



Qualität: Zwischen Utopie und Realität

Für ein qualitative Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Ein Dossier von:

- Antoine Bailly, Universität Genf
- Martin Bernhardt, Gruppe Médiométrie der Universität Genf

in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Gruppe *Forum 2005 Santé-Gesundheit*:

- Gaudenz Bachmann, Helsana, Managed Care, Zürich
- Arno Brandt, Institut für Medizininformatik und Biostatistik, Riehen
- Olivier Bugnon, Schweizerischer Apothekerverband, Liebefeld
- Jean-Pierre Desjacques, Santésuisse, Solothurn
- Jean-Louis Franzetti, Sanofi-Synthelabo (Schweiz) A.G., Meyrin
- Mauro Gabella, Sanofi-Synthelabo (Schweiz) A.G., Meyrin
- Yves Guisan, Hôpital du Pays d'Enhaut, Château-d'Oex
- Babette Hünenberger, Schweizerische Patientenorganisation, Lausanne
- Andreas Luginbühl, Kantonsspital Liestal
- Jean-Philippe Reymond, Zentralinstitut der Walliser Spitäler, Sitten

Eine Forschungsgruppe für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie,

in Partnerschaft mit

der Gruppe Médiométrie der Universität Genf

und

Sanofi-Synthelabo (Schweiz) A.G.

Vorstellung der Arbeitsergebnisse des Jahres 2001 an der

Tagung *Forum 2005 Santé - Gesundheit*

am 17. Januar 2002 in Interlaken.

www.forum-sante-2000.ch

Inhalt

1. Qualitätsbewertung: eine unabwendbare Entwicklung	3
2. Qualität überall und für alle	4
3. Kontrolle und Finanzierung der Bewertungen.....	7
4. Unterschiedliches Qualitätsverständnis	7
Die Qualität für den Patienten.....	7
Der Standpunkt des Arztes.....	8
Die Qualität für die Pharmaindustrie.....	10
Die Qualität für den Apotheker	11
Die Sicht der Krankenversicherer	12
5. Ziele, Kriterien und qualitätshemmende Faktoren	14
6. Für einen ganzheitlichen Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen	16
7. Wie lassen sich die qualitätshemmenden Faktoren ausschalten?.....	18
8. Die Diskussion	20
9. Zusammenfassung der Empfehlungen	24
Bibliographie.....	25
Bücher, Artikel	25
Dossiers Forum 2005 Santé-Gesundheit	25
Websites	26
Gesetzesartikel	28

Forum 2005 Santé-Gesundheit ist eine unabhängige Gruppe. Ihre Mitglieder wirken in persönlicher Eigenschaft mit und beziehen keinerlei Vergütung oder Entschädigung. Die Meinungen des Forums 2005 Santé-Gesundheit sind diejenigen frei urteilender Personen, die sich für eine bessere Gesundheitspolitik in der Schweiz einsetzen.

1. Qualitätsbewertung: eine unabwendbare Entwicklung

Es mag utopisch scheinen, sich für eine Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen einzusetzen, nicht zuletzt deshalb, weil individualisierte therapeutische Behandlung so komplex ist. Und doch ist Qualität nicht nur ein Gebot der Berufsethik, sondern im Gesundheitswesen auch eine gesetzlich verankerte Pflicht. Gerade heute, wo das kaum beherrschbare Wachstum der Gesundheitsausgaben Zweifel an der Beibehaltung des bisherigen Systems aufkommen lässt, wird die Qualität mit Sicherheit zu einem massgebenden Kriterium bei der Wahl zukunftsfähiger Strategien werden.

Zum Schweizer Gesundheitswesen müssen zwei einfache Fragen gestellt werden:

- Ist es längerfristig in der Lage, die gesamte Bevölkerung mit qualitativ hochstehenden Pflege- und Präventionsleistungen zu versorgen?
- Kann es die zunehmende Zahl älterer Menschen betreuen, die an chronischen Krankheiten leiden, und wird es die oft teuren modernen Techniken und Produkte noch einsetzen können?

Diese Fragen sind brennend aktuell zu einer Zeit, wo bisherige Praktiken in Frage gestellt, die Infrastrukturen des Gesundheitswesens umgestaltet und die Gesundheitsbudgets beschnitten werden.

Zu den wesentlichen Aufgaben gehört eine umfassende Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen, um wichtige Fragen beantworten zu können, namentlich:

- Können alle Patienten eine sachgerechte (wirksame, sichere und wirtschaftliche) Versorgung rund um die Uhr in Anspruch nehmen?
- Haben alle Patienten Zugang zu Daten über die Qualität der geleisteten Dienste und über ihre Behandlung?
- Können alle Gesundheitsberufe nach ethischem Gebot die jeweils geeignetsten Produkte und Techniken einsetzen, und können sie hochwertige Präventionsarbeit leisten?

Zentral geht es bei diesen Fragen nicht nur um die Qualität der Pflege und ihre Bewertung, sondern noch mehr um die Mittel, welche die angestrebte Qualität ermöglichen.

Tabelle 1: Die Pyramide der Qualitätskonzepte

Qualität:	Fähigkeit; Eignung eine Zielsetzung zu erreichen
Qualitätskontrolle:	Qualitätsbewertung über eine bestimmte Zeit
Qualitätsgarantie:	Qualitätskontrolle und Optimierung der Strukturen
Qualitätsmanagement:	Qualitätsgarantie und Optimierung der Prozesse
Disease Management:	Qualitätsmanagement und Optimierung der Ergebnisse für eine bestimmte Krankheit
Health Management:	Disease Management und Mitwirkung der Patienten im Rahmen eines globalen Ansatzes

2. Qualität überall und für alle

Qualität ist Mode: Qualität der Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Qualität der Infrastrukturen, der Behandlungen und der Medikamente, der Dienstleistungen und des Personals ... Das gilt auch für das KVG, das im Artikel 58 auf die Qualität Bezug nimmt wie auch im Artikel 77 der Durchführungsverordnung (siehe Anhang 1). Daneben gibt es Qualitätszirkel und Qualitätslabels ... aber mit jeweils verschiedener Bedeutung: während die ersteren die Qualität der Leistungen durch begleitende Massnahmen verbessern wollen, geht es bei den letzteren, wie etwa in der Industrie, um den Nachweis, dass die relevanten Normen eingehalten wurden.

Die Einführung des «Qualitätsziels» im Gesundheitswesen hat ihr Vorbild zunächst in der industriellen Wirtschaft: Wie kontrolliert man die Qualität der Produkte im Produktionsprozess, wie verbessert man die Ergebnisse durch die Anwendung entsprechender Normen? Doch der Vergleich hinkt, denn ein Gesundheitsdienst lässt sich nicht messen wie ein materieller Gegenstand, vor allem deshalb, weil er sich an einen Patienten wendet, der als Individuum «einzigartig» ist. Ausserdem hat jeder Leistungserbringer seine eigenen Qualitätsvorstellungen: Ergebnisse, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit, Verfügbarkeit, Schnelligkeit ... Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger und Planer sehen die Dinge jeweils ganz anders ...

Die Qualitätsbewertung ist deshalb nicht so einfach wie in der Industrie oder in grossen Dienstleistungsbetrieben. Im Gesundheitswesen gibt es gegenwärtig drei Arten von Bewertungen: nach den Ergebnissen, durch die Patienten und durch die Gesundheitsberufe selbst.

Meist wird **die Qualität an den Ergebnissen gemessen**: Mortalitätsrate, Kostenvergleich, Bettenbelegung ... Das führt zu Wertungen, auf die sich die Presse förmlich stürzt. Solche Messgrössen sind jedoch oft zu einfach, weil sie der Vielfalt der Situationen und der Qualität auf den einzelnen Stufen zu wenig Rechnung tragen. Dasselbe gilt für „Ranglisten“, die auf den Ausrüstungen oder der Zahl der behandelten Fälle beruhen; so erhält man allenfalls Richtwerte über den Gebrauch, aber keine Qualitätsaussagen und vor allem keine Hinweise darauf, wie sich eine Massnahme auf das Gesamtsystem auswirkt.

Deshalb wendet man sich manchmal auch **direkt an die Patienten, um sie nach dem Grad ihrer Zufriedenheit zu fragen**. Sicher kann der Patient mit chronische Krankheit, der seine Pathologie gut kennt, oder der Patient, der selbst in den Gesundheitsberufen tätig ist, dazu eine sachkundige Meinung abgeben. Man vergisst aber, dass der Patient beim Eintritt in das Krankenpflegesystem oft völlig unvorbereitet ist, keine Ahnung von seiner Pathologie und den Behandlungsmöglichkeiten hat und auch keine wirkliche Wahl in Bezug auf seine Therapie treffen kann. Verständlicherweise zeigt er sich diesbezüglich relativ unkritisch, ausser im Falle des Misserfolgs. In seiner Bewertung wird er für die erfahrene Versorgung und die Zuwendung des Pflegepersonals dankbar sein, sich aber kaum zur Qualität der Behandlung äussern, die er nur *rein subjektiv* beurteilen kann. Solche Umfragen bringen in der Regel positive Ergebnisse, welche die gegebenen Verhältnisse als richtig erscheinen lassen, aber kaum geeignet sind, zu einer Verbesserung des Pflegeprozesses und der Gesundheitspolitik beizutragen.

Die Selbstbewertung durch die Gesundheitsberufe ist eine dritte Möglichkeit. Die Qualität ist die grundlegende Philosophie und bildet eine regelrechte Kultur, die sich in der Therapiepraxis ausdrückt. Die Selbstbewertung, in der Regel von den Berufsverbänden beaufsichtigt, ist mit externen Akkreditierungsverfahren oder Fortbildungsprogrammen vergleichbar. Die Teilnehmenden erkennen ihre Wissenslücken und können sie gegebenenfalls beheben. Dieses Vorgehen erfordert daher viel Engagement von den Beteiligten, um greifbare Ergebnisse zu bringen. Doch bleiben solche Bewertungen oft vertraulich (wenn sie nicht in einem Qualitätsvertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherern verankert sind), was nicht den Erwartungen der Patienten entspricht. Da Qualität ausserdem oft das Ergebnis einer Kette von Massnahmen verschiedener Akteure

ist, kann keiner von ihnen die Gesamtqualität allein verbessern. Jeder Akteur ist nur ein Glied in der Versorgungskette, so dass die Selbstbewertung nur teilweise repräsentativ ist.

Noch weniger repräsentativ ist eine andere Methode, die auf den «Fehlleistungen» beruht, also auf der **Erfassung der ärztlichen Fehler**, d.h. auf Funktionsstörungen des Systems, wie Wartezeiten, Verabreichung der falschen Medikamente u.ä.m. ... Solche Störfälle trüben das Bild des Gesundheitswesens, ohne die positiven Aspekte zu würdigen. Nicht alle Qualitätsprobleme hängen mit Fehlern zusammen; Ursache können auch Arbeitsprozesse sein, die sich optimieren liessen. Diese Methode allein kann also nicht als zuverlässige Bewertung gelten, sondern allenfalls als informativer Teilaspekt im Rahmen einer positiven Fehlerkultur. Im Umkehrschluss sollten Fehler nicht einfach angeprangert, sondern analysiert werden, um daraus Vorschläge zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse abzuleiten. Wenn die Gesundheitsberufe Zwischenfälle melden, ist eine wichtige Voraussetzung dafür erfüllt, dass die Leistungen verfolgt und besser eingesetzt werden können, zumal dann, wenn sie eine eindeutige und vermeidbare «Risikodimension» umfassen, zum Beispiel eine medikamentöse Behandlung. Diese Methode¹ wirft jedoch zwei grundsätzliche Fragen auf, die bislang keine endgültige Antwort gefunden haben:

1. Welche Garantien bietet die freiwillige Fehlermeldung gegen das Risiko rechtlicher Schritte gegen die «Schuldigen»?
2. Wie schützt man sensible Daten über den Patienten und die Gesundheitsberufe?

Welche Lösung ist nun die richtige, um die Anforderungen des KVG konkret zu erfüllen? Für die Gruppe Forum 2005 Santé–Gesundheit ist es ein ganzheitlicher Begriff der Qualität der gesundheitlichen Versorgung, der die Vorstellungen aller Akteure des Gesundheitswesens, vom Patienten bis zum Therapeuten umfasst, um gemeinsame Nenner zu finden. Nur so kann die Qualität des Gesundheitswesens in der Schweiz nachhaltig verbessert werden.

Tabelle 2: Einige Definitionen der Qualität im Gesundheitswesen

«Die Behandlungsqualität ist das Mass, in welchem die tatsächlich verabreichte Behandlung den zuvor festgelegten Kriterien guter Behandlung entspricht». (Donabedian, 1966).

«Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmässige, d.h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen». (Ruprecht, 1993).

«Die Qualität der medizinischen Versorgung ist die Gesamtheit der Merkmale eines Prozesses oder eines Objektes hinsichtlich der Eignung, vorgegebener Erfordernisse im Sinne des Patienten und unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin zu erfüllen». (Viethen).

¹ Diese Methode haben die FMH, die ASI und die GSASA nach dem Kongress in Fribourg über «Risiken und Sicherheit: das Medikament im Spital» gewählt. Sie empfehlen insbesondere, medikamentöse Zwischenfälle im Spitalbereich über die Zentralstelle www.cirsmedical.ch zu melden.

Tabelle 3: Die Qualität in den bestehenden Normen

«Qualität ist die Gesamtheit der Eigenschaften eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf die Fähigkeit beziehen, festgesetzte oder geplante Anforderungen zu erfüllen; die Anforderungen werden vom Kunden festgelegt oder geplant». Norm DIN-ISO 8402.

Eine Qualitätsbewertung nach DIN EN ISO (z.B. für eine Zertifizierung) bezieht sich immer nur auf die grundsätzliche Fähigkeit, bestimmte Anforderungen zu erfüllen. Also müssen zunächst anerkannte Anforderungen an die Pflegeleistungen (good practice, guidelines) festgelegt werden, bevor ihre Qualität bewertet werden kann. Der Qualitätsbegriff DIN EN ISO, der keinerlei Werturteil enthält, bezieht sich auf die Dimension «Fähigkeit, bestimmte Anforderungen zu erfüllen». Qualität im Gesundheitswesen geht über die Definition der Norm DIN EN ISO 8402 hinaus und umfasst grundsätzlich drei Aspekte:

- Die Fähigkeit der Gesundheitstechnologien (Prozesse, Produkte), präventive, diagnostische und/oder therapeutische Ziele zu erreichen.
- Die potentielle Fähigkeit, das festgesetzte Ziel zu erreichen. Mit anderen Worten geht es wesentlich um die «technische» Fähigkeit als Voraussetzung für die tatsächliche Realisierung der Qualität im Pflegeprozess.
- Die Unterteilung der Versorgungsqualität nach Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Tabelle 4: Evidence Based Medicine (EBM)

EBM: Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit ärztlichen Handelns (Diagnose, Behandlung, Follow-up oder Prävention einer Krankheit).

Zur konkreten Ausgestaltung der Behandlungsqualität und zur Ausarbeitung klinischer Grundsätze für die praktische Anwendung wird EBM künftig auch in der Schweiz eine immer wichtigere Schlüsselrolle spielen. Durch die Anerkennung wiederholt beobachteter Gesetzmässigkeiten und durch ihre Beschreibung wird die klinische Medizin zu einer auf Erfahrung beruhenden Wissenschaft. Je systematischer die Beobachtungen ausgewertet und in der Fachliteratur dokumentiert werden, desto geringer wird das Risiko, dass eine zufällige Erscheinung als Regel betrachtet wird. Dies ist das Ziel der EBM.

EBM liefert vor allem konsolidierte Erkenntnisse und Informationen aufgrund systematischer Auswertungen der medizinischen und pharmazeutischen Fachliteratur, die für die Qualität der Behandlung in der Praxis relevant sind. Diese Informationen bilden die Grundlage für die Evaluation von Diagnose- und Behandlungsmethoden unter dem Blickwinkel der Qualität: Sicherheit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Nutzen für den Patienten. Damit kann EBM auch Verschwendungen und Qualitätsmängel im Gesundheitswesen vermeiden helfen, zum Beispiel Fehler und Fehlschlüsse bei der Diagnose, der Prävention oder der Therapie.

Doch das ist nur ein Aspekt der Qualitätsgarantie bei der Pflege und der Aufstellung von Qualitätsprinzipien. EBM stellt weniger die konkrete klinische Erfahrung als formale Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Erkenntnisse in den Vordergrund. Um die Qualität der Behandlung in der klinischen Praxis zu gewährleisten, müssen die Ergebnisse der systematischen klinischen Forschung und die klinische Erfahrung der behandelnden Ärzte übereinstimmen. Die Verbindung dieser beiden Elemente bildet eine solide Grundlage für qualitätsbewusste Entscheidungen und medizinische Handlungen.

3. Kontrolle und Finanzierung der Bewertungen

Qualitätsbewertungen setzen auch Verbände oder Institutionen voraus, die die Erfüllung dieser Aufgabe und ihre Kontrolle übernehmen können. Es stellt sich daher die Frage, wer diese Kontrolle ausüben soll. Das KVG bleibt unklar, denn die Durchführungsverordnungen weisen diese Aufgabe nicht dem Bund, sondern den Kantonen zu (Praxisbewilligung, Gesundheitspolizei). Vorläufig gibt es auch pauschale und recht allgemeine «Qualitätsverträge» erst beispielsweise zwischen Krankenkassen und Gesundheitsberufen. Muss diese Aufgabe also einer hohen Bundesbehörde oder einem Universitätsinstitut übertragen werden? Forum 2005 Santé-Gesundheit will keine zentrale Bewertungsstelle, die polizeiliche Listen aufstellen würde; die Gruppe setzt vielmehr auf Qualitätsanreize tarifärer, finanzieller oder administrativer Art.

Eine obrigkeitliche Qualitätskontrolle allein kann das Gesundheitswesen nicht nachhaltig verbessern. Qualität ist als eine positive und pädagogisch wirksame Dimension zu sehen, welche mit der Zufriedenheit im Beruf zusammenhängt, auch wenn Fehler eingestanden werden. Sie erfordert ein grundlegendes Umdenken, eine konsequente Überzeugungsarbeit.

Dazu gehören aber verlässliche Daten aus Quervergleichen und Gesamtwertungen, die von anerkannten Instituten erhoben werden müssten, und finanzielle Anreize, die von der gegenwärtigen Vergütungsordnung zwischen den Berufen nicht erleichtert werden. Die Gesundheitsberufe werden aus Produktivitätsgründen unter Druck gesetzt, und anstatt sich gegenseitig zu ergänzen, handeln die Therapeuten oft abgeschottet und in Konkurrenz zueinander. Das Streben nach maximaler Produktivität behindert die Bildung von Netzwerken, und das fehlende Beziehungsgefüge zwischen den Akteuren führt manchmal zu mangelnder Qualität, zu Verschwendungen und Fehlern in Diagnose und Behandlung.

4. Unterschiedliches Qualitätsverständnis

Um die Interessen und Anliegen aller Akteure des Gesundheitswesens zu integrieren, möchten wir im Folgenden auf die verschiedenen Qualitätsvorstellungen eingehen.

Die Qualität für den Patienten

Neben anderen Patientenverbänden formuliert die Schweizerische Patientenorganisation folgende Forderungen:

- Kompetentes Gesundheitspersonal: Ihr Können muss durch eine wirksame Kontrolle der Diplome gewährleistet und durch ein obligatorisches Fortbildungsprogramm laufend auf den neuesten Stand gebracht werden. Um Fehler zu vermeiden ist die Altersgrenze je nach Fachrichtung auf 65 oder 70 Jahre festzusetzen.
- Die Gesundheitsberufe müssen den Mut aufbringen, auch Fehler einzugestehen und entsprechende Korrekturmassnahmen zu ergreifen: Ein Antrag von Nationalrat Paul Günter fordert die Einsetzung einer Kommission zur Untersuchung schwerer Zwischenfälle in Spitälern, um ihre Wiederholung zu vermeiden, wie das in der Luftfahrt üblich ist. Wahrscheinlich müsste das Haftpflicht- und das Strafrecht geändert werden, um die Durchführung von Korrekturmassnahmen zu begünstigen.
- Die therapeutische Beziehung: Der Therapeut sollte den Patienten als Partner betrachten, ihn gegebenenfalls aber auch lenkend betreuen können. Wichtig ist, dass er dem Patienten zuhört und seinen Willen respektiert.

- Rechtskonforme Information: Der Patient muss vollständig, verständlich und in geeigneter Form informiert werden, sowohl über die Wirksamkeit der Behandlungen als auch über ihre Kosten.
- Patient empowerment: Die Stellung des Patienten im Gesundheitswesen muss durch Aufklärung über Gesundheitsfragen und die Kostenaspekte des Gesundheitswesens und durch die Umsetzung der Patientenrechte gestärkt werden.
- Gut organisierte, gut koordinierte Pflege und Kontinuität: Gesundheitspflege muss ganzheitlich betrieben werden (care management). Die wichtigsten Informationen über einen Patienten müssen aufbewahrt und in geeigneter Weise weitergegeben werden, unter Wahrung des Datenschutzes.
- Optimale Pflege: Die Versorgung soll optimal und nicht maximal sein, um die Prämien in annehmbaren Grenzen zu halten, als Grundlage der Solidarität zwischen Kranken und Gesunden und um den Fortbestand des Gesundheitswesens zu sichern. Zwischen der Pflege für akute Fälle, für chronische Patienten und für ältere Menschen ist ein angemessenes Gleichgewicht herzustellen.

Tabelle 5: Qualitätsbewertung für die Patienten

Jeder Mensch stellt bestimmte Erwartungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung. Wird diese Erwartung erfüllt, spricht man oft von einer guten Produkt- oder Dienstleistungsqualität. Da diese Erwartungen aber von Mensch zu Mensch verschieden sind, wird die Qualität desselben Produktes oder derselben Dienstleistung oft unterschiedlich beurteilt. Damit die Qualitätsbewertung nicht rein subjektiv ausfällt, sollten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:

- es sind klare Qualitätskriterien festzulegen;
- zu jedem Kriterium gehört eine Bewertungsskala mit den Stufen ungenügend, genügend oder gut;
- die Bewertung muss sich auf Daten stützen, mit denen man einzelne Vertreter der Gesundheitsberufe und Zeiträume untereinander vergleichen kann;
- die Bewertung muss die ständige Verbesserung der Qualität zum Ziel haben.

Die Garantie von Qualität muss das Erreichen der Ziele öffentlicher Gesundheit (public health) fördern. Da jeder Patient ein einmaliges Wesen darstellt, sind der Standardisierung und der Verwendung der Ergebnisse jedoch Grenzen gesetzt.

Der Standpunkt des Arztes

Schon lange vor der Inkraftsetzung des KVG hat sich die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) mit dem Problem der Qualität auseinandergesetzt. Das Thema figuriert auch in den Statuten der FMH, in ihren berufsethischen Vorschriften und in denen der kantonalen Ärztesgesellschaften. Diese Frage durfte offensichtlich nicht dem persönlichen Gutdünken überlassen bleiben. Hinzu kommen die Auflagen des KVG und der Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an die nationalen Ärzteverbände. Auf europäischer Ebene besteht der ständige Ausschuss, der die EU-Kommission in medizinischen Fragen berät, und der Europäische Fachärzteverband (EVFA), der dem ständigen Ausschuss untersteht. Obwohl unser Land der EU nicht angehört, ist die FMH diesen verschiedenen Organen in der Regel vollberechtigt angeschlossen und beteiligt sich aktiv an ihren Tätigkeiten.

Das von der Ärztekammer am 18./19. Juni 1997 angenommene Konzept liegt voll und ganz auf der Linie dieser internationalen Bestrebungen. Es postuliert folgende neun Ziele mit den entsprechenden Durchführungsmaßnahmen:

1. Katalysieren von QS/QF (Qualitätssicherung / Qualitätsförderung) -Massnahmen, beinhaltend Strukturen, Prozesse, Ergebnisse, möglichst unter Förderung und Stimulierung des Qualitätsbewusstseins in der täglichen Arbeit des Arztes in Praxis und Spital (bottom-up system).
2. Förderung effizienter Versorgungsqualität zum Nutzen des Patienten. Aus guter Qualität ärztlicher Versorgung resultiert sekundär ein volkswirtschaftlich günstiges Kosten-Nutzenverhältnis.
3. Förderung von QS/QF-Programmen, welche problemorientiert zu einer quantifizierbaren kontinuierlichen Steigerung der Qualität ärztlicher, präventiver, diagnostischer und therapeutischer Leistungen (CQI) führen, ohne dass dafür ein inakzeptabler administrativer Aufwand erforderlich wird.
4. Die Qualität leistungsgleicher stationärer und ambulanter ärztlicher Versorgung muss identisch sein (Beispiele: Labor, ambulante Chirurgie, Röntgen, etc.).
5. Bereitstellen methodischer Hilfe und Datenverarbeitung für QS/QF-Programme von Fach- und kantonalen Gesellschaften sowie ambulant und stationär tätigen Ärzten.
6. Verhandlungsführung für QS/QF im Bereich eidgenössischer Sozialversicherungen. Aushandeln von Verträgen laut KVG-KVV mit den Krankenversicherern.
7. Integration der QS/QF-Problematik in die Aus-, Weiter- und Fortbildung.
8. Führungsanspruch in QS/QF medizinischer Leistungen auf politischer Ebene und bei den Partnern im Gesundheitswesen (NAQ).
9. Kontinuierliche Überprüfung der Qualität der Qualitätsfördernden Massnahmen der FMH.

Alle diese Punkte sind bereits in Umsetzung begriffen, insbesondere die Ziffern 5, 6 und 7; sie sind jedoch mit enormen Durchführungsproblemen verbunden. Zu unterscheiden sind zwei Bereiche:

1. Die Prä- und Postgraduierten- sowie die Fortbildung werden einerseits intern neu reglementiert und andererseits gesetzlichen Reformen unterzogen. Neue Bestimmungen über das Praxisrecht und die erforderlichen Qualifikationen sind im Rahmen des Gesetzes über die Arztberufe als Begleitmassnahmen zu den bilateralen Verträgen in Kraft getreten. Die Prägraduiertenausbildung wird bis 2003-2004 gesetzlich neu geregelt. Sowohl die neuen internen Bestimmungen als auch die Vorschriften des Bundesgesetzes sehen jetzt Akkreditierungskriterien für die Anerkennung der vermittelten Ausbildung vor. Dies gilt für die Fakultäten ebenso wie für die Spitäler und die ambulanten Pflegeangebote.

Die Fortbildung ist im wesentlichen Sache der Fachgesellschaften; die FMH spielt dabei nur eine koordinierende Rolle und legt die Rahmenbedingungen fest. Sie muss mindestens 80 Stunden im Jahr ausmachen, davon 50 Stunden Teilnahme an Ausbildungskursen oder sonstigen anerkannten Veranstaltungen und 30 Stunden individuelle Arbeit – Lesen von Fachliteratur, CD – usw. Ärzten, die sich diesem Pensum nicht unterziehen, droht der Entzug des Facharzt-Prädikats «FMH». Vor allem aber bilden die Postgraduierten- und Fortbildungspflichten einen integrierenden Bestandteil des künftigen Ärztetarifs Tarmed und damit Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Sozialversicherer.
2. Die Qualität der medizinischen Praxis ist ein besonders sensibles und heikles Problem. Auch hierbei muss jede Fachgesellschaft entsprechende Richtlinien innerhalb eines vom Zentralkomitee der FMH definierten allgemeinen Rahmens erlassen. Die FMH distanziert sich von einer Schematisierung der Medizin und legt

Wert auf eine angemessene Flexibilität, um auf die besonderen Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können und stützt sich dabei auf wissenschaftlich erwiesene Erkenntnisse von unterschiedlichem Sicherheitsgrad. Dabei spielt die EBM eine herausragende Rolle, doch werden auch andere Kriterien herangezogen. Diese werden unterschiedlich gewichtet. Eine Schlüsselrolle spielt dabei die Reproduzierbarkeit. Es handelt sich im wesentlichen um Richtlinien, die die klinische Entscheidungsfindung verbessern, die therapeutische Freiheit aber wahren sollen und die nicht als starre Regeln zu betrachten sind. Ziel sind optimale Leistungen auf streng wissenschaftlicher Basis, ohne dass die Kostenfrage im Vordergrund steht. Eine Verbesserung der ärztlichen Praxis sollte auf die Behandlungskosten automatisch einen günstigen Einfluss haben. Natürlich setzen diese Zielsetzungen eine laufende Überprüfung der Verfahren voraus.

Die Qualität für die Pharmaindustrie

Die Pharmaindustrie, wie alle Glieder der Arzneimittelkette, ist einer Reihe von Vorschriften unterworfen, die für eine sichere Versorgung der Bevölkerung bürgen sollen. Neben Normen und gesetzlichen Auflagen muss sie Richtlinien, *guidelines* und interne Qualitätssicherungs- und -kontrollverfahren befolgen. Das Labor, der Hersteller, der Vertriebsagent im Besitz der Verkaufsbewilligung, der Grossist oder Verteiler, die verschreibenden Gesundheitsberufe sind die verzahnten Glieder dieser komplexen Kette und tragen zur Endqualität des Produktes und seiner Verwendung bei.

Doch die *good clinical, pharmaceutical, manufacturing* und *distribution practices* allein können die lückenlose Qualität aus der Sicht der Industrie nicht gewährleisten. Neben dem Produkt und seinem Vertrieb mit angemessener Information achtet die Industrie immer mehr auf seine tatsächliche Verwendung, auf das Image der verkauften Arzneimittel, aber auch auf das Engagement des Labors gegenüber seinen Partnern und auf die Verbesserung der medizinischen und pharmazeutischen Versorgungsleistungen.

Das Qualitätskonzept der Industrie, die auf ihr Umfeld Rücksicht nimmt, beruht damit auf einem **ethischen Mehrwert**:

- Sie veranstaltet und leitet Diskussionen zur Verbesserung des Gesundheitswesens.
- Ihre Kompetenzen und Kenntnisse auf einem therapeutischen Fachgebiet befähigen sie zu einer besseren Steuerung des Arzneimittelprozesses, zur Mitarbeit an der Ausarbeitung ärztlicher Richtlinien oder zur Verbesserung von Ansätzen wie dem des *disease management* im Sinne einer optimalen Verwendung der Medikamente.
- Sie engagiert sich als Partner für Fortbildung, nicht nur über ihre eigenen Produkte oder Therapiebereiche, sondern auch über neue Techniken oder Ansätze.
- Sie setzt sich für die Lebensqualität der Patienten ein.
- Sie schafft transparente Geschäftsregeln.
- Sie schult ihre Mitarbeiter in technischer und menschlicher Hinsicht.
- Sie unterstützt Post-Marketing-Studien über Toxizität (Arzneimittelüberwachung) und Wirksamkeit unter echten Einsatzbedingungen (z.B. *compliance*).
- Sie bemüht sich bei Marketing-Aktionen für die Öffentlichkeit und die Gesundheitsberufe um das richtige Gleichgewicht zwischen Information und Absatzförderung.
- Sie hält sich bei der industriellen Herstellung und bei der Entsorgung nicht verbrauchter Arzneimittel an die geltenden Umweltschutznormen.
- Und schliesslich schafft sie durch Information und entsprechende Sicherheitsnormen ein **Vertrauenklima** für ihre Produkte und für das Image, das sie im Gesundheitssektor verbreitet

Tabelle 6: Good Clinical Practice und EBM

Die Produktion und Einführung eines Arzneimittels ist ein gesetzlich streng geregelter und kontrollierter Vorgang. In Forschung und Entwicklung bürgt die Good Clinical Practice (GCP) für die Rechte, die Respektierung und die Sicherheit der an einer klinischen Studie beteiligten Patienten und für die Gültigkeit der ermittelten Ergebnisse. Beruhend auf den Grundsätzen der Erklärung von Helsinki, die 1964 von der Generalversammlung des Weltärzteverbands angenommen wurden, bilden diese internationalen Richtlinien einen Qualitätsstandard für die Gestaltung, die Durchführung, die Auswertung und die Analyse jeder mit Menschen durchgeführten Studie. Die klinischen Protokolle werden von einem Ethik-Komitee beglaubigt. Die Vereinheitlichung der Normen zwischen Europa, Japan und den USA erleichtert die gegenseitige Anerkennung der Ergebnisse, vor allem durch die Zulassungsbehörden. Ausserdem erlauben diese Normen den kritischen Vergleich der Studien, welche die wesentlichen Quellen der **Evidence Based Medicine (EBM)**, also der faktenorientierten Medizin darstellen, die der Verbesserung der Verschreibungspraxis dient.

Die Qualität für den Apotheker

Der Schweizerische Apothekerverband (SAV) hat auf konkrete und pragmatische Schritte gesetzt (bottom-up Strategie): Einführung eines Vergütungsmodells nach pharmazeutischen Leistungen (RBP) im ambulanten Bereich für mehr Transparenz und wirksame Kostendämpfung, ein Basis-Qualitätsmodell für Apotheken (QMS Apotheken) und Projekte der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (z.B. Qualitätszirkel Ärzte/Apotheker, Unterstützung von Pflegeheimen), Neuordnung der Grundausbildung und der (obligatorischen) Fortbildung, Einführung von Postgraduierten-Kursen (z.B. für Privat- und Spitalapotheker). Für die Gestaltung des Programms QMS-Apotheke galten z.B. folgende Vorgaben:

- Glaubwürdigkeit und Transparenz
- laufende Qualitätsentwicklung, gestützt auf verlässliche Daten
- Anpassung aller Apotheken an die Praxis, nach Grösse und Standort
- vorrangig Verbesserung der Leistungen des Apothekers, die für das Gesundheitswesen und die Patienten einen Mehrwert darstellen
- Koordination mit den Projekten Fortbildung und Postgraduierten-Kurse
- Zusammenarbeit mit Patientenverbänden, Versicherern und Behörden (BSV, Kantonsapotheker).

Die Erfüllung dieser Vorgaben misst das QMS-Apotheke an einer Musterpraxis (nationale und internationale *good practice* Normen für Apotheken) und verbindet dabei verschiedene Methoden (interne und externe *peer audits*, *benchmarking*, Kundenzufriedenheit, *mystery shopping*).

Die Ergebnisse sind: eine internationale *good practice* Norm für Qualitätsmanagement (Registrierung der Norm ISAS QMS-Pharma 2010), die offizielle Akkreditierung einer Zertifizierungsstelle durch ISAS (SGS Schweiz AG und die Abteilung Qualität und Entwicklung des Schweizerischen Apothekerverbands) und die Zertifizierung freiwilliger Apotheken (mehr als 220 zwischen September 1999 und Dezember 2001) nach strengsten Qualitätskriterien für Struktur, Verfahren und Ergebnisse (Verleihung eines Qualitäts-Labels).

Das Schwergewicht liegt auf der Qualität der Arbeit in den privaten Apotheken. Definiert wurde sie nach den wichtigsten Leistungsfaktoren: Information der Patienten, Erkennen und Verhüten von Fehlern und Problemen im Zusammenhang mit Medikamenten, Überblick über

ärztliche Verschreibung und Selbstmedikation. Diese Leistungen können nur durch eine entsprechend strukturierte Arbeitsweise der Apotheken erbracht werden.

Welche Faktoren behindern die Anwendung dieses Programms in allen Schweizer Apotheken? Sie sind zahlreich und liegen überwiegend nicht im emotionalen Bereich, sondern eher in administrativen und staatlichen Hindernissen. Natürlich müssen die Bereitschaft zum Wandel und das Qualitätsdenken konsequent gefördert werden. Doch es gibt grössere Hindernisse, die bisher die Zahl der Freiwilligen auf Idealisten und fortschrittliche Apotheker beschränkt haben:

- Das Fehlen klarer Fristen und konkreter Durchführungsmodalitäten für die Qualitätsartikel des KVG
- Fehlende offizielle Anerkennung der Investitionen der Akteure der Gesundheitsberufe in die Verbesserung ihrer Qualität
- Freie Hand für «Profiteure», die bis an die Grenzen des gesetzlich Erlaubten gehen
- «Pingpong» zwischen Bund und Kantonen.

Die Sicht der Krankenversicherer

Krankenversicherer können im Zusammenhang mit Qualität im Gesundheitswesen grundsätzlich auf zwei Ebenen einen Beitrag leisten. Ansätze, welche die Versicherer verfolgen können, liegen zum einen in den Aufgaben, welche die Krankenversicherer gegenüber ihren Kunden und den Leistungserbringern sowie den Behörden zu erfüllen haben, zum anderen in den Möglichkeiten, welche speziell die Qualität bei Leistungserbringern günstig beeinflussen können.

Ansätze zur internen Qualitätsförderung:

- Erhöhung der Transparenz hinsichtlich Versicherungsfragen und Produktaspekten, der Prämienberechnung, Kostenentwicklung und des Geschäftsergebnisses.
- Intensivierung der Ausbildung zur Verbesserung der Kompetenzen in Versicherungsfragen und insbesondere zur Optimierung der Dienstleistungsqualität.
- Einleitung und ständige Verbesserung von Prozessen, die der Einsparung von ungerechtfertigten Leistungskosten (Kontrolle) und unnötigen Verwaltungskosten dienen.
- Ausrichten der Organisationsstrukturen an den wesentlichen Geschäftsprozessen, mit der Absicht, mehr Nähe zum Kunden (Einzelversicherte, Firmenkunden, Leistungserbringer) zu gewinnen.
- Kontakte zu den Versicherten sind nicht nur auf Schadensereignisse zu beschränken, sondern bewusst auf die ganze Lebensspanne auszudehnen. Dabei kommt Aspekten der Prävention und Gesundheitsförderung besondere Bedeutung zu.

Ansätze, welche die Qualität bei Leistungserbringern günstig beeinflussen:

- Unterstützen von Disease Management Programmen durch Zusammenarbeit mit Ärzten und weiteren Leistungserbringern. Dabei stehen Datenaustausch und Anreizgestaltung bei Leistungserbringern und Patienten im Vordergrund.
- Auswahl von Leistungserbringern nach Qualitätskriterien im Zusammenhang mit Netzwerkverträgen oder der Aufhebung des Kontrahierungszwangs.
- Einbindung der Versicherten durch Aufklärung und Information durch spezielle Kanäle (Call-Center, Internet), um sie zu befähigen, Entscheidungen in Gesundheitsfragen selber treffen zu können.

Interne Massnahmen in der Prozessoptimierung sind unter starkem Einbezug der Kundenbedürfnisse zu treffen und im Rahmen eines kontinuierlichen

Verbesserungsprozesses (Regelkreis mit Messung des Erfolgs hinsichtlich der Kundenzufriedenheit, Balanced Score Card) zu überprüfen und zu optimieren. Dies ermöglicht gezieltere Qualitätsverbesserungen und eine bessere Abstimmung der Massnahmen.

Im Wesentlichen geht es darum, dass die Versicherer eine mehr prozessorientierte Sichtweise entwickeln, welche über das eigene Unternehmen hinausgeht und die Kunden- bzw. Versicherten-Sicht nicht nur berücksichtigt, sondern ins Zentrum des Interesses stellt. Dieses Prinzip gilt nicht nur für die Versicherer, sondern auch für alle am Gesundheitswesen beteiligten Akteure (insb. die Ärzte).

Getroffene Massnahmen, welche die Qualität oder auch die Effizienz der Tätigkeit der Versicherer betreffen, sind in diesem Sinne auf deren „Kundenverträglichkeit“ zu prüfen (externe Messung der Kundenzufriedenheit und interne Überprüfung der Wirksamkeit). Allerdings sind die durch den Staat auferlegten Bedingungen und Einschränkungen des Verwaltungsaufwands einer optimalen Umsetzung dieser Ansätze hinderlich und nicht mit der Forderung nach mehr Wettbewerb konform.

5. Ziele, Kriterien und qualitätshemmende Faktoren

Zur Ergänzung dieser Qualitätsanalyse durch die Partner des Gesundheitswesens ist die Gruppe Forum 2005 Santé–Gesundheit nach der Metaplan-Methode vorgegangen. Jedes Mitglied der Gruppe hat seine Ziele, seine Kriterien und seine qualitätshemmenden Faktoren dargelegt. So entstanden die folgenden drei Tabellen:

Ergebnis 1: Qualitätsziele

- Verbesserung der Effizienz des Gesundheitswesens
- Zufriedenheit der Benutzer und der Gesellschaft
- Fortschritt, Innovation und Kreativität
- Gerechtigkeit und Erhaltung des sozialen Systems
- Besseres Management der technischen Verfahren und der Beziehungsprozesse
- Verbesserung der Sicherheit
- Besseres Management der «Gesundheitsbetriebe»

Ergebnis 2: Qualitätskriterien

- Rahmenbedingungen und Zugang
- Ausbildung, Kompetenzen und Zusammenarbeit
- Haltung der Akteure des Gesundheitswesens (Transparenz, Selbstbeurteilung, Fehlerkultur)
- Transparenz und Kontrolle im Systemablauf (Abrechnung, Fehler)
- Qualität und Optimierung der Ergebnisse
- Information und Einbindung des Patienten
- Zufriedenheitsmessung bei allen Partnern

Ergebnis 3: Qualitätshemmende Faktoren

- Routine, Standesdenken und Individualismus
- schwache staatliche Instanzen auf Bundes- und Kantonsebene
- fehlender rechtlicher Rahmen für die Durchführungsmodalitäten des KVG («Pingpong» Kantone/Bund)
- Kosten der Qualitätsförderung und fehlende Qualitätsanreize
- zuviel Liberalismus und Schwächung der obligatorischen Pflegeversicherung
- Fokussierung auf Kosten und Fehler
- verzerrtes Budget und Nichttauschbarkeit der Beträge
- **fehlende Anreize für Transparenz/unzulängliche Statistik**

Aus dieser tabellarischen Darstellung ergeben sich die wichtigsten Massnahmen für eine echte Qualitätspolitik. Unter den Qualitätszielen steht die Effizienz an erster Stelle, gefolgt von der Zufriedenheit der Benutzer. Dieser Vorrang der Effizienz ist mit Fortschritt und sozialer Gerechtigkeit durchaus vereinbar und stützt sich auf Kriterien wie gutes Management, Transparenz und Sicherheit.

Unter den Qualitätskriterien spielen Kompetenz, eine positive Haltung der Akteure, der Zugang zur Pflege und die Qualität der Ergebnisse die wichtigste Rolle. Erwähnt werden auch die Aspekte Information und Zufriedenheit aller Partner.

Als qualitätshemmende Faktoren gelten: Routine, Rahmenbedingungen, schwacher Staat, zuviel Liberalismus, juristischer Kontext, fehlende Anreize, verzettelte Budgets, Fokussierung auf Kosten und Fehler.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass auf allen Stufen Effizienz und Kompetenz und verantwortliches Handeln sowohl der Akteure des Gesundheitswesens als auch der Patienten gefordert werden. Das System ist jedoch träge, und Qualitätsanreize existieren nicht, und die Fehlerkultur tritt oft an die Stelle eines konsequenten Einsatzes für Fortschritt und Zufriedenheit.

Wie verbessert man die Effizienz?

- besseres Management der «Gesundheitsbetriebe»
- Fortschritt, Innovation
- Optimierung der Ergebnisse im Gesundheitswesen
- verantwortliches Handeln des Staats
- globale Budgets statt verzettelte Einzelbudgets
- Bereitstellung zuverlässiger statistischer Daten

Wie verbessert man die Kompetenz?

- Grundstudium, Postgraduierten- und Fortbildung
- Management von Technik und Beziehung
- bessere Entscheidungshilfen und bessere Information
- Einsatz von Risiko-Management-Werkzeugen (Sicherheitsgewinn)
- Selbstbeurteilung durch die Beteiligten oder ihre Berufsverbände, positive Fehlerkultur
- geeigneter rechtlicher Rahmen, koordiniert zwischen Kantonen und Bund, und konsequente Anwendung dieses Rahmens

Wie verbessert man die Pflegebeziehung ?

- bessere Zusammenarbeit (Netzwerke)
- mehr Partnerschaft (Synergien)
- Transparenz (Qualitätsprogramme gestützt auf Vergleichsdaten)
- Information des Patienten
- Gerechtigkeit und Zugang zur Pflege
- Zufriedenheitsmessung

6. Für einen ganzheitlichen Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen

Wie bei allen Dienstleistungen sind Benutzer und Gesundheitsberufe selbst Teil des Qualitätssystems. Deshalb muss die Qualität nicht nur an den **Ergebnissen**, sondern auch an den **Prozessen** und **Strukturen** gemessen werden, zwei zusätzliche Elemente in der Beziehung zwischen Gesundheitsberufen und Patienten. Ziel der Qualitätspolitik muss sein, den Benutzer zum Mittelpunkt aller Bemühungen des Systems zu machen, damit seinen Bedürfnissen und Erwartungen im Rahmen der verfügbaren Ressourcen und der Kompetenz der Gesundheitsberufe entsprochen werden kann.

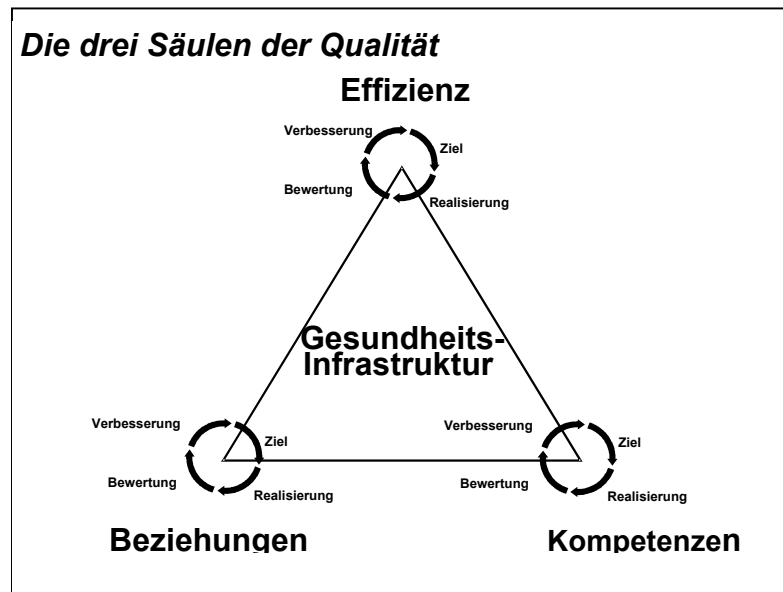
Zur Realisierung dieses Ziels sind drei Dimensionen zu berücksichtigen: **die Kompetenz der Gesundheitsberufe, die Beziehungen innerhalb des Versorgungssystems und die Sicherheit der Patienten**. Der Faktor «Kompetenz» ist am leichtesten zu erfüllen, indem für eine gründliche Ausbildung und für die Anwendung bewährter Regeln gesorgt wird, zum Beispiel durch berufsständische Selbstkontrolle, wie sie bereits von den meisten Fachverbänden der Leistungserbringer praktiziert wird. Weniger einfach ist der Faktor «Beziehungen», denn hier geht es um aktive Zusammenarbeit, um bewusstes Teamwork in der Versorgung und um die Partnerschaft zwischen Benutzern und Gesundheitsberufen. Wichtig ist dieser Aspekt in den Gesundheitsbetrieben, aber auch in der Zusammenarbeit zwischen mehreren Berufen, die über den Rahmen der Fachverbände hinausgeht. Heikel ist auch der Faktor «Sicherheit», denn Fehler und Unzulänglichkeiten sind oft das Ergebnis einer Kettenreaktion, bei der Stress, Produktivitätsdruck, das Arbeitsumfeld und Sparzwang eine Rolle spielen, ganz abgesehen von Fehlleistungen und Verschwendung. Mit der blossen Feststellung einzelner Abweichungen von der Norm (und Vergleichen zwischen Leistungserbringern, Betrieben, Kantonen, Versicherern) wird man diesen sozialen Komponenten nicht gerecht. Qualitätsbewertung muss auch hier eine umfassende Analyse sein, welche die Arbeitsbedingungen, die Beziehungsketten und die Ergebnisse mit berücksichtigt.

Alle Akteure des Gesundheitswesens, von den beteiligten Berufen bis zu den Patienten, berufen sich auf diese Qualitätsaspekte, die noch um den Faktor Effizienz zu ergänzen sind:

- **Der Aspekt Kompetenz-Sicherheit:** es geht um eine gründliche Ausbildung (Grundstudium, Fortbildung und Postgraduierten-Kurse), um die Befolgung anerkannter Vorgehensregeln und um Massnahmen zur Vermeidung und zur Erfassung von Problemen des Patienten und von möglichen Fehlern im Zusammenhang mit den Leistungen der Gesundheitsberufe. Kompetenz bedeutet im übrigen nicht nur das Vorhandensein der erforderlichen Fachkenntnisse, sondern auch die richtige Einstellung. Berufliche Kompetenz muss an der Realisierung gesundheitspolitischer Ziele gemessen werden.
- **Der Aspekt Beziehungen:** angesprochen sind die Beziehungen zwischen den Beteiligten des Gesundheitswesens, der Informationsfluss, die Gesundheitserziehung (das Empowerment des Patienten), Transparenz und Empathie im Rahmen der Verfahren und Prozesse, Qualitätszirkel sowie generell die Beziehungen zwischen Patienten und Gesundheitsberufen.
- **Der Aspekt Effizienz** ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen den erzielten Ergebnissen und den dafür eingesetzten Mitteln. Besonders wichtig ist dieser Aspekt bei angespannter Finanzlage. Dazu gehört auch die Vermeidung von und der Kampf gegen Verschwendung.

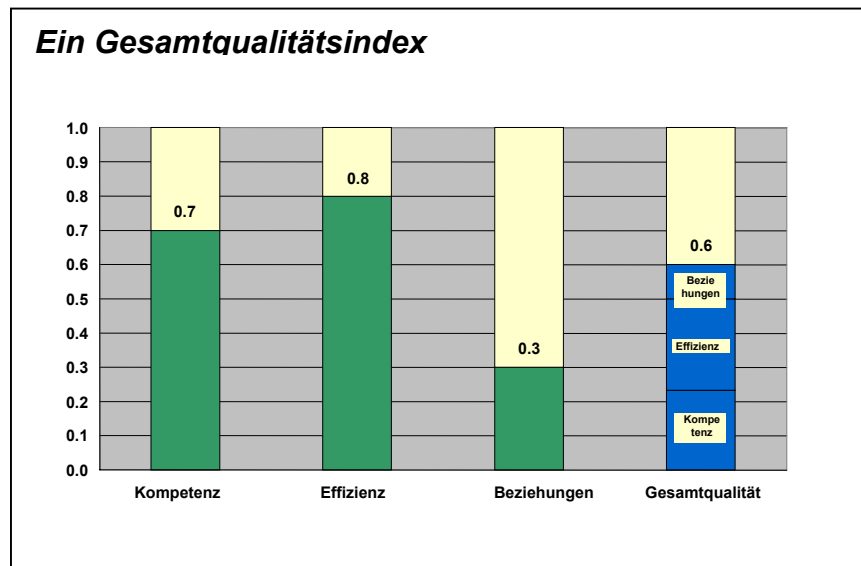
Diese Aspekte unterliegen ständiger Entwicklung: gegenwärtig steht die Effizienz bei den Systemregulierern (Versicherungen, Staat) hoch im Kurs, während die Medien und einige Infrastrukturen (Spitäler) den Aspekt Kompetenz-Sicherheit in den Vordergrund stellen. Dagegen wird der Beziehungsaspekt weniger oft erwähnt, obwohl er innerhalb der Gesundheitsberufe und für das Verhältnis zwischen diesen und den Patienten von zentraler Bedeutung ist. Allerdings wird der Beziehungsaspekt durch die Verbände der Gesundheitsberufe betont.

Die Bewertung der Qualität und ihre systematische Förderung sollte alle drei Aspekte nach folgendem Schema umfassen:



Jede Gesundheits-Infrastruktur lässt sich nach diesem Bewertungs-dreieck untersuchen, das eine Modellierung ihrer Arbeitsweise ermöglicht und die Probleme aufzeigt, die eine Verbesserung der Qualität verhindern. Eine Infrastruktur, die alle Dimensionen berücksichtigt, befindet sich im Gleichgewichtszustand in der Mitte.

Wenn man jeder der drei Säulen nach genauen Kriterien einen Wert (hier zwischen 0 und 1) zuordnet, erhält man einen Gesamtqualitätsindex.



In diesem theoretischen Beispiel zeichnet sich die betrachtete Struktur durch gute Kompetenz und Effizienz aus, nachdem ein wirksames Fortbildungsprogramm und kostendämpfende Massnahmen durchgeführt wurden, doch das Gesamtergebnis ist nicht mehr als befriedigend, weil die Säule «Beziehungen» vernachlässigt wurde.

Für eine laufende Verbesserung der Qualität muss jede Stufe der Versorgungskette und nicht nur das letzte Glied bewertet werden, damit gegebenenfalls umgehend Korrekturmassnahmen getroffen werden können. Diese Bewertung in Einzelschritten ergibt ein lückenloses Bild der Qualität der Verfahren und Ergebnisse. Diese Information ist wesentlich für die Dokumentation der Qualitätsverbesserung im Sinne einer «Evidence based quality improvement».

7. Wie lassen sich die qualitätshemmenden Faktoren ausschalten?

Alle reden von Qualität, doch ein eigentliches Gesamtprogramm gibt es dafür in der Schweiz nicht. Aus einfachen Gründen:

- Es gibt keine Durchführungsbestimmungen für die Art. 58 KVG und 77 KVV, trotz der Frist des 31. Dezember 1997 für die Qualitätsgarantie gemäss Art. 135 KVV².
- Weder der Bund noch die Kantone, die Leistungserbringer und die Krankenkassen haben einen klaren Auftrag für die Qualitätsförderung. Jeder verfolgt seine eigenen Ziele, ohne grösseren Zusammenhang, und spielt bei Problemen den anderen den Schwarzen Peter zu.
- Es fehlt auch an finanzieller Anerkennung, wenn Gesundheitsakteure ihre Qualität durch wesentlichen Aufwand an Arbeit oder Material verbessern.
- Der Qualitätsbegriff beschränkt sich oft auf technische und wirtschaftliche Aspekte (Effizienz), ohne die Qualität der Beziehungen zu berücksichtigen.

Was müsste getan werden, um dem KVG gerecht zu werden?

1. Auf Bundesebene ist ein **Institut für Qualität im Gesundheitswesen einzurichten**. Es könnte die Art. 58 KVG und 77 KVV durchsetzen und Initiativen der Leistungserbringer in Verbindung mit dem BSV fördern.
2. Durchführungsmodalitäten und Akkreditierungen würden mit den kantonalen Gesundheitsbehörden und den Berufsverbänden koordiniert, wie es im KVG vorgesehen ist. Dabei müssten **drei Dimensionen** berücksichtigt werden:

Kompetenz, Sicherheit

- Beziehungsaspekte
- Effizienz

und zwar auf sechs Ebenen, wobei jeweils die Strukturen, die Prozesse und die Ergebnisse zu berücksichtigen sind:

- Ausbildung (einschliesslich Fortbildung) und Diplome der Gesundheitsberufe
- Management der Gesundheitsbetriebe/Pflegedienste
- Management der Krankenkassen
- Patientenbetreuung und Pflegekoordination
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Verhütung von Problemen des Patienten und von Fehlern der Leistungserbringer des Gesundheitswesens

² Siehe Anhang 1, S. 20.

3. Ausserdem sollte zur Information der Öffentlichkeit im Rahmen der Beobachtungsstelle für das Gesundheitswesen eine **laufende Analyse von Indikatoren** vorgenommen werden, und zwar auf drei Ebenen:
- Förderung der Gesundheit und Präventionsmassnahmen
 - Leistungsfähigkeit und Effizienz der Pflegesysteme
 - Gesundheitszustand der Bevölkerung

Um dem Geist des KVG gerecht zu werden, muss die Qualität die Dimensionen Kompetenz, Sicherheit, Beziehungsaspekte und Effizienz berücksichtigen, die durch Selbstbeurteilung und durch externe Evaluationen zu bestimmen sind. Eine solche Bewertung wäre keine schwerfällige Polizeikontrolle, sondern ein wertvolles Steuerungsinstrument für die Gestaltung einer ganzheitlichen Gesundheitspolitik (Setzung von Prioritäten, Feststellung des erzielten Fortschritts, Erforschung und bessere Kenntnis des Gesundheitswesens). Ein solches Instrument würde auch diejenigen Akteure im Gesundheitswesen ermutigen, die sich am meisten um eine systematische Qualitätsverbesserung bemühen.

Tabelle 6: Indikatoren und Qualität

«Ein Indikator ist ein quantitatives Mass, das verwendet werden kann, um die Qualität wichtiger Verwaltungs-, Management-, klinischer und Unterstützungsmassnahmen zu überwachen und zu bewerten, welche auf das Ergebnis für den Patienten einen Einfluss haben. Ein Indikator ist keine direkte Qualitätsmessung. Es handelt sich vielmehr um ein Instrument, das zur Leistungsbewertung verwendet werden und das auf eventuelle Leistungsaspekte hinweisen kann, die innerhalb einer Organisation einer genaueren Prüfung unterzogen werden sollten» (JCAHO [1990]), Blumenstock (1994).

8. Die Diskussion

Prof. Luigi Gaïdo, wichtiger Experte des Tages, erinnert an eine Hauptschwierigkeit der Diskussion: *«Man spricht von Qualitätssicherung, von Qualitätsmanagement, doch niemand hat uns gesagt, was Qualität ist»*. Diese Frage lässt sich nur durch schrittweise Annäherung beantworten. Wie erreicht man Qualität? Wie kann man sie vorbereiten, wie organisieren? Wann ist sie erreicht? Um diese wesentlichen Fragen drehen sich die Meinungen der Gruppe Forum 2005 Santé-Gesundheit, der Gastredner und des Publikums.

Wer ist verantwortlich?

Die Effizienz des Gesundheitswesens muss verbessert werden, oder genauer gesagt, es muss so gestaltet werden, dass es die Versorgung der gesamten Bevölkerung nicht nur mit Pflegeleistungen, sondern auch mit wirksamer Prävention sicherstellt. Über diese Ziele sind sich alle einig, wie eine Umfrage bei den Teilnehmern bestätigt hat. Verschiedene Meinungen gibt es dagegen über die Mittel und Wege, wie diese Ziele verwirklicht werden können.

Die Mitglieder der Gruppe Forum 2005 Santé-Gesundheit weisen auf verschiedene Defizite staatlichen Handelns hin. Dr. Yves Guisan, als Nationalrat, Chirurg am Hôpital du Pays d'en Haut und Vizepräsident der FMH mit entsprechender Legitimität ausgestattet, stellt fest: *«Der Staat muss eine klare Politik definieren und durchsetzen. Fünf Jahre nach der Einführung des KVG wird viel geredet und wenig gehandelt»*. Dr. Olivier Bugnon (Schweizerischer Apothekerverband) wird noch deutlicher: *«Sitzt eigentlich ein Pilot am Steuer? Der Gesundheitsmarkt wird härter, wird liberalisiert, nach dem Prinzip des laissez-faire und der vollendeten Tatsachen. Gleichzeitig werden die gesetzlichen Vorschriften strenger, ohne jedoch überall gleich gehandhabt zu werden (...) Die Akteure des Systems spielen Pingpong miteinander (...). Echte Anreize gibt es keine»*.

Für den Verantwortlichen des Projekts Qualität im Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Manfred Langenegger, *«hat der Bund nur eine subsidiäre Rolle zu spielen»* und das BSV versteht sich als Initiant und Katalysator zur Beschleunigung der Qualitätsbemühungen und zur Festlegung von Zielen. Im KVG lässt der Auftrag zur Qualitätssicherung (Art. 58) viel Spielraum. Dagegen definiert die Verordnung (Art. 77) die Rolle der Leistungserbringer, des Bundes und der Versicherer. Im liberalen Sinne werden die Leistungserbringer beauftragt, Qualitätskonzepte und –programme zu erarbeiten, begleitet von konkreten Massnahmen und Zielvorgaben und gestützt auf Qualitätsverträge mit den Krankenversicherern. Der Bund erlässt keine detaillierten Vorschriften für die konkrete Ausgestaltung der Qualitätssicherung. Die Verantwortung liegt bei den Leistungserbringern und ebenso klar bei den Krankenkassen. Sie müssen selbst ihre Mindestqualitäts-Standards festlegen.

Auch Dr. Heinz Locher, Präsident der APEQ (Agentur für die Promotion und die Evaluation der Qualität im Gesundheitswesen), verteidigt die regulierende Funktion der staatlichen Behörden: *«Die Rolle des Staats sehe ich als diejenige einer Gesundheitspolizei: er soll keine Einheits-, sondern eine Mindestqualität gewährleisten»*.

Im Gegensatz dazu tritt Fritz Britt, stellvertretender Direktor des Bundesamts für Sozialversicherung, vehement für die Regeln des freien Markts ein und schwört auf die Vorteile des Wettbewerbs, der durch keinerlei Kontrolle oder Planung gegängelt werden darf: *«Jeder soll sich bemühen, besser als der andere zu sein»*.

Anreize

Forum 2005 Santé-Gesundheit bedauert jedoch *«das Fehlen von Anreizen für diejenigen Akteure, die sich an Qualitäts- oder Ausbildungsprogrammen beteiligen (...) Das soziale System ist durch die gleichzeitige und oft gegensätzliche Zunahme des wirtschaftlichen Drucks und des Drucks auf die Qualitätsanforderungen gefährdet»*. Anreize sind das, was die Mehrheit der Akteure des Gesundheitswesens erwartet, wie eine elektronische Abstimmung unter den Tagungsteilnehmern bestätigt.

Gewünscht werden Anreize für die Qualität und Effizienz der Pflege durch strukturelle, finanzielle und informative Massnahmen. Für Forum 2005 Santé-Gesundheit müssen neben geeigneten Anreizen auch Organisationen für die Überwachung der Qualität geschaffen werden, d.h. eine Beobachtungsstelle auf Bundesebene und ein unabhängiges, neutrales, an eine Universität gebundenes Institut.

Fritz Britt ruft zur Verantwortung des einzelnen auf, *«denn Qualität kann nicht verordnet werden»*, fordert aber auch eine materielle Belohnung für Qualität. Was in seinen Augen bisher am meisten fehlt, sind Tarifverträge, die dem logischen Zusammenhang zwischen der Qualität und dem Preis einer Leistung Rechnung tragen. Gegenwärtig funktionieren die Marktregeln nicht, weil es an Transparenz, Information der Patienten, Preissensibilität und Wettbewerb fehlt.

Qualität als Ziel

Bleibt die Frage, was Qualität überhaupt bedeutet. Prof. Luigi Gaïdo schlägt einen Ansatz, ein Leitbild anstelle einer griffigen Definition vor: *«Qualität ist ein anzustrebendes Ziel und kein Zustand»*.

Für Dr. Heinz Locher gilt es, *«ein echtes Qualitäts-Management einzurichten»*. Die APEQ ist *«eine Akkreditierungsstelle, sowohl für die Partner am Markt als auch für den Staat»*. Er erinnert jedoch daran, dass *«zunächst die wesentlichen Bedürfnisse des Gesundheitswesens befriedigt werden müssen, bevor weitere Schritte unternommen werden»*. Oberstes Ziel einer Institution ist es, in die offizielle Liste aufgenommen zu werden und für erbrachte Leistungen eine Vergütung zu erhalten. Doch die Qualitätssicherung, die unter den Anliegen der Institutionen an zweiter Stelle rangiert, muss ernst genommen werden: *«Die Kosten der Nichtqualität sind Betriebskosten wie alle anderen»*. Sie werden gegenwärtig widerspruchlos von den Versicherungen und vom Staat übernommen, während das Problem der Finanzierung des Gesundheitswesens immer akuter wird. Deshalb muss *«nachgedacht werden, wie die Institutionen besser geführt werden können»*.

Ausbildung als Hebel

Die Verbesserung der Kompetenz hat eine wesentliche Hebelwirkung auf die Qualität. Voraussetzung dafür ist die Ausbildung, die zu den Prioritäten der Teilnehmer gehört. Prof. Diethelm Hartmann, stellvertretender Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG) legt die neuen Grundsätze der Ärzteausbildung dar, die von einer Grundfrage geleitet werden: Welche Medizin wollen wir im 21. Jahrhundert?

Das Staatsexamen in Medizin ist nicht mehr die alleinige Voraussetzung für die Ausübung des Berufs. Die Weiterbildung wird darüber hinaus zur Pflicht. *«Wir wollen, dass die Ärzte auch wirtschaftlich sinnvoll handeln, die ethischen Fragen ihrer Zeit verstehen und das erworbene Wissen in der Praxis umsetzen. Bei jeder medizinischen Entscheidung sind wissenschaftliche, ethische und wirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen»*. Der Gedanke ist neu: Auf dem Hintergrund dieser Ziele müssen Grund-, Fach- und Weiterbildung, Programme und Institutionen akkreditiert werden. Neues Ausbildungsziel sind Fachleute, die im Gesundheitswesen verantwortungsbewusst arbeiten, sind «Manager», die auch Aufgaben der Organisation und der Personalverwaltung beherrschen, sind «Kommunikatoren», die im Umgang mit den Patienten den richtigen Ton finden.

Der Patient im Mittelpunkt des Systems

Der Patient, der Umgang mit dem Patienten, die Beziehungen generell sind die alles durchziehenden Themen der Tagung in Interlaken. Für Manfred Langenegger ist Qualität *«eine effizient erbrachte, patientenorientierte, moderne Leistung im Sinne des gleichberechtigten Zugangs zur Pflege»*. *«Qualität bedeutet, dass der Patient zufriedengestellt wird»*, fasst Prof. Luigi Gaïdo zusammen. Für ihn bedeutet sie *«ein ständiges Streben, eine konstruktive Beziehung zwischen Leistungserbringer und – empfänger. Indem wir den Patienten zur zentralen Zuwendungsfigur aller Beteiligten machen, erfinden wir einen neuen Humanismus im Gesundheitswesen»*. Er definiert das Qualitätsniveau als den Unterschied zwischen der «Bedeutung» und der «Zufriedenheit». Die Bedeutung bezieht sich auf die Erwartungen an das Produkt, die Zufriedenheit ergibt sich aus der gelebten Erfahrung. Prof. Gaïdo geht noch weiter: *«Wissenschaftlich korrekte Pflege bringt noch keine Zufriedenheit. Das menschliche Umfeld, die Wahrung der persönlichen Würde, gute Information und ein freundlicher Empfang könnten Kriterien sein, die den wesentlichen Unterschied ausmachen»*.

Jean-François Dehecq, CEO von Sanofi-Synthélabo und Präsident von EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industry and Associations) stellt ebenfalls den Menschen in den Mittelpunkt: *«Im Gesundheitswesen bedeutet Qualität die menschliche Qualität jedes einzelnen, unsere Eigenschaft als vollwertige Bürger und nicht nur als wirtschaftliche Akteure, die Geld verdienen»*. Er wirft eine entscheidende Frage auf: *«Wir pflegen 20% der Weltbevölkerung (...). Das ist das Problem, das die Weltöffentlichkeit beschäftigen muss»*.

«Den Patienten zum Mittelpunkt des Systems machen, einen Humanismus des Gesundheitswesens neu erfinden, bedeutet einfach, den Standpunkt zu wechseln», stellte Prof. Gaïdo abschliessend fest. Sollte dieser Tag zu einem Umdenken bei den Teilnehmern geführt haben, wäre sein Zweck erfüllt. Nur so kann das Gesundheitswesen in neue Bahnen gelenkt werden. Die Internet-Umfrage bei den Gesundheitsberufen hat gezeigt, dass einige Teilnehmer eine neue Kultur wünschen, einen Wechsel vom individualistischen Alleingang zur fachübergreifenden Zusammenarbeit, eine Harmonisierung der Standpunkte. Nur eine solche Entwicklung kann zu tragfähigen politischen Lösungen im Gesundheitswesen führen.

Die fünf Punkte von Herrn Langenegger für die Evaluation und die Umsetzung der Qualität

Erstens muss das Qualitäts-Management auf einem andauernden Verbesserungsprozess beruhen. Zunächst sind strukturierte Pilotprojekte durchzuführen.

Zweitens muss der Verbesserungsprozess auf Daten gestützt sein und ergebnisorientiert evaluiert werden, im Sinne eines Benchmarking. Es muss eine nationale Datenbank eingerichtet werden.

Drittens muss der Verbesserungsprozess den Patienten, die Patientin in den Mittelpunkt stellen. Die Evaluation der Interaktionen ist ebenso wichtig wie die Gestaltung der Behandlungsprozesse. Ein Qualitäts-Management, das die Meinung der Patienten ignoriert, ist nicht glaubwürdig.

Viertens muss es in einem Gesundheitssystem, das Anreize für eine Begrenzung der Pflegeleistungen bereithält, auch Anreize für Qualitätsarbeit geben. Einem Überangebot an bestimmten Leistungen steht ein ungenügendes Leistungsangebot, vor allem für chronische Fälle, gegenüber.

Fünftens muss bei der Umsetzung schlechte Qualität ausgemerzt werden, denn sie verursacht Kosten, die gezielt verringert werden können.

9. Zusammenfassung der Empfehlungen

Im Lichte unserer Analyse können wir die folgenden neun Punkte vorschlagen, welche die Qualität eines Gesundheitssystems verbessern können:

Strukturen:

- Qualitäts- und Effizienzanreize durch strukturelle, finanzielle und informative Massnahmen (Qualitätszirkel, Belohnung der Akteure)
- Bessere Koordination der beruflichen Qualitätsanforderungen auf Bundes- und Kantonebene
- Förderung einer Fortschrittskultur durch Anpassung des Zivilrechts an das Konzept der kollektiven Verantwortung, unter Betonung der Transparenz, einer positiven Fehlerkultur und der «Rückverfolgbarkeit»; Subventionen für Gesundheitsinfrastrukturen sind von der Transparenz der Ergebnisse abhängig zu machen.

Prozesse:

- Bessere Ausbildung der Gesundheitsberufe, auch im Hinblick auf Dienstleistungen, Information und Patientenrecht sowie im Umgang mit Guidelines und Entscheidungshilfen
- Einführung einer gesicherten elektronischen Patientenkarte auf Bundesebene zur Erfassung ärztlicher und pharmazeutischer Daten
- Ausarbeitung einer Qualitätscharta für die Gesundheitsberufe, um die Spielregeln zu definieren, Argwohn und Konflikte zwischen den Akteuren zu vermeiden und die Zusammenarbeit im Sinne eines «continuum of care» zu fördern

Ergebnisse :

- Bewertung der Ergebnisse im Gesundheitswesen mit Hilfe von klinischen Indikatoren, die von der Beobachtungsstelle einheitlich erhoben werden
- Vermeidung von Deregulierung und wildem Wettbewerb; Respektierung der sozialen Dimension des Gesundheitswesens und der Erwartungen der Bevölkerung an die medizinische Ethik
- Ausrichtung aller Qualitätsbemühungen auf die ständige Verbesserung der Lebensqualität der Patienten

Bibliographie

Bücher, Artikel

- Bailly A., Périat M.** : *Médecimétrie : une nouvelle approche de la santé*. Paris, Economica, 1995
- Bailly A., Mirimanoff P.** : *Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment*. Actes des entretiens de Beaulieu 2000, Médecine & Hygiène, numéro spécial, juin 2001
- Béresniack A., Duru G.** : *Economie de la santé*. Paris, Economica, 2001
- Berwick D.M.** : *Continuous improvement as an ideal in health care*. N. Eng. J. Med., 320, 53-56, 1989.
- Brennan T.A., Berwick D.M.** : *New Rules, Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care*. San Franscisco, Jossey Bass Publishers, 1996.
- Brommels M.** : *Reforms and realities*, European health reform n° 7, 1998, pp. 3-5
- Contandriopoulos A.-P.** : *Transformer le système de santé*. Ruptures, vol. 3. n° 1, 1996, pp. 10-17
- Curtis S., Taket A.** : *Health and societies : changing perspectives*. London , Arnold, 1996
- Denis J.-L. et all.** : *Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé*. Ruptures, vol. 4, n°1, 1997, pp. 96-114
- Donabedian A.** : *Evaluating the Quality of Care*. Milbank memorial fundation quality, 44 (3), July 1966
- Donabedian A.** : *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA, 260, 1743-1748, 1988.
- EQUAM Stiftung** : *EQUAM HMO Standards*, Basel, 2000
- Landon B. E., Epstein A. M.** : *Quality Management Practices in Medicaid Managed Care*. JAMA, 1999 ; 282 : 1769 . 1775
- Mintzberg H.** : *Structure et dynamique des organisations*. Paris, Les éditions d'Organisation, 1982
- Mintzberg H.** : *Managing government, governing management*. Harward Business Review, May - June 1996, pp. 75-83
- Muff P., Egger R., Lysser M., Meier-Abt P., Reymond J.-Ph., Scheidegger D.** : *Risques et sécurité de l'utilisation des médicaments à l'hôpital ; Risiken und Sicherheit des Arzneimittelgebrauchs im Spital*. Bulletin des Médecins Suisses, 82, 1800-1803, 2001

Dossiers Forum 2005 Santé-Gesundheit

- Forum Santé 2000** : *Une conception globale de la filière santé*. Genève : Sanofi-Synthélabo, 1999
- Forum Santé 2000** : *La politique du médicament dans l'incertitude : vers une réflexion globale*. Genève : Sanofi-Synthélabo, 2000
- Forum 2005 Santé** : *Des réseaux gagnants, des réseaux perdants ? Propositions pour des réseaux de santé ambulatoires en Suisse*. Genève, Sanofi-Synthélabo, 2001

Websites

<http://www.apeq.ch/> : Stelle für Qualitätsförderung und –bewertung im Gesundheitswesen. Entwickelt spezifische Qualitätsprogramme für die verschiedenen Aufgaben der Institutionen; ihre Programme sind ISO-9001-kompatibel. Auf Anfrage nimmt die APEQ auch Bewertungen anhand ihrer Programme vor. Fachleute des Gesundheitswesens arbeiten die Programme aus und nehmen auch die Zertifizierungen vor.

[http://www.hplus.ch/main/Show\\$Id=547.html](http://www.hplus.ch/main/Show$Id=547.html) : H+ hat ein Qualitätskonzept ausgearbeitet und mit dem Konkordat der Schweizer Krankenversicherer einen Rahmenvertrag abgeschlossen.

<http://www.vqg.ch/> : Die Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen (VQG) definiert sich als eine von den Leistungserbringern unabhängige Organisation. In enger Zusammenarbeit mit den Kostenträgern des Gesundheitswesens (Kranken- und Unfallversicherer, Konferenz der Sanitätsdirektoren) will sie ihre Mitglieder befähigen, die Anforderungen an die Qualitätssicherung gemäss Art. 58 KVG und Art. 77 KVV zu erfüllen.

<http://www.fmh.ch/> : AP-QP Warum muss die FMH sich mit Fragen der Qualitätssicherung und ihrer Förderung auseinandersetzen, und warum muss sie auf diesem Gebiet eine entscheidende Rolle spielen?

<http://www.pharmagate.ch> : Der Schweizerische Apothekerverband hat ein Programm für die ständige Verbesserung der Qualität in den Apotheken – QMS-Pharmacie – eingeführt. Es beruht auf einer neuen, offiziell eingetragenen Norm: ISAS QMS-Pharma 2010.

<http://www.gsasa.ch/gsasa/global/navigation.asp> : Diverse Dokumente zur Förderung der Qualität des institutionellen Heilmittelprozesses.

<http://www.isasgroup.com> , «standardization services» und «access to ISAS standards». Vorläufig ist die Teilnahme am Programm QMS-Pharmacie freiwillig. Als Anreiz wird Apothekern, die ein bestimmtes Qualitätsniveau erreichen, ein internationales ISAS-Qualitätszertifikat verliehen, das für zwei Jahre gültig ist.

http://www.fr.ch/ssp/news/200012/qualite_grsp.asp : Die Gruppe der Sanitätsdienste der Westschweizer Kantone, des Kantons Bern und des Kantons Tessin (GRSP) hat eine Arbeitsgruppe beauftragt, einen Bericht über Tätigkeiten auf nationaler Ebene im Bereich der Qualitätsförderung und –bewertung zu erstellen und sich Gedanken zur Rolle des Staates auf diesem Gebiet zu machen.

BSV: Das Bundesamt für Sozialversicherung hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich beauftragt, eine Bilanz über die Tätigkeit der Berufsverbände zu erstellen. Der Bericht über diese Bilanz wurde vom BSV unter dem Titel «Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme» (Forschungsbericht Nr. 10/99) veröffentlicht. Er kann angefordert werden unter der Adresse

<http://www.admin.ch/edmz/drucksa/zivil/318.010.10.99d.htm>

<http://www.hospvd.ch/public/ise/autres-themes/strat.htm> : Strategien für die Förderung der Pflegequalität: einige Vorschläge für den Kanton Waadt. Hervé Guillain, Thierry Blanc, 1997.

<http://www.anaes.fr/> : Nationale Akkreditierungs- und Bewertungsstelle für das Gesundheitswesen (Frankreich). ANAES hat die Aufgabe, den Kenntnisstand über diagnostische und therapeutische Strategien in der Medizin zu ermitteln und zur Verbesserung der Qualität und der Sicherheit der Pflege im Spital und in der Arztpraxis beizutragen.

<http://www.jcaho.org/> : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA).

<http://www.cchsa.ca/> : Die kanadische Zulassungsstelle für Gesundheitsdienste spielt eine Rolle von beispielloser Bedeutung. Unser Auftrag – den Gesundheitsdiensten helfen, im Interesse aller Benutzer optimale Leistungen zu erbringen – ist besonders relevant in der heutigen Zeit wachsender Bedürfnisse, ständigen Wandels und finanzieller Sachzwänge.

<http://www.iso.ch>: Ein Netzwerk von nationalen Normeninstituten in 140 Ländern, die in Partnerschaft mit internationalen Organisationen, Regierungen, Industrie, Wirtschaft und Verbrauchervertretern tätig sind. Eine Brücke zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor.

<http://www.efqm.org/> : Seit mehr als zehn Jahren hilft EFQM der europäischen Wirtschaft, durch modernste Management-Methoden ihre Produkte und Dienstleistungen zu verbessern.

<http://www.who.int/health-services-delivery/performance/accreditation/index.htm> : Weltgesundheitsorganisation: Einführung in die Qualitätssicherung und Akkreditierung im Gesundheitswesen.

<http://www.fip.nl> , [policy statements](#) : Der internationale Pharmazieverband (FIP) hat verschiedene Empfehlungen (Guidelines) über die Verantwortung und die Leistungen des Apothekers herausgegeben (siehe insbesondere die jüngste Fassung der allgemeinen Empfehlungen für *good practice* in der Apotheke: Standards for quality of pharmacy services [1977]).

Anhang

Gesetzesartikel

Art. 58 Qualitätssicherung (KVG)

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.

Art. 77 Qualitätssicherung (KVV)

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 BSV über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BSV 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.

Art. 135 Qualitätssicherung (KVV)

Die Verträge nach Artikel 77 Absatz 1 der Verordnung sind bis zum 31. Dezember 1997 abzuschliessen.