich Telefonate von besorgten Müttern, die ihre Kinder impfen lassen wollten. Die Impfstoffe waren allerdings noch nicht für Kleinstkinder zugelassen, was meist zu einer Empörung der besorgten Mütter führte. Fragte ich die Mütter, ob sie bereit wären, an ihrem Kind einen Impfstoff zu testen, fand sich keine, die dazu bereit gewesen wäre. Qualität zu fordern, ist also nicht sehr schwierig. Selber einen Beitrag zu leisten, ist schon etwas schwieriger.

Die meisten Patienten verstehen unter Qualität im Gesundheitswesen bloss das persönliche Wohlergehen. In anderen Lebensbereichen sind wir nüchterner. Niemand würde freiwillig in ein Flugzeug steigen, wohl wissend, der Pilot ist besoffen. Es protestiert aber kaum jemand, in ein Spital oder in eine Praxis zu gehen, wo die meisten Pflegenden nicht gegen die Grippe geimpft sind. Das ist eigenartig, sterben doch jährlich wesentlich mehr Menschen an der Grippe als an Flugzeugabstürzen. Impfen hat in dem Sinn eben nichts mit Eigennutz, also Schutz vor Ansteckung, zu tun, sondern ist ein Akt der Solidarität. Wer Menschen betreut, die von einem abhängig sind, von der Kindergärtnerin bis zum Gefangenenwärter, sollte geimpft sein, genauso wie wir erwarten, dass Piloten und Chauffeure nüchtern sind.

Das beste Mass für Qualität im Gesundheitswesen scheint mir daher unser eigenes biologisches Programm zu sein: «Was du nicht willst, das man dir tu, das füg auch keinem andern zu.» Früher nannte man dieses Verhalten «Moral». Heute weiss man, jeder hat es, nicht gleich stark ausgeprägt, aber immerhin.

**Niemand würde freiwillig in ein Flugzeug steigen, wohl wissend, der Pilot ist besoffen.**

Das klinische Risikomanagement hat in den Schweizer Spitälern Fuss gefasst. Noch ist ein umfassendes, systematisches Vorgehen zur Erhöhung der Patientensicherheit jedoch eher selten.

Von Oliver Kessler und Matthias Briner, Hochschule Luzern

# Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern

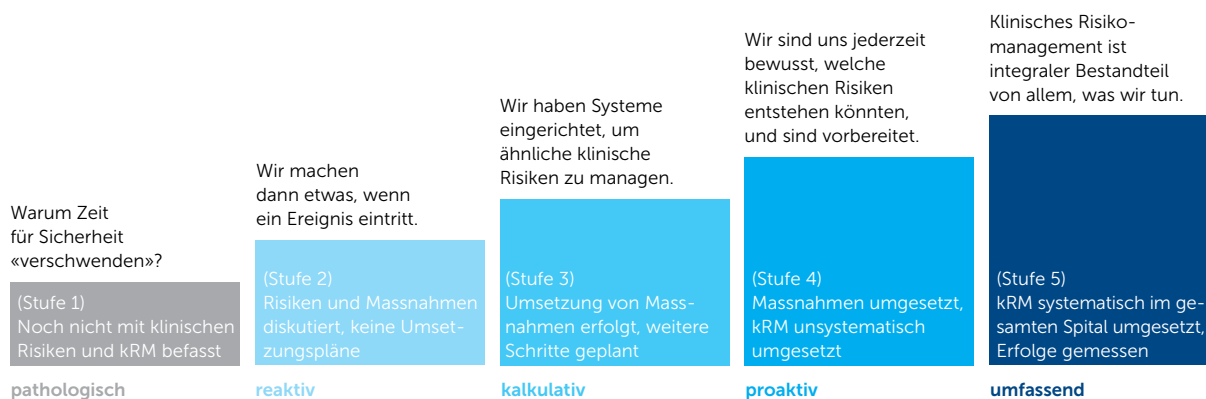
**K**linisches Risikomanagement (kRM) unterstützt Spitäler auf dem Weg zu einer verbesserten Patientensicherheit. Doch wie gut wird kRM in der Schweiz umgesetzt? Im ersten nationalen Forschungsprojekt zum kRM haben die Hochschule Luzern – Wirtschaft und die ETH Zürich in den Jahren 2007 und 2010 den Entwicklungsstand des kRM in Schweizer Spitälern untersucht (Briner et al. 2013). Erfreulicherweise zeigen sich eine vermehrte organisationale Verankerung des Themas und eine zunehmend systematischere Umsetzung des kRM.

Unabhängig von strukturellen Gegebenheiten wie Spitaltyp, Spitalgrösse oder Trägerschaft wurden folgende organisationalen Aspekte als wichtige Einflussfaktoren für ein weiterentwickeltes kRM identifiziert: Eine «kRM-Strategie» des Spitals liegt vor, die zentrale Koordination des kRM ist sichergestellt, und der Austausch zwischen einzelnen Departementen/Kliniken über kRM-Themen ist institutionalisiert. Um den Reifegrad des kRM eines Spitals zu bestimmen, wurde das transtheoretische Modell (Prochaska et al. 2001) adaptiert (siehe Abbildung) und verschiedene kRM-Indizes entwickelt. Aufgrund der Erkenntnisse der Patientensicherheitsforschung (u.a. Shekelle et al. 2013) und einer kRM-Analyse eines Spitals können zielgerichtet Massnahmen entwickelt werden, die den spitalspezifischen Bedürfnissen entsprechen. Doch was ist der Nutzen eines gut entwickelten kRM? Bis jetzt ist es in der Schweiz nur in Teilbereichen möglich, die Zusammenhänge zwischen organisationalen Faktoren und den effektiven Behandlungsergebnissen

(Outcome) herzustellen. Auf nationaler Ebene sind zunehmend standardisierte Qualitäts- und Patientensicherheitsdaten verfügbar. Die Indikatoren werden dank umfangreicher Bemühungen laufend aussagekräftiger, doch die Leistungen und Outcomes der Spitäler sind oft nur mit Vorbehalten vergleichbar. Methodische, politische und institutionelle Herausforderungen führen teilweise zu einer fehlenden Transparenz, die die Umsetzung von nationalen Strategien erschwert. Nationale und lokale Programme zur Erhöhung der Patientensicherheit sind wichtig, und gleichzeitig sollte die Qualität der Datenlage weiter verbessert werden. Auf allen Ebenen (Bund, Kantone, Verbände, Spitäler usw.) können gezielt – und wenn möglich evidenzbasiert – Ressourcen investiert werden, die die Sicherheit erhöhen, Leid verhindern und auch ökonomisch rentabel sind. Die Führungspersonen, aber auch alle Mitarbeitenden der Spitäler gestalten die Umsetzung konkreter Massnahmen sowie die bewusste Weiterentwicklung der Qualitäts- und Sicherheitskultur mit. Die Einführung eines systematischen klinischen Risikomanagements kann dabei ein hilfreicher Schritt sein.

**Oliver Kessler** ist Dozent und Leiter Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management der Hochschule Luzern – Wirtschaft. **Dr. Matthias Briner** ist Dozent der Hochschule Luzern – Wirtschaft und der FHNW – Hochschule für Angewandte Psychologie.

Weitere Informationen und Quellen zum Thema: [www.rms.ethz.ch](http://www.rms.ethz.ch)



Reifegrade des klinischen Risikomanagements und der Sicherheitskultur (vgl. Parker et al. 2006 und Prochaska et al. 2001).



## Wir brauchen **mehr** **Transparenz.**

Wie finde ich bloss den besten Leistungserbringer, und auf welcher Basis entscheide ich mich für oder gegen eine Behandlung? Transparente, aussagekräftige und vergleichbare Daten über die Qualität von Leistungen: Das brauchen wir!

## Der Qualitätswettbewerb **n'existe pas.**

Wer mehr behandelt, kriegt mehr Geld. So einfach ist das. Und schlechte Qualität wird nicht mal bestraft. Das fördert ja geradezu Überversorgung mit fragwürdiger Qualität. Wirklich nutzbringende Behandlungen werden so nicht gerade gefördert.

## Wie steht es um die **Qualität?**

Beim Gemüse gibt's Qualitätskontrollen. Und bei den Gesundheitsleistungen in der Schweiz? Fehlanzeige! Die Behandlungsergebnisse werden kaum vergleichbar erhoben und wenn doch, sind sie schwer zugänglich. Ein echtes Problem, wenn man bedenkt, dass jährlich rund 5000 Menschen wegen eines Fehlers in einem Schweizer Akutspital sterben.