

**Gesundheits-, Sozial- und
Integrationsdirektion
des Kantons Bern**

Spitalamt

**Direction de la santé, des
affaires sociales et
de l'intégration
du canton de Berne**

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1
3011 Bern
Telefon +41 31 633 79 65
Telefax +41 31 633 79 67
www.gef.be.ch/gsi
info.spa@gef.be.ch



Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern

Juli 2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	iii
Management Summary	iv
1 Einleitung	1
1.1 Zum Rahmenkonzept	1
1.2 Inhaltsübersicht	1
1.3 Erstellung des Rahmenkonzepts	1
2 Rahmenbedingungen für die externe kantonale Qualitätssicherung bei Spitälern und Kliniken	2
2.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	2
2.1.1 Qualitätsstrategie, Strategie NOSO und Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) des Bundes	2
2.1.2 Versorgungsplanung 2016 des Kantons Bern	3
2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	4
2.2.1 Das Krankenversicherungsgesetz des Bundes (KVG)	4
2.2.2 Das Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern (SpVG)	5
2.3 Qualitätsanforderungen für Leistungsaufträge für die Spitallisten	6
2.3.1 Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)	6
2.3.2 Spitalleistungsgruppensystematiken für die Spitallisten	6
2.3.3 Mindestfallzahlen	7
2.4 Einführung von Qualitätsindikatoren für die Behandlungsqualität	8
2.4.1 Qualitätsindikatoren des BAG	8
2.4.2 Qualitätsindikatoren des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)	8
2.4.3 Weitere bestehende Qualitätsindikatoren	9
2.5 Bestehende öffentlich zugängliche Informationen über die Patientensicherheit und Behandlungsqualität	10
2.5.1 Öffentlich zugängliche Qualitätsberichte	10
2.5.2 Öffentlich zugängliche Spitalvergleiche	10
3 Grundzüge der kantonalen Qualitätssicherung der Spitälern und Kliniken	12
3.1 Anwendungsbereich	12
3.2 Ziel und Zweck der kantonalen Qualitätssicherung	12
3.3 Qualitätsverständnis	13
3.4 Das Qualitätshaus: Grundelemente der kantonalen Qualitätssicherung	16
3.5 Rollen- und Aufgabenverständnis des Kantons	17

4	Qualitätsindikatoren und ihre Implikationen für die kantonale Qualitätssicherung	19
4.1	Implikationen für das Qualitäts-Monitoring	19
4.2	Eigenschaften belastbarer Qualitätsindikatoren	19
4.3	Nützlichkeit und Praktikabilität von Qualitätsindikatoren	20
5	Handlungsfelder.....	22
5.1	Etablierung von Kooperationsstrukturen mit Spitälern und Kliniken	22
5.2	Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessanforderungen	22
5.3	Einführung von Qualitätsindikatoren	22
5.3.1	Nutzung von etablierten ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren	22
5.3.2	Weiterentwicklung von ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren	23
5.3.3	Erprobung von indikationsorientierten Qualitätsindikatoren	28
5.4	Einbindung der Resultate der Überprüfung der Anforderungen: Betriebsbewilligungs- und Spitallistenanforderungen	25
5.5	Entwicklung eines kennzahlenbasierten Qualitäts-Monitorings	25
5.6	Einführung des strukturierten Dialogs	25
5.6.1	Strukturierter Dialog	26
5.6.2	Zielvereinbarungsprozess	27
5.7	Entwicklung der Rechenschaftslegung im Bereich der Patientensicherheit und Behandlungsqualität	29
5.8	Entwicklung der systematischen öffentlichen Berichterstattung über die Patientensicherheit und Behandlungsqualität (Public Reporting).....	30

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
HSM	Hochspezialisierte Medizin
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NHS	National Health Service (Grossbritannien)
NOSO	Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von behandlungsassoziierten Infektionen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
QABE	Qualität in den Akutspitälern des Kantons Bern
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SMB	Swiss Medical Board
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppen
SpVG	Spitalversorgungsgesetz des Kanton Bern
SpVV	Verordnung zum Spitalversorgungsgesetz des Kanton Bern
StAR	Nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen

Management Summary

Ziel der kantonalen Qualitätssicherung ist eine hohe Patientensicherheit und gute Behandlungsqualität im ganzen Kanton Bern in den drei Versorgungsbereichen Akutsomatik (einschliesslich Geburtshäuser), Rehabilitation und Psychiatrie. Bisher fusste die kantonale Qualitätssicherung auf dem klassischen Qualitätsverständnis, wonach erfüllte Qualitätsanforderungen eine hohe Patientensicherheit und Behandlungsqualität garantieren. Entsprechend sorgte der Kanton dafür, dass Spitäler und Kliniken Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität erfüllen. Spitäler und Kliniken sind jedoch komplexe Organisationen. Erfüllte Anforderungen führen nicht zwingend zu einer hohen Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Zur Überprüfung der tatsächlichen Patientensicherheit und Behandlungsqualität führt der Kanton Bern deshalb insbesondere Indikatoren für die Ergebnisqualität ein. Dies steht auch im Einklang mit den kantonalen und nationalen gesetzlichen Vorgaben.

Die Ergebnisqualität der Spitäler und Kliniken bildet inskünftig die Grundlage für das Qualitäts-Monitoring und für den dazugehörigen strukturierten Dialog zwischen Kanton und Spitälern bzw. Kliniken. Bei beobachteten auffälligen Qualitätsindikatoren – also einem möglichen Hinweis auf Qualitätsmängel – findet zwischen den Leistungserbringern und dem Kanton ein strukturierter Dialog statt. Dieser zielt auf die Wiederherstellung einer hohen Patientensicherheit und Behandlungsqualität ab. Bei Bedarf kann er in eine Zielvereinbarung zwischen Leistungserbringer und Kanton münden. Längerfristig könnten dafür geeignete Qualitätsindikatoren zusätzlich zu den anderen Planungskriterien bei der Vergabe von Leistungsaufträgen für die Spitallisten berücksichtigt werden.

Parallel zur Entwicklung des Qualitäts-Monitorings und zur Einführung des strukturierten Dialogs überwacht der Kanton im Rahmen der Überprüfung der Anforderungen die Erfüllung der Anforderungen bzgl. Betriebsbewilligung und Spitalliste. Regierungsrat und breite Öffentlichkeit werden stufengerecht über die Ergebnisse des Qualitäts-Monitorings (und der Überprüfung der Anforderungen) informiert. Ausserdem strebt der Kanton eine systematische Berichterstattung über die tatsächliche Patientensicherheit und Behandlungsqualität in den Berner Spitälern und Kliniken an (Public Reporting). Dies ermöglicht zuweisenden Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten eine faktenbasierte Spitalwahl. Die kantonale Qualitätssicherung schafft damit auch mehr Transparenz und stärkt den Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern.

Die Weiterentwicklung der kantonalen Qualitätssicherung hat bereits begonnen und wird in den drei Versorgungsbereichen parallel vorangetrieben. Verteilt über mehrere Jahre werden Qualitätsindikatoren modular in die Qualitätssicherungsprozesse integriert. Dies ermöglicht einen flexiblen Umgang mit den benötigten finanziellen und personellen Ressourcen.

Einleitung

1.1 Zum Rahmenkonzept

Im vorliegenden Rahmenkonzept werden Umfang und Grundzüge der zukünftigen kantonalen Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken¹ in den Versorgungsbereichen Akutsomatik (einschliesslich Geburtshäuser), Rehabilitation und Psychiatrie dargelegt. Es zeigt die wichtigsten Handlungsfelder auf und erläutert, wie der Kanton bei der mehrjährigen Weiterentwicklung der kantonalen Qualitätssicherung vorgeht und die Spitäler und Kliniken bei der Umsetzung einbindet.

Primär dient das Rahmenkonzept der Regierung und den Behörden als Grundlage für die Detailplanungen zur Umsetzung der kantonalen Qualitätssicherung. Interessierte Leistungserbringer können sich anhand des Rahmenkonzepts ein Bild über die anstehenden Veränderungen machen und mögliche Anpassungen in den Führungs- und Organisationsprozessen frühzeitig vornehmen. Ebenso bietet das Rahmenkonzept der Politik und der Berner Bevölkerung die Möglichkeit sich über die anstehenden Entwicklungen zu informieren.

1.2 Inhaltsübersicht

In Kapitel 2 werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die versorgungspolitischen Entwicklungen, welche für die kantonale Qualitätssicherung relevant sind, beschrieben. Kapitel 3 beschreibt Ziel und Zweck der kantonalen Qualitätssicherung, das dem Rahmenkonzept zugrundeliegende Qualitätsverständnis, die Grundelemente des Rahmenkonzepts sowie Rollen- und Aufgabenverständnis aus Sicht des Kantons. Kapitel 4 erläutert die methodischen Anforderungen an die Qualitätsindikatoren. Kapitel 5 zeigt schliesslich auf, wie die kantonale Qualitätssicherung in den nächsten Jahren in den drei Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) weiterentwickelt wird.

1.3 Erstellung des Rahmenkonzepts

Das Rahmenkonzept zur kantonalen Qualitätssicherung wurde unter Einbezug von Leistungserbringern zwischen Sommer 2015 und Herbst 2016 erstellt. Zum einen wurden Grundzüge des Konzepts mit Mitgliedern der QABE² im Rahmen von mehreren Sitzungen diskutiert. Zum anderen wurden die Grundzüge mit Vertretern der Geschäftsleitungen der Spitäler und Kliniken, in der Spitalversorgungskommission sowie in der Kommission Psychiatrie diskutiert.

Am 1. Mai 2017 hat der Direktor das Rahmenkonzept für die Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern genehmigt. Es dient fortan als Grundlage für Weisung des Direktors an das Spitalamt zur Umsetzung der Qualitätssicherung. Im Dezember 2020 wurde das Konzept überprüft und basierend auf der aktuellen Ausgangslage und den vorherrschenden Rahmenbedingungen aktualisiert.

¹ Die Verwendung des Begriffspaars „Spitäler und Kliniken“ erfolgt, um die Gleichstellung von Spitälern sowie von Rehabilitationskliniken, Psychiatriekliniken und anderen Kliniken mit stationärem Angebot (einschliesslich Geburtshäuser) zum Ausdruck zu bringen.

² QABE ist ein Akronym für Qualität in den Akutspitälern des Kantons Bern; siehe Abschnitt 2.4.

2 Rahmenbedingungen für die externe kantonale Qualitätssicherung bei Spitälern und Kliniken

Überträgt man die für die Schweiz geschätzte Zahl an Todesfällen, anderen Komplikationen (z.B. behandlungsassoziierte Infektionen³, Medikationsfehler⁴) und die dadurch entstehenden Mehrkosten⁵ auf den Kanton Bern, erleiden schätzungsweise rund 17'000 Patientinnen und Patienten pro Jahr in den Bernern Spitälern und Kliniken (einschliesslich Geburtshäuser und einschliesslich der Rehabilitationskliniken und der Psychatriekliniken) einen schädigenden medizinischen Zwischenfall. Rund 200 bis 300 Personen sterben jährlich an den Folgen eines vermeidbaren Zwischenfalls. Nebst dem Leid verursachen vermeidbare medizinische Zwischenfälle Zusatzbehandlungen und verlängern den Spitalaufenthalt. Im Kanton Bern dürften sich die geschätzten jährlichen Mehrkosten auf mindestens 30 Millionen Franken belaufen. Hinzu kommen unbekannte Mehrkosten von medizinisch ungerechtfertigten Behandlungen sowie diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.⁶

Um die Behandlungsqualität zu verbessern und einen Beitrag zur Kostenreduktion zu leisten, soll die bestehende kantonale Qualitätssicherung weiterentwickelt werden. Zu beachten sind dabei die gesundheitspolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Kantons- und Bundesebene sowie die Entwicklungen, welche KVG und SpVG ausgelöst haben. Richtungsweisend für die Weiterentwicklung sind auch die in den letzten Jahren entwickelten Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität für die Leistungsaufträge auf den kantonalen Spitalisten, die Erprobung von Qualitätsindikatoren sowie die verstärkte Information der Öffentlichkeit über die Behandlungsqualität.

2.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

2.1.1 Qualitätsstrategie, Strategie NOSO und Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) des Bundes

Der Bundesrat hat die gesundheitspolitischen Prioritäten in der 2013 verabschiedeten Strategie «Gesundheit 2020» festgelegt. «Gesundheit 2020» bezweckt die Sicherung der Lebensqualität, die Stärkung der Chancengleichheit, die Erhöhung der Versorgungsqualität und die Verbesserung der Transparenz. In dieser übergeordneten Strategie sind die Qualitätsstrategie für das Schweizerische Gesundheitswesen, die Strategie NOSO und die Strategie StAR verankert:

2009 hat der Bundesrat den Bericht zur Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen genehmigt und 2011 einen Bericht zur Konkretisierung gutgeheissen. Darin sind die Lancierung schweizweiter Qualitätsprogramme und die Vorbereitungsarbeiten zur

³ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (März 2016): Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO).

⁴ Stiftung für Patientensicherheit (2012): Die bittere Pille. In: Medikationsfehler, GS1 network 3/2012, Gesundheitswesen.

⁵ Bundesrat (2015): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) vom 4. Dezember 2015.

⁶ Siehe die BAG-Studie zur Operationshäufigkeit nach Versicherungsstatus (BAG (2016): Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten sowie die Empfehlungen der SGAIM zu den diagnostischen und therapeutischen Massnahmen (<https://www.smartermedicine.ch/de/home/newsPage/4.html>)

Schaffung eines nationalen Qualitätsinstituts zentral. Die Qualitätsprogramme zur Patientensicherheit werden seit 2012 in Form von Pilotprogrammen durch die Stiftung für Patientensicherheit umgesetzt. Um diese Programme auszubauen und auf eine stabile finanzielle Grundlage zu stellen sowie zur Stärkung der Kooperation und Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen haben die Eidgenössischen Räte am 21. Juni 2019 die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verabschiedet. Diese Änderung macht eine Teilrevision der KVV erforderlich. Diese setzt den Fokus auf eine Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems, der Einsetzung einer ausserparlamentarischen Qualitätskommission sowie den Abschluss von gesamtschweizerischen Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer.⁷ Die Änderungen sollen ab 2021 in Kraft treten.

Zudem hat der Bundesrat 2016 die nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO) verabschiedet. Ziel der Strategie ist die Senkung der healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) und die Verhinderung der Ausbreitung von potenziell gefährlichen Erregern. Die Strategie unterstützt Aktivitäten zur Entwicklung von nationalen Datengrundlagen, Richtlinien bis hin zu konkreten Interventionen zur Verhütung von HAI. Zurzeit sind Empfehlungen zu Mindestanforderungen für Akutspitäler in Erarbeitung. Die Umsetzung der Strategie erfolgt durch Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

Da Erreger von Infektionen immer häufiger Resistenzen entwickeln, ist die Strategie NOSO eng mit der 2015 verabschiedeten Nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) koordiniert. Ziel von StAR ist die langfristige Sicherstellung der Wirksamkeit von Antibiotika und die Bekämpfung von Resistenzen bei Menschen, Tieren und Pflanzen.

2.1.2 Versorgungsplanung 2016 des Kantons Bern

Am 14. Dezember 2016 hat der Regierungsrat des Kantons Bern die Versorgungsplanung 2016 genehmigt. Diese ist das zentrale Planungsinstrument für die spitalgebundene Gesundheitsversorgung. Die Bedarfsprognosen wurden 2016 publiziert und 2020 aktualisiert; der aktualisierte Planungshorizont der Versorgungsplanung 2016 umfasst die Periode bis und mit dem Jahr 2030.⁸ Die Versorgungsplanung legt Art und Umfang der für die bedarfsgerechte Versorgung der Wohnbevölkerung des Kantons Bern erforderlichen stationären Leistungen in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie fest. Sie bildet die Grundlage für die Spitalisten bzw. für die Vergabe von standortbezogenen spezifischen Leistungsaufträgen an die Spitäler und Kliniken. Mit der Vergabe von Leistungsaufträgen wird v.a. in der Akutsomatik und Psychiatrie eine abgestufte Versorgung angestrebt: Leistungsaufträge für die Grundversorgung werden gestützt auf einer Versorgungsregel zur Erreichbarkeit der Spitalstandorte geplant; spezialisierte und hochspezialisierte Leistungsaufträge werden aus Qualitätsgründen auf wenige Standorte konzentriert.

Die Versorgungsplanung nennt verschiedene Handlungsfelder.⁹ Darunter das Handlungsfeld „Integrierte Versorgung“, das im Spitalversorgungsgesetz verankert ist (Art. 3 SpVG). Inte-

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherungsrevisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>

⁸ Vgl. www.be.ch/versorgungsplanung.

⁹ Die versorgungsbezogenen Handlungsfelder sind Integrierte Versorgung; Palliative Versorgung; Post-Akut-Pflege/Nachsorge nach einem Akutspital; Geriatriische Versorgung; Versorgung von Patientinnen

grierte Versorgung ist ein versorgungspolitisches Konzept zur Überwindung der fragmentierten Versorgung, das zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Reduktion der Kosten (z.B. kürzere Aufenthaltsdauer, weniger Wiedereintritte) beitragen soll. Der Kanton erwartet, dass die Leistungserbringer den Leitgedanken der Integrierten Versorgung folgen. Dazu zählen die Stärkung der Patientenzentrierung und der Kontinuität der Behandlung.¹⁰ Patientenzentrierung bedeutet, dass die betroffenen Personen an Entscheidungsprozessen mitwirken und Entscheidungen bezüglich der Behandlung im Einklang mit ihren Präferenzen treffen können.¹¹ Umgesetzt hat es einen grossen Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung¹². Ebenso wichtig ist, dass die Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Behandlung erfahren. Dies schliesst Kontinuität innerhalb einer Institution genauso ein wie reibungslose Übergänge zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Letzteres erfordert unter anderem eine Zusammenarbeit zwischen vor- und nachbetreuenden Einrichtungen und einen geregelten und systematischen Informationsaustausch.

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

2.2.1 Das Krankenversicherungsgesetz des Bundes (KVG)

Das KVG verfolgt das Ziel einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten (KVG Art. 39 und Art. 43). Dabei werden den Kantonen jedoch weitreichende Zuständigkeiten zugeordnet: den Kantonen fällt zum einen die Aufgabe zu, die bedarfsnotwendigen Spitalleistungen bevölkerungsbezogen zu ermitteln; sie dürfen weder eine Über- noch eine Unterversorgung planen (KVG Art. 41 und Art. 45). Zum anderen erlassen die Kantone interkantonal koordinierte und auf Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien gestützte Spitallisten. Damit teilen sie die bedarfsnotwendigen Spitalleistungen den Spitälern und Kliniken zu (KVG Art. 39 sowie KVV Art. 58b).

Hauptaufgabe der Listenspitäler ist die Erbringung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Spitalleistungen (KVG Art. 32 sowie Art. 43 Lit. 6). Dabei verpflichtet sie das KVG, Programme zur Qualitätssicherung und -entwicklung zu erarbeiten und umzusetzen (KVV Art. 77). Dies führte zur Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)¹³. Auch der Nachweis von betrieblichen Qualitätssicherungsmechanismen ist obligatorisch (KVV Art. 59d Absatz 1 Buchstabe b). Darüber hinaus sind die

und Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall; Notfallversorgung; Geburtshilfliche Versorgung; Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen; Psychosomatische Rehabilitation; Frührehabilitation; Psychiatrische Akutbehandlungen zu Hause; Rettungsdienste und Nicht-universitäre Gesundheitsberufe. Weitere Handlungsfelder sind: eHealth; Kantonale Qualitätssicherung und Mindestfallzahlen. Aus: Kanton Bern (2016): Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz, Seite 206ff.

¹⁰ Vortrag zum Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern, Seite 19.

¹¹ WHO, Regional Office for Europe (2013): Roadmap. Strengthening people-centered health systems in the WHO European Region. A framework for Action towards Coordinated / Integrated Health Services Delivery (CIHSD).

¹² Siehe D. Klemperer (2005): Shared Decision Making – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin (Teil 1 und Teil 2) sowie M. Härter (2014): Patientenzentrierung im Kontext der Versorgung chronischer Kranker.

¹³ Siehe Abschnitt 2.4.2, Seite 12.

Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet, die effektive Qualität ihrer Leistungen zu dokumentieren und Daten für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser zu liefern (KVG Art. 23).¹⁴ Für die Datenerhebung und -auswertung ist das Bundesamt für Statistik (BFS) zuständig. Die gesetzlich geforderten Betriebsvergleiche zur Behandlungsqualität – die sogenannten Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler – erstellt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (KVG Art. 23 und Art. 49 Absatz 8 sowie KVV Art. 31).

Nach der Verabschiedung der Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) durch das Parlament im Juni 2019, ist eine Teilrevision der KVV erforderlich. Diese sieht ab 2021 die Umsetzung der verabschiedeten Massnahmen, darunter die Einsetzung einer Eidgenössischen Qualitätskommission sowie den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen den Tarifpartnern, vor.¹⁵

2.2.2 Das Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern (SpVG)

Wie das KVG fordert auch das kantonale Spitalversorgungsgesetz SpVG (Art. 3) eine allgemein zugängliche, bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochstehende Spitalversorgung. Der Kanton ist in allen drei Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) zuständig für die gesundheitspolizeiliche Zulassung der Leistungserbringer, die Sicherstellung der Spitalversorgung (einschliesslich der Bereitstellung eines Rettungswesens sowie des benötigten beruflichen Nachwuchses in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen) und die Aufsicht über die Leistungserbringer. Er ist verpflichtet, die Behandlungsqualität sämtlicher Spitäler und Kliniken anhand von Betriebsvergleichen regelmässig zu überprüfen. Bei Bedarf ist er befugt, steuernd einzugreifen.

Mit verschiedenen Instrumenten stellt der Kanton sicher, dass sich die Leistungserbringer an den nationalen und kantonalen Versorgungszielen orientieren. Eine hohe Versorgungsqualität ist gegeben, wenn auf kantonaler Ebene eine allgemein zugängliche, bedarfsgerechte und wirtschaftlich tragbare Versorgung mit qualitativ hochstehenden Spitaldienstleistungen besteht, die sich zudem an den Grundsätzen der Integrierten Versorgung orientiert (Patientenzentrierung und Behandlungskontinuität).¹⁶ Für die Sicherung einer hohen Versorgungsqualität im Kanton Bern sind folgende kantonale Instrumente zentral:

- die Betriebsbewilligung gemäss SpVG Art. 119 ff., welche als gesundheitspolizeiliches Instrument die Voraussetzung für jegliche stationäre Tätigkeit bildet. Zu beachten ist insbesondere SpVG Art. 120, mit welchem Anforderungen für die Erteilung von Betriebsbewilligungen definiert werden.
- die Versorgungsplanung gemäss SpVG Art. 6, mit welcher die im KVG verankerte Spitalplanungspflicht der Kantone umgesetzt wird (KVG Art. 39).

¹⁴ Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser umfasst Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Erhoben werden soziodemographische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart oder Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnose, Operationen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer.

¹⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherungsrevisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>

¹⁶ Versorgungsqualität beschreibt die Qualität der Spitalversorgung auf regionaler Ebene bzw. auf verschiedenen Versorgungsstufen (regional, überregional, kantonal). Im Unterschied dazu bezieht sich die Behandlungsqualität auf die erbrachten Spitaldienstleistungen eines einzelnen Spitals.

- die Spitallisten und die dazugehörigen Leistungsaufträge gemäss SpVG Art. 17 und 18, über welche die Zulassung zur Abrechnung der Spitalleistungen über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) geregelt wird. Zu beachten ist insbesondere SpVV Art. 11b, mit welchem Kriterien für die Qualität festgelegt werden, die bei der Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitälern berücksichtigt werden müssen.
- die Leistungsverträge gemäss SpVG Art. 8, mit welchen weitere bedarfsnotwendige Leistungen bereitgestellt werden.
- die Überprüfung der Versorgungsqualität gemäss SpVG Art. 3 Absatz 4, welche den Leistungserbringern gleichzeitig eine umfassende Datenlieferungspflicht auferlegt.
- die Sanktionierung der Leistungserbringer bei Verletzungen von Anforderungen und Pflichten in Verbindung mit einer Betriebsbewilligung (SpVG Art. 123 und 124), mit Leistungsaufträgen (SpVG Art. 57) und Leistungsverträgen (SpVG Art. 10).
- die Veröffentlichung von standortbezogenen Ergebnissen der einzelnen Spitalbetriebe gemäss SpVG Art. 129: Der Kanton wird darin u.a. befugt, die Ergebnisse der vergleichenden Überprüfung der Qualität zu publizieren.

2.3 Qualitätsanforderungen für Leistungsaufträge für die Spitalisten

Verschiedene Anforderungen gewährleisten, dass an jedem Spital- oder Klinikstandort grundsätzlich ein Mindestmass an Behandlungsqualität als Struktur- und Prozessqualität sowie als Ergebnisqualität¹⁷ erwartet werden kann:

2.3.1 Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)

Leistungen aus dem Bereich der hochspezialisierten Medizin sind nicht nur kostenintensiv, sondern auch selten und komplex. Daher gelten sie als besonders qualitätssensibel. Das KVG sieht für die hochspezialisierte Medizin deshalb vor, dass die Leistungen schweizweit geplant werden (KVG Art. 39, Absatz 2bis). Im Jahr 2008 haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin, IVHSM, abgeschlossen und die Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) dem interkantonalen Beschlussorgan übertragen. Das HSM Beschlussorgan weist bestimmte Leistungen der hochspezialisierten Medizin zu und setzt die Qualitätsanforderungen fest. Seit 2011 werden schweizweite HSM-Spitallisten erlassen, aus denen hervorgeht, welche HSM-Leistungsaufträge den jeweiligen Spitälern zugeteilt werden. Diese Leistungsaufträge gehen den kantonalen Spitallistenaufträgen vor.

Derzeit erfolgt die Qualitätssicherung und -kontrolle der HSM-Leistungen durch das Beschlussorgan der IVHSM und die Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

2.3.2 Spitalleistungsgruppensystematiken für die Spitalisten

Im Hinblick auf die gesetzliche Verpflichtung, die Versorgungsplanung zu koordinieren und in Kategorien gegliederte Spitallisten zu erstellen (KVG Art. 39 sowie KVV Art. 58b), übernahm der Kanton Bern im Jahr 2014 die Zürcher Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik Akut-somatik (kurz: SPLG-Systematik Akutsomatik). Sie definiert spezifische Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität für insgesamt rund 140 akutsomatische Leistungsgruppen. Inzwischen stützen die meisten Kantone ihre Spitallisten auf die Zürcher SPLG-Systematik ab. Seit 2015 unterstützt die Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren

¹⁷ Die Definition des Begriffs Behandlungsqualität orientiert sich an SAMW (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität verwendet, Seite 7ff..

(GDK) die koordinierte Weiterentwicklung der Anforderungen. Materiell werden die Änderungsanträge von der Gesundheitsdirektion Zürich bearbeitet. Im Rahmen eines transparenten Verfahrens der Arbeitsgruppe ASLA¹⁸ passte der Kanton Bern die SPLG-Systematik Akutsomatik in den Jahren 2016 und 2017 an die Berner Verhältnisse an. Die angewandte Zürcher SPLG-Systematik wurde dabei nicht grundsätzlich bestritten. Eine Differenzierung der Anforderungen hinsichtlich der bernischen Gegebenheiten drängte sich jedoch auf, beispielsweise bei der geforderten Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten. Es galt, den der Zürcher SPLG-Systematik zugrundeliegenden „medizinisch-qualitativen Sinn“ zu eruieren und gleichwertige „funktionale Äquivalente“ zu den bestehenden Anforderungen zu finden, bzw. wurde geklärt, wie dasselbe Ergebnis mit anderen Mitteln erreicht werden kann. Die vorgeschlagenen Alternativen mussten konkret, präzise, überprüfbar (Aufsicht) und transparent sein und gegen aussen verständlich kommuniziert werden können. Die durch die ASLA entwickelte SPLG-Systematik Akutsomatik BE wurde der Berner Spitalliste Akutsomatik anlässlich der Gesamterneuerung zu Grunde gelegt. Die neue Berner Spitalliste Akutsomatik ist seit dem 1.7.2019 in Kraft.

Für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation hat der Kanton Bern unter Einbezug von Fachpersonen¹⁹ ebenfalls leistungsgruppenspezifische Anforderungen definiert bzw. aus anderen Kantonen vorliegende Anforderungskataloge weiterentwickelt (SPLG-Systematik Psychiatrie BE und SPLG-Systematik Rehabilitation BE). Diese wurden für die Gesamterneuerung der Spitallisten auf Basis der Versorgungsplanung 2016 erstmalig angewendet und per 1.1.2020 (Psychiatrie) respektive 1.1.2021 (Rehabilitation) in Kraft gesetzt.

Im Bereich der Rehabilitation gibt es seit 2020 zudem Bestrebungen für eine Harmonisierung der SPLG-Systematik Rehabilitation zwischen den Kantonen, welche durch die GDK koordiniert wird.

2.3.3 Mindestfallzahlen

In der SPLG-Systematik Akutsomatik BE sind für 26 von insgesamt rund 140 Leistungsgruppen Mindestfallzahlen festgelegt, welche die Spitalstandorte pro Jahr jeweils erbringen müssen. Davon betroffen sind Behandlungsverfahren mit einem hohen Spezialisierungsgrad. In der Regel beträgt die Mindestfallzahl 10 Fälle pro Spitalstandort und Jahr. In ausgewählten Leistungsgruppen gelten aufgrund der medizinischen Evidenz höhere Fallzahlen (z.B. Behandlung von malignen Neoplasien der Lunge; Bariatrische Chirurgie; Koronarchirurgie). Gestützt auf die Empfehlungen der ASLA passte der Kanton Bern die Anzahl Mindestfallzahlen für einzelne Leistungsgruppen in der SPLG-Systematik Akutsomatik BE an Berner Verhältnisse an, namentlich im Bereich Erstprothesen Hüfte und Knie und im Bereich Wechseloperationen Hüft- und Knieprothetik.

In der Zürcher SPLG-Systematik werden zusätzlich zu den am Standort zu erbringenden Mindestfallzahlen auch Mindestfallzahlen pro Operateurin / Operateur vorgeschrieben. Im Kanton Bern wurde diese Anforderung bisher nicht eingeführt.

¹⁸ „Arbeitsgruppe Anpassung Spitallistenanforderungen“ bestehend aus Vertretern der Spitalverbände von „die-spitäeler.be“ und vom „Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)“ einerseits und der GEF andererseits.

¹⁹ ASLA Psychiatrie BE und ASLA Rehabilitation BE.

2.4 Einführung von Qualitätsindikatoren für die Behandlungsqualität

Unter der Federführung des Kantons haben Berner Spitäler und Kliniken bereits zu Beginn des Jahrtausends Qualitätsmessungen einheitlich durchgeführt. Zu diesem Zweck gründet der Kanton 2002 ein Gremium, in dem die Berner Spitäler, die Versicherer und der Kanton vertreten sind. Diese Steuerungsgruppe QABE²⁰ tagte mehrmals jährlich und verpflichtete sich sogar vertraglich, kantonale Qualitätsmessungen zu entwickeln, umzusetzen und deren Ergebnisse gemeinsam zu diskutieren.

Seit einigen Jahren publizieren das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken) nationale Messreihen zu medizinischen Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsindikatoren sind inzwischen anerkannt und in den betreffenden Versorgungsbereichen etabliert. Derzeit haben sie die kantonalen Qualitätsmessungen weitgehend ersetzt.

2.4.1 Qualitätsindikatoren des BAG

Die Qualitätsindikatoren des BAG basieren auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS). Seit dem Erhebungsjahr 2008 werden sie vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) transparent veröffentlicht; die erste flächendeckende Veröffentlichung erfolgte 2011.

Die Qualitätsindikatoren decken rund 115 Krankheitsbilder bzw. Eingriffe aus 10 Bereichen ab. Bei der Wahl der Krankheitsbilder wurde sichergestellt, dass sie sich für Ergebnisqualitätsmessung eignen. Sie weist Angaben zu den Sterberaten – teils stratifiziert für das Alter und Behandlungsmerkmale – sowie Behandlungsfallzahlen aus, welche Hinweise auf Erfahrung eines Spitals mit einer bestimmten Behandlung und eine Beurteilung der Aussagekraft der Sterberaten ermöglichen. Zudem umfasst sie Informationen zu den Behandlungsverfahren (Anteilswerte, Spezialinformationen) und Aufenthaltsdauer.

Die Qualitätsindikatoren des BAG werden unternehmens- und nicht standortspezifisch ausgewertet. Bei kleinen Spitälern wird ein Teil der Indikatoren aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht ausgewiesen. Die Ergebnisse der Auswertungen werden rund 1 ½ Jahre nach der Erhebung publiziert. Das BAG publiziert die Ergebnisse auf seiner Webseite und in jährlichen statistischen Publikationen («Kennzahlen der Schweizer Spitäler»: 7 Seiten Tabellen pro Spital). Für die Spitäler erstellt es zusätzlich spitalspezifische Detailauswertungen (400 Seiten Auswertungen pro Spital).

2.4.2 Qualitätsindikatoren des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ)

Der Verein ANQ wurde von H+ Die Spitäler der Schweiz, den Versicherern und der GDK im Jahr 2009 gegründet. 2011 haben ANQ und die erwähnten Organisationen den Nationalen Qualitätsvertrag abgeschlossen. Seither koordiniert ANQ die einheitliche Umsetzung der Qualitätsmessungen in den Spitälern und Kliniken in der Akutsomatik (ohne Geburtshäuser), Rehabilitation und Psychiatrie. Erste schweizweite betriebsvergleichende Ergebnisse wurden 2011 veröffentlicht.

Die Qualitätsindikatoren des ANQ umfassen in den akutstationären Spitälern und Kliniken potentiell vermeidbare Re-Hospitalisationen und Re-Operationen, Wundinfektionen nach Operationen, Komplikationen bei Knie- und Hüftimplantaten sowie die Prävalenz von Druckge-

²⁰ QABE ist ein Akronym für Qualität in den Akutspitälern des Kantons Bern.

schwüren und Stürzen. Im Bereich der Rehabilitation gibt es indikationsspezifische Messungen unter anderem zum Behandlungsergebnis der muskuloskelettalen, neurologischen, kardiologischen und pneumologischen Rehabilitation. In den psychiatrischen Kliniken werden Symptombelastung und Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Massnahmen erhoben. Ergänzend erhebt ANQ in allen Versorgungsbereichen die Patientenzufriedenheit. Der Messplan des ANQ wird kontinuierlich weiterentwickelt. Derzeit werden Qualitätsindikatoren für Betriebsvergleiche bei Eingriffen an der Wirbelsäule eingeführt.

Je nach Messung basieren die Ergebnisse auf den Routedaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Re-Hospitalisationen und Re-Operationen in der Akutsomatik) oder auf gesonderten Erhebungsverfahren. Die Wundinfektions-Messungen und die Messungen in der Rehabilitation und Psychiatrie haben durchaus den Charakter von Vollerhebungen; die Patientenzufriedenheitsmessungen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie und die Prävalenzmessung von Druckgeschwüren und Stürzen sind zeitlich begrenzte Stichproben. ANQ wertet die Ergebnisse standortbezogen aus und weist auch Angaben zur Datenqualität aus. Die jährlichen standortbezogenen Betriebsvergleiche liegen je nach Messung 1 bis 2 Jahre nach dem Erhebungszeitpunkt vor. ANQ stellt sie als interaktive Grafik sowie in Form eines Nationalen Vergleichsbericht auf seiner Webseite dem Fachpublikum und einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung.

2.4.3 Weitere bestehende Qualitätsindikatoren

Bei den Qualitätsindikatoren des BAG und des ANQ handelt es sich um ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren. Sie geben Auskunft darüber, ob die Behandlung komplikationsfrei verlief und sich der Gesundheitszustand verbesserte – also wirksam war. Ergebnisorientierte Indikatoren sind jedoch ungeeignet um Fragen zur Zweckmässigkeit von Behandlungen bzw. einer möglichen Über- bzw. Fehlversorgung zu bearbeiten. Für solche Fragen werden Indikatoren zur Indikationsqualität benötigt. Sie geben Auskunft darüber, ob eine bestimmte Behandlung bei einem Krankheitsbild für einen Patienten zweckmässig ist, d.h. dem Patienten nützt. (siehe Abschnitt 3.3, Seite 13).

Indikationsorientierte Qualitätsindikatoren sind in der Schweiz wenig verbreitet. Beiträge in schweizerischen Fachmedien weisen jedoch auf die Relevanz des Themas in Bezug auf Fragen zur Überversorgung sowie in Bezug auf die Beurteilung der Ergebnisqualität hin. Der Kanton Basel Stadt verleiht diesem Thema einen gewissen Stellenwert und erhebt als erster Kanton die Indikationsqualität bei Knie- und Hüft- Totalendoprothese (TEP)^{21,22}

Im Ausland haben staatliche Organe, Versicherer und Leistungserbringer erste Erfahrungen mit indikationsorientierten Qualitätsindikatoren gemacht.²³ Als Beispiel erwähnt seien das

²¹ Eine Endoprothese ist ein medizinisches Implantat, dass z.B. ein Gelenk ersetzt und in der Regel dauerhaft im Körper verbleibt. Die Hüft-TEP ist der Ersatz des natürlichen Hüftgelenks und besteht aus Gelenkkopf und -pfanne. Eine totale Endoprothese des Kniegelenks beschreibt den vollständigen Ersatz des natürlichen Kniegelenks durch ein künstliches Scharniergelenk.

²² www.saez.ch/docs/saez/2015/5051/de/SAEZ-04163.pdf.

²³ Stausberg, Jürgen (2010): Zielsetzung von Qualitätsindikatoren und Einordnung von QKK. Quelle aufgerufen am 12.11.2015 auf www.caritas-trier.de.

QSR Verfahren²⁴, die externe vergleichende Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)²⁵ sowie der Kirchlichen Krankenhäuser (QKK)²⁶, eines grossen Unternehmens, das rund ein Drittel aller deutschen Allgemeinkrankenhäuser führt.

2.5 Bestehende öffentlich zugängliche Informationen über die Patientensicherheit und Behandlungsqualität

Mit der Bereitstellung von medizinischen Indikatoren über die Behandlungsqualität erfolgten erste Schritte zur öffentlichen Berichterstattung und zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Spitalwahl sowie zur Schaffung von mehr Transparenz über die Behandlungsqualität.

2.5.1 Öffentlich zugängliche Qualitätsberichte

Der Kanton Bern entwickelt vor gut 10 Jahren zusammen mit der QABE die Qualitätsberichterstattung. Seit 2008 werden die Qualitätsberichte der Akutspitäler veröffentlicht, seit 2012 jene der Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken. Darin berichten die Spitäler und Kliniken systematisch über die organisatorische Einordnung des Qualitätsmanagements, die Qualitätsstrategie, die Aktivitäten – einschliesslich Qualitätsmessungen – und ihrer Ergebnisse. Die Berner Berichtsvorlage bildete die Grundlage für die national einheitliche Berichtsvorlage, deren Weiterentwicklung seit 2011 unter der Federführung des Verband H+ Die Spitäler der Schweiz erfolgt.²⁷ Mehrere Kantone verpflichteten in Einklang mit der entsprechenden Empfehlung der GDK aus dem Jahr 2012 ihre Spitäler und Kliniken einen Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Der Kanton Bern erklärte jedoch ab dem Jahr 2017 die Ablieferung der Berichte an den Kanton als freiwillig und verzichtet seither auf deren Publikation auf der kantonalen Website.

Es bestehen unter Fachpersonen Zweifel, dass diese Berichte die breite Öffentlichkeit erreichen und als öffentliche Rechenschaftslegung taugen oder Patientinnen und Patienten sowie die Zuweisenden bei der Wahl von Spitälern unterstützen. Es zeigt sich, dass diese Berichte wenig bekannt und ihre Inhalte schwierig zu vermitteln sind. Qualität ist ein abstraktes Konzept und die Aussagekraft von einzelnen Qualitätsindikatoren ist schwierig zu interpretieren. Häufig fehlen in den Berichten Vergleichsinformationen und die verwendete Sprache ist von medizinischen Fachbegriffen geprägt. Öffentlich zugängliche Qualitätsberichte waren jedoch ein wichtiger erster Schritt der Spitäler und Kliniken zur Schaffung von mehr Transparenz über die Behandlungsqualität gegenüber Dritten.

2.5.2 Öffentlich zugängliche Spitalvergleiche

In den letzten Jahren entwickelt sich das Angebot an öffentlich zugänglichen Spitalvergleichsdiensten dynamisch. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, werden an dieser Stelle die Angebote des BAG, des ANQ sowie des Vereins Spitalvergleich Schweiz und von santésuisse kurz präsentiert.²⁸ Sowohl BAG als auch ANQ präsentieren die Ergebnisse ihrer

²⁴ www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de.

²⁵ <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-stationaer/>.

²⁶ www.qkk-online.de/index.php?id=15.

²⁷ <https://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht>.

²⁸ Weitere Vergleichsdienste betreiben comparis.ch, der Verein zur Förderung der Transparenz im Gesundheitswesen «VFTG» (www.SanoWatch.com) und H+ Die Spitäler der Schweiz (www.Spitalinformation.ch).

Qualitätsmessungen seit mehreren Jahren in Form von Spital- bzw. Klinikvergleichen und bieten Informationen zur Interpretation der Qualitätsindikatoren; dies allerdings mit vergleichsweise beschränkten Abfragemöglichkeiten. Beide Webseiten²⁹ sind öffentlich zugänglich, sie richten sich jedoch primär an ein Fachpublikum. Für Personen auf der Suche nach einem Spital oder für Personen, welche sich ein Bild über die Qualität der Spitäler in einer Region machen wollen, sind diese Webportale eher ungeeignet.

Ende 2015 erschienen in der Schweiz zwei Spitalvergleichsdienste, welche die Daten des BAG und ANQ in einer umfassenden und verständlicheren Weise aufbereitet haben und damit interessierte Personen bei der Spitalwahl unterstützen: Sowohl der Verein Spitalvergleich Schweiz³⁰ als auch *santésuisse*³¹ bieten den Patientinnen und Patienten mit ihren Vergleichsdiensten Möglichkeiten, Spitäler und Kliniken nach vordefinierten Kriterien unter Berücksichtigung eigener Präferenzen zu suchen (Distanz, Erfahrung bzw. Fallzahlen, Behandlungsergebnis, Patientenzufriedenheit). Die Ergebnisse lassen sich zudem in Form von Ranglisten darstellen. Ausserdem sind auf den Webseiten weitergehende und verständliche Informationen zur Interpretation der Qualitätsindikatoren schnell auffindbar. Ähnliche Vergleichsdienste gibt es im Ausland seit mehreren Jahren: Erwähnenswert ist der AOK-Krankenhausnavigator. Interessant ist die Aufbereitung verschiedener routinedaten-gestützter Indikatoren zur Behandlungsqualität zu einem Gesamtindikator, der mit einfach verständlichen Symbolen (sogenannte AOK-Lebensbäumchen) dargestellt wird.³² Auch der Britische Vergleichsdienst³³ oder derjenige von Medicare³⁴ (USA) bilden Gesamtindikatoren ab. Medicare bietet zusätzlich einen Ratgeber für die Nutzung von Spitalvergleichsdiensten und die Besprechung der Spitalwahl mit den Ärztinnen und Ärzten.

²⁹ Siehe www.bag.admin.ch/qiss sowie www.anq.ch/messergebnisse/.

³⁰ Der gemeinnützige und unabhängige Verein Spitalvergleich Schweiz hat seinen Sitz in Zürich. Er bezweckt die Förderung der Transparenz für Patienten über die Angebote des schweizerischen Gesundheitswesens. Der Verein ist nicht profitorientiert und hat keine Interessensbindungen. Sein Vergleichsdienst findet sich unter www.welches-spital.ch.

³¹ www.spitalfinder.ch.

³² www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/gs/kh_navigator/

³³ <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/services-we-regulate/find-hospital>.

³⁴ <https://www.medicare.gov/care-compare/?providerType=Hospital&redirect=true>.

3 Grundzüge der kantonalen Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken

In diesem Kapitel werden Anwendungsbereich, Ziel und Zweck, Qualitätsverständnis und Grundelemente der externen kantonalen Qualitätssicherung (kurz: kantonale Qualitätssicherung) sowie Rollen- und Aufgabenverständnis des Kantons erläutert.

3.1 Anwendungsbereich

Alle im Kanton Bern ansässigen Spitäler und Kliniken aus den Bereichen Akutsomatik (einschliesslich Geburtshäuser), Rehabilitation und Psychiatrie sowie ausserkantonale Einrichtungen auf der Berner Spitalliste stehen grundsätzlich im Fokus der kantonalen Qualitätssicherung. Auch auf die Geburtshäuser wird die kantonale Qualitätssicherung angewendet.

Die Qualität wird für jeden einzelnen Standort gesichert. Dies gilt für alle dort erbrachten Leistungen, einschliesslich der HSM-Leistungen in den Akutspitälern. Die Leistungen, welche im Rahmen der Integrierten spitalgebundenen Versorgung erbracht werden, sind ebenfalls Gegenstand der kantonalen Qualitätssicherung.

Das Rettungswesen und die Ausbildung des beruflichen Nachwuchses in den Gesundheitsberufen unterliegen gesonderten kantonalen Qualitätssicherungsmassnahmen.

3.2 Ziel und Zweck der kantonalen Qualitätssicherung

Der Kanton Bern strebt für die Berner Bevölkerung eine allgemein zugängliche, bedarfsgerechte, wirtschaftliche und qualitativ hochstehende Spitalversorgung an. Die kantonale Qualitätssicherung hat eine hohe Patientensicherheit und hochstehende Behandlungsqualität in allen Spitälern und Kliniken zum Ziel. Die Behandlungsqualität umfasst Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf der Ebene eines Spitals oder einer Klinik.³⁵ Patientensicherheit wird als ein spezifischer Aspekt der Ergebnisqualität verstanden, welcher behandlungsbezogene unerwünschte Ereignisse beschreibt.³⁶

Die kantonale Qualitätssicherung bezweckt in einem ersten Schritt die frühzeitige Erkennung von Auffälligkeiten und Verstössen, Sicherheits- und Qualitätsproblemen in Spitälern und Kliniken sowie die Wiederherstellung eines regelkonformen Zustands bzw. einer hochstehenden Behandlungsqualität. Sie soll bei den Leistungserbringern sowohl Mindestanforderungen durchsetzen als auch Verbesserungsprozesse anstossen (sog. Qualitätsentwicklung).

Die Erkenntnisse aus der kantonalen Qualitätssicherung gehen in die Versorgungsplanung ein. Sie können bei der Erteilung von Betriebsbewilligungen und Leistungsaufträgen sowie beim Abschluss von Leistungsverträgen angemessen berücksichtigt werden.

Für die breite Öffentlichkeit sollen die Ergebnisse der kantonalen Qualitätssicherung in einem zweiten Schritt systematisch aufbereitet und in leicht verständlicher Sprache präsentiert werden. Dazu gehört u.a. eine standortspezifische Aufbereitung der Ergebnisse aus der vergleichenden Überprüfung der Behandlungsqualität. Damit unterstützt der Kanton zuweisende Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten bei der Spitalwahl (Public Reporting). Er fördert den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern und Kliniken direkt über die Vergabe

³⁵ In Anlehnung an die SAMW (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität verwendet, Seite 7ff..

³⁶ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, www.aezq.de/patientensicherheit/definition-ps. Quelle aufgerufen im Dezember 2016.

von Leistungsaufträgen und indirekt über die Bereitstellung von Informationen für die Spitalwahl.

Schliesslich fliessen die Erkenntnisse in die Rechenschaftslegung über die Versorgungsqualität gegenüber Regierungsrat, Politik und Berner Bevölkerung ein.

3.3 Qualitätsverständnis

Gemäss dem klassischen Qualitätsverständnis bewirkt die Erfüllung von Struktur- und Prozessanforderungen eine hohe Behandlungsqualität. Strukturmerkmale sind zum Beispiel Räumlichkeiten, fachliche Qualifikationen und Arbeitsmittel. Prozessmerkmale sind zum Beispiel definierte ärztliche, pflegerische und administrative Tätigkeiten, Abläufe oder auch Mindestfallzahlen.

Allerdings sind Spitäler und Kliniken komplexe Organisationen und die Erfüllung der Anforderungen bewirkt nicht zwingend eine hohe Behandlungsqualität. Der Kanton Bern führt deshalb medizinische Indikatoren für die Ergebnisqualität und zu einem späteren Zeitpunkt eventuell auch für die Indikationsqualität ein. Er legt der kantonalen Qualitätssicherung damit ein modernes Qualitätsverständnis zugrunde, das die nationalen und kantonalen Entwicklungen im Bereich der Qualität berücksichtigt und im Einklang mit den gesetzlichen Grundlagen steht.

Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren messen die Veränderung des Gesundheitszustandes, die einem bestimmten Behandlungsverfahren zugeschrieben wird. Sie geben Auskunft darüber, ob die Behandlung komplikationsfrei verlief und sich der Gesundheitszustand verbesserte. Mit ihrer Hilfe kann der Kanton die *Wirksamkeit und Sicherheit* der Leistungserbringung überprüfen.

Die Indikationsqualität gibt Aufschluss darüber, ob ein bestimmtes Behandlungsverfahren bei einem Krankheitsbild für einen Patienten *zweckmässig* ist. Das heisst, dass der erwartete Gesundheitsnutzen für den Patienten (z.B. Verminderung von Schmerzen, erhöhte Lebensqualität) grösser ist als das erwartete Risiko (z.B. Übelkeit als Nebenwirkung einer Therapie, Komplikationen, Mortalität). Im konkreten Fall wird die *Zweckmässigkeit³⁷ einer Behandlung bzw. eines bestimmten Behandlungsverfahrens anhand von* medizinischen und sozialetischen³⁸ Aspekten beurteilt. Exkurs 1 und 2 (siehe Kasten) zeigen, wie medizinische und sozialetische Kriterien bei der Beurteilung der Indikation berücksichtigt werden. Richtig angewendet, führen die Kriterien dazu, dass „die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Patienten“ erbracht wird. Solche Kriterien werden in den Empfehlungen des Swiss Medical

³⁷ Andere Begriffe für die Zweckmässigkeit sind Angemessenheit oder Bedarfsorientierung.

³⁸ Der Begriff Sozialethik bezeichnet einen Teilbereich der angewandten Ethik, der sich vorwiegend mit den gesellschaftlichen Bedingungen eines guten Lebens befasst. Ein Eingriff erscheint sozialetisch gerechtfertigt, wenn er erfolgt, um den Leidensdruck einer kranken Person zu lindern und ihr Selbstbestimmung (Abhängigkeit von fremder Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens) und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (Wohnen, Arbeiten, Freizeit). Sozialetisch fraglich wäre ein Eingriff, wenn das Erscheinungsbild einer gesunden Person verändert werden soll und die Behandlungskosten von der Allgemeinheit getragen werden.

Exkurs 1: Natürliche Geburt oder Kaiserschnitt?

Ein Kaiserschnitt ist beispielsweise bei einer Mehrfachgeburt, einem Missverhältnis zwischen Kopfgrösse des Kindes und mütterlichen Beckens oder nach zwei Kaiserschnitten angezeigt. Der Versuch in einer solchen Situation normal zu gebären, ist angesichts des Gesundheitsrisikos für Mutter und Kind nicht zu empfehlen. Demgegenüber ist ein Kaiserschnitt bei einer jungen und gesunden Frau und normalem Schwangerschaftsverlauf medizinisch nicht angezeigt. Ein Kaiserschnitt ohne erkennbare medizinische Indikation ist nicht angemessen: gegenüber einer natürlichen Geburt besteht ein höheres medizinisches Risiko, auch für weitere Schwangerschaften. Nur der Planbarkeit wegen einen Kaiserschnitt durchzuführen – also ohne medizinische Indikation – erscheint schwer zu rechtfertigen. Viele Frauen machen dennoch von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch und entscheiden sich in Kenntnis der medizinischen Vor- und Nachteile für einen geplanten Kaiserschnitt. Für die Krankenkassen ist es im Einzelfall praktisch unmöglich, einen reinen Wunschkaiserschnitt nachzuweisen.

Exkurs 2: Konservative oder operative Behandlung einer Arthrose am Knie- oder Hüftgelenk?

Sozialethische Aspekte können in Bezug auf die Wahl zwischen verschiedenen Verfahren bei einer bestehenden Knie- und Hüftarthrose eine Rolle spielen: eine bestehende Arthrose mit gelegentlichen und medikamentös gut behandelbaren Schmerzen stellt kaum eine ausreichende medizinische Rechtfertigung für den Einsatz einer Knie- oder Hüft-TEP⁴² (höheres medizinische Risiko, kein Mehrwert des Eingriffs gegenüber der medikamentösen Behandlung) dar. Erzeugt die Erkrankung hingegen sehr starke Schmerzen, welche medikamentös nicht erfolgreich behandelt werden können und die Lebensqualität deutlich einschränken (Einschränkung der Mobilität im Alltag), ist ein chirurgischer Eingriff auch sozial-ethisch gerechtfertigt – egal wie alt die Patientin oder der Patient ist. Der erwartete Nutzen (z.B. massive Reduktion des Leidensdrucks und Gewinn an Lebensqualität) überwiegt das Gesundheitsrisiko des Eingriffs (z.B. das Komplikationsrisiko) und die Mehrkosten der Behandlung.

Boards (SMB)³⁹ oder in medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften⁴⁰ festgelegt. Ob ein Behandlungsverfahren tatsächlich gerechtfertigt ist, kann also durch einen Abgleich des Behandlungsfalls (Patientendossier) mit Kriterien, die in Leitlinien festgelegt sind, ermittelt werden. Damit kann auch abgeschätzt werden, ob eine Verbesserung der Ergebnisqualität die Folge einer Ausweitung eines Behandlungsverfahrens auf gesündere Patientinnen und Patienten ist oder nicht.⁴¹

³⁹ Das Swiss Medical Board geht der Frage nach dem Mehrwert einer Behandlungsform gegenüber einer anderen nach. In einer Gesamtwürdigung werden neben medizinischen und ökonomischen auch ethische und rechtliche Aspekte einbezogen. Die Bearbeitung solcher Fragen beinhaltet nicht nur eine Abschätzung der Kosten-Wirksamkeits-Relation. Sie ist auch für medizinische Fachleute und für Patientinnen und Patienten wichtig, indem sie Grundlagen für die Wahl der geeigneten Therapieform liefert. So wird ein Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität geleistet, wenn bekannt ist, dass eine verträglichere Behandlung den gleichen oder gar einen höheren Nutzen stiftet. Quelle: www.medical-board.ch/index.php?id=807, aufgerufen im November 2016.

⁴⁰ Vergleiche Webseiten der medizinischen Fachgesellschaften, zum Beispiel www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/ oder www.awmf.org/leitlinien/detail/II/012-008.html.

⁴¹ Dass die Ausdehnung der Indikation zur Verbesserung der Ergebnisqualität führt, ist bei verschiedenen Eingriffen dokumentiert: Zum Beispiel zeigt sich, dass sich die Wundinfektionsraten bei Blinddarmoperationen verringert, wenn häufiger gesunde Personen operiert werden. Ähnliche Effekte sind zum Beispiel bei Karotisstenosen dokumentiert, siehe hierzu Niedermeier, Hans (2005): Welchen Einfluss hat die Indikationsqualität auf die Ergebnisqualität? Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, BQS. Quelle: www.bqs.de, aufgerufen am November 2015.

⁴² Siehe Fussnote 21, Seite 13.

Gemäss FMH⁴³ kommt der Indikationsqualität eine zentrale Stellung im Qualitätsverständnis zu: Es gilt, dass eine unwirksame Massnahme nie zweckmässig ist und dass eine unzweckmässige Behandlung nie wirtschaftlich ist. Gleichzeitig gilt, dass wirksame Behandlungen nicht zwingend zweckmässig sind. Zudem sind zweckmässige Behandlungen nicht zwingend wirtschaftlich, weil gleich zweckmässige Behandlungsverfahren unterschiedlich teuer sein können. Durch die Berücksichtigung der Indikationsqualität kann der Kanton die medizinische und sozialetische *Zweckmässigkeit* der Leistungserbringung stärken und einen Beitrag zur Reduktion von unzweckmässigen (und deshalb grundsätzlich unwirtschaftlichen) Behandlungen leisten.

Eine ebenfalls zentrale Stellung kommt der Patientenzentrierung zu. In Anlehnung an die SAMW umfasst sie die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der konkreten Behandlung (z.B. Shared Decision Making). Auf einer übergeordneten Ebene umfasst sie die Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen an Entscheidungs- und Steuerungsprozessen von Spitälern, Kliniken und Behörden. In der kantonalen Qualitätssicherung soll deshalb der Patientenperspektive ein gebührender Platz eingeräumt werden. Konkret bedeutet dies, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als wichtiger Aspekt der Ergebnis- und Indikationsqualität erhoben wird. Darunter ist die Linderung von Schmerzen und anderer erheblicher psychischer und körperlicher Beschwerden (Verbesserung der Funktionalität) zu verstehen, welche mit Verbesserungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Autonomie) und der sozialen Teilhabe einhergehen. Für die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden Patientenbefragungen eingesetzt.⁴⁴ Die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erlaubt zudem Rückschlüsse auf die Indikationsqualität (Berücksichtigung medizinischer und sozialetischer Kriterien).

Werden medizinische und sozialetische Beurteilungskriterien nicht sachgemäss angewendet, steigt die Wahrscheinlichkeit von Fehlbehandlungen. Gemäss dem deutschen Sachverständigenrat Gesundheit ist die Fehlversorgung in Deutschland – das heisst Überversorgung und Unterversorgung – ein „zentrales medizinisches und fiskalisches Problem der Gesundheitsversorgung“.⁴⁵ Studien über regionale Unterschiede bei der Eingriffshäufigkeit⁴⁶ und die kontinuierlich wachsenden Prämien legen den Schluss nahe, dass diese Einschätzung auch auf die Schweiz zutrifft. Ursächlich für angebots- und nachfrageinduzierte Mengensteigerungen sind zum Beispiel die Überbewertung medizinischer Behandlungen gegenüber anderen Optionen; regulierungsbedingte Fehlanreize zum Beispiel der Vergütungssysteme; betriebswirtschaftliche Überlegungen; finanzielle Eigeninteressen aufgrund von Bonusverträgen; schlecht

⁴³ Siehe dazu FMH (2012): Grundlagenpapier der DDQ. Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität und FMH (2007): Positionspapier und Checkliste zur Zweckmässigkeit.

⁴⁴ Ilona Köster-Steinebach (2012): Weicher Faktor oder QS – was verspricht sich die Patientenvertretung von Patientenbefragungen?

⁴⁵ David Klemperer (2015): Über- und Unterversorgung in der Medizin. In: Swiss Medical Forum. 2015;15(39):866-872 sowie David Klemperer et al. (2015): Positionspapier zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsforschung und zu Themen für künftige Ausschreibungen von Forschungsvorhaben. In: Public Health Forum 2015; 23(1):47-50.

⁴⁶ Siehe zum Beispiel Lukas P. Staub, Sonia Pellegrini, Marcel Widmer: Geographic variation in hospitalisation rates (undatiertes Poster mit weiterführender Literatur) und MEM Research Center: Medizinatlas der Schweiz (noch nicht publiziert). Quelle: www.healthatlas.unibe.ch/, aufgerufen im November 2016.

informierende Ärztinnen und Ärzte; Patientinnen und Patienten mit unrealistischen Erwartungen.⁴⁷

3.4 Das Qualitätshaus: Grundelemente der kantonalen Qualitätssicherung

Abbildung 1 veranschaulicht die Grundelemente der zukünftigen kantonalen Qualitätssicherung. Die gesetzlichen Grundlagen (SpVG und das KVG mit ihren entsprechenden Verordnungen (SpVV bzw. KVV)) bilden das Fundament, auf dem Betriebsbewilligungen erteilt werden, die Versorgungsplanung erstellt wird, Leistungsaufträge für die Spitalliste verfügt und Leistungsverträge abgeschlossen werden.

Bei der Vergabe von Betriebsbewilligungen, dem Erteilen von Leistungsaufträgen für die Spitalisten und beim Abschluss von Leistungsverträgen orientiert sich der Kanton an Struktur- und Prozessanforderungen sowie an Qualitätsindikatoren. Struktur- und Prozessanforderungen (linke Säulen in der Abbildung) erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer sicheren und wirksamen Behandlung. Mit den neuen Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Indikationsqualität wird die Zweckmässigkeit, mit Qualitätsindikatoren zu den Behandlungsergebnissen wird die Sicherheit und Wirksamkeit von Spitalbehandlungen erhoben.

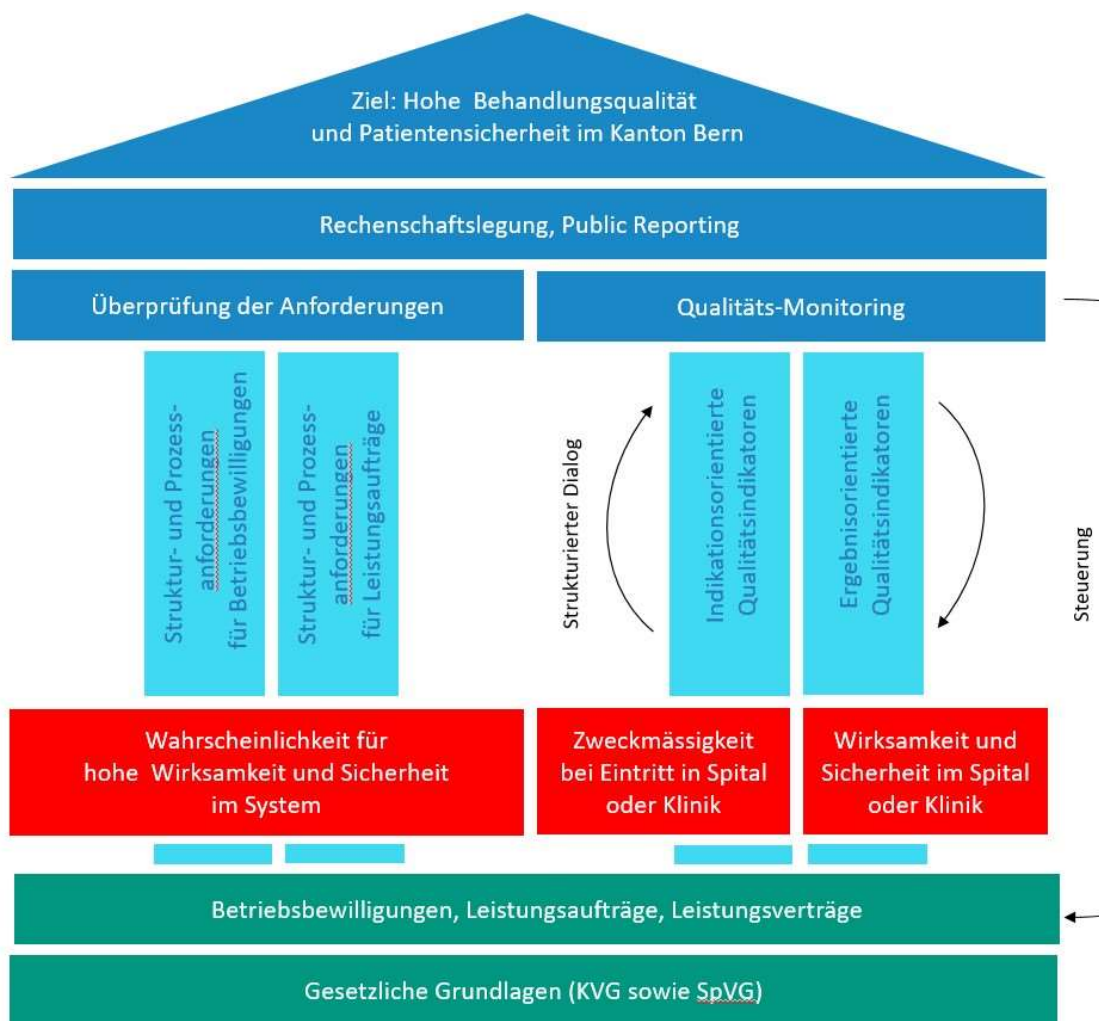


Abbildung 1: Grundelemente der kantonalen Qualitätssicherung

⁴⁷ In: David Klemperer (2015), siehe Fussnote 45 sowie Center for the Evaluative Clinical Sciences (2007): Preference-Sensitive Care. A Dartmouth Atlas Project Topic Brief (January 15, 2007).

Die Überprüfung der Anforderungen überwacht die Einhaltung der Anforderungen. Das Qualitäts-Monitoring umfasst die gesetzlich geforderten Betriebs- und Zeitvergleiche auf Basis der Qualitätsindikatoren. Weil die beobachtete Ergebnisqualität unter Berücksichtigung des Kontextes interpretiert werden muss, findet mit den Leistungserbringern ein regelmässiger Dialog zur Beurteilung der Ergebnisqualität statt. Bei Auffälligkeiten⁴⁸ wird zur vertieften Abklärung des Sachverhalts ein strukturierter Dialog zwischen Kanton und Leistungserbringern eingeleitet (Pfeile bei den rechten Säulen). Im Bedarfsfall leitet das Spital oder die Klinik Massnahmen zur Wiederherstellung einer hohen Patientensicherheit und guten Behandlungsqualität ein.

Die Ergebnisse aus dem Qualitäts-Monitoring (und der Überprüfung der Anforderungen) fliessen in die Rechenschaftslegung des Kantons gegenüber Regierungsrat, Politik und Berner Bevölkerung ein. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse aus dem Monitoring für eine breite Öffentlichkeit in geeigneter Form publiziert werden (Public Reporting). Dies soll Zuweisende und Patientinnen und Patienten bei der Spitalwahl unterstützen. Inskünftig wird der Kanton die Rechenschaftslegung und das Public Reporting intensivieren.

Die Ergebnisse aus der Überprüfung der Anforderungen und aus dem Qualitäts-Monitoring fliessen schliesslich in die Versorgungsplanung ein. Sie könnten zudem bei der künftigen Vergabe von Leistungsaufträgen für die Spitalliste und bei Leistungsverträgen berücksichtigt werden. Diese Steuerungsprozesse sind in Abbildung 1 mit einem Pfeil am rechten Rand veranschaulicht. Sie gewährleisten, dass sich Leistungserbringer verstärkt an den Zielen einer hohen Patientensicherheit und guten Behandlungsqualität orientieren.

3.5 Rollen- und Aufgabenverständnis des Kantons

Der Kanton Bern übt im Rahmen der kantonalen Qualitätssicherung auch eine Aufsichtsrolle aus: Die Überprüfung und Beurteilung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität sowie die dazugehörige Steuerung sind hoheitliche Aufgaben des Kantons. Zum einen setzt er im Rahmen der Überprüfung der Anforderungen die Mindestanforderungen konsequent durch. Zum anderen wird er gegenüber Spitälern und Kliniken mit auffälligen Qualitätsindikatoren, welche auf mögliche Probleme bei der Patientensicherheit oder Behandlungsqualität hinweisen, einen dialog- und wirkungsorientierten Ansatz verfolgen. Oberstes Ziel ist die Wiederherstellung einer hohen Patientensicherheit und einer guten Behandlungsqualität. Die Sanktionierung bzw. der Entzug der Betriebsbewilligung oder eines Leistungsauftrags in Zusammenhang mit nachgewiesenen Qualitätsproblemen wird vom Kanton grundsätzlich als letzte Konsequenz gesehen.

Die betrieblichen Massnahmen zur Sicherstellung eines regelkonformen Betriebs fallen in den Zuständigkeitsbereich der Leistungserbringer, genauso wie die betriebliche Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Es liegt in der unternehmerischen Verantwortung des Spitals bzw. der Klinik, bei der Erfüllung der Aufgaben im Qualitätsmanagement mit Dritten zu kooperieren bzw. anerkannte Systeme zu nutzen. Diesen kommt in verschiedenen Bereichen des betrieblichen Qualitätsmanagements eine aus Sicht des Kantons wichtige Rolle zu (siehe Exkurs 3). Wo aus betrieblicher Sicht sinnvoll, ermutigt der Kanton die Spitäler und Kliniken zur

⁴⁸ Auffälligkeiten können statistisch bestimmt werden, zum Beispiel anhand von Signifikanztests (p-Wert), Konfidenzintervallen, Fehlerbalken oder Boxplots, oder durch den Abgleich mit Referenzwerten ermittelt werden. Ob derart rechnerisch festgestellte Auffälligkeiten tatsächlich relevant sind, ist Gegenstand weiterer Abklärungen.

Zusammenarbeit mit Dritten, und zwar nicht erst dann, wenn Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren festgestellt werden.

Exkurs 3: Partner für das betriebliche Qualitätsmanagement

Den Spitälern und Kliniken stehen verschiedene etablierte Qualitätsmanagementsysteme zur Verfügung wie ISO 9001, EFQM oder KTQ, spezifische Zertifizierungssysteme wie dasjenige der Stiftung SanaCERT Suisse oder Concret AG, oder des Fehlermeldesystems CIRNET der Stiftung Patientensicherheit. Unterstützung erhalten Spitäler und Kliniken auch vom BAG und ANQ. Sie stellen national vergleichende Qualitätsindikatoren bereit und erleichtern damit das Erkennen des Verbesserungsbedarfs. Eine ähnliche Funktion kommt dem strukturierten Peer Review des Vereins Initiative Qualitätsmedizin IQM, das inzwischen von der Allianz Peer Review CH (H+ Die Spitäler der Schweiz, die FMH und die Swiss Nurse Leaders) helvetisiert wurde. Die auf Basis von Routinedaten durchgeführten interprofessionellen Peer Reviews bezwecken die Identifikation des Verbesserungsbedarfs und geeigneter Massnahmen (<https://www.hplus.ch/de/qualitaet/interprofessionelle-peer-reviews>). Die Stiftung für Patientensicherheit bietet ihrerseits im Rahmen von Pilotprogrammen Unterstützung bei der Umsetzung von bewährten Qualitätsverbesserungsmassnahmen zur Patientensicherheit (www.patientensicherheit.ch).

4 Qualitätsindikatoren und ihre Implikationen für die kantonale Qualitätssicherung

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel hervorging, sind die Anforderungen und die Qualitätsindikatoren tragende Säulen der zukünftigen kantonalen Qualitätssicherung. Die limitierte Aussagekraft von Qualitätsindikatoren impliziert die Einführung des strukturierten Dialogs und von belastbaren Qualitätsindikatoren – also Indikatoren, welche bestimmte Eigenschaften erfüllen.

4.1 Implikationen für das Qualitäts-Monitoring

Qualitätsindikatoren sind ein quantitatives Mass, mit dem ein *bestimmter Aspekt* von Qualität abgebildet wird. Jeder Qualitätsindikator hat seine spezifischen Vor- und Nachteile. Den perfekten Qualitätsindikator gibt es nicht. Ebenso wenig gibt es einen Gesamtindikator (aus verschiedenen Indikatoren gebildeten Gesamtindikator, sogenannte composite measures), mit welchem die Qualität umfassend und abschliessend abgebildet werden kann.⁴⁹ Qualitätsindikatoren haben eine konzeptionell limitierte Aussagekraft.

Die Aussagekraft ist auch aus anderen Gründen limitiert. So können Dokumentationsfehler, Fehler bei der Datenübertragung und -auswertung oder eine besondere klinische Situation (z.B. die mögliche Häufung von besonderen Fallkonstellationen) trotz Risikoadjustierung dazu führen, dass auffällige Ergebnisse bei tatsächlich guter Behandlungsqualität entstehen.

Ein auffälliger Qualitätsindikator weist also nicht zwingend auf strukturelle und prozessuale Mängel eines Spitals bzw. einer Klinik hin. Um zu verhindern, dass die limitierte Aussagekraft von Qualitätsindikatoren zu Fehlschlüssen und Fehlsteuerungen führt, stützt sich der Kanton zum einen auf ein Set von mehreren möglichst belastbaren Indikatoren. Dies ist wichtig, damit die Qualitätsindikatoren zu Steuerzwecken verwendet werden können und insbesondere die Vergabe von Leistungsaufträgen für die Spitalisten einer juristischen Prüfung standhält. Zum anderen wird er mit auffälligen Spitälern und Kliniken einen strukturierten Dialog führen (siehe Abschnitt 5.6).

4.2 Eigenschaften belastbarer Qualitätsindikatoren

Belastbare Qualitätsindikatoren werden mit einem wissenschaftlich korrekten Messverfahren, das eine ausgewiesene hohe Validität, Reliabilität und Objektivität aufweist, erhoben.⁵⁰ Darüber hinaus erfüllen sie folgende Eigenschaften:⁵¹

Relevanz

Relevante Qualitätsindikatoren stehen in einem kausalen Zusammenhang mit der Behandlung der Patientin bzw. des Patienten. Sie bilden eine für die Gesundheit bedeutungsvolle Dimension ab, und zwar aus gesellschaftlicher Sicht (z.B. ein spezielles öffentliches Interesse bei Fehlentwicklungen oder Kosten), aus medizinischer Sicht (z.B. klinische Relevanz) oder aus

⁴⁹ Health Leaders Media (2015): One Quality Measure to Rule Them All. December 10, 2015.

⁵⁰ Eine allgemein verständliche Erläuterung zu Gütekriterien sozialwissenschaftlicher Messungen ist im Artikel zu den Gütekriterien psychodiagnostischer Verfahren in Wikipedia zu finden unter https://de.wikipedia.org/wiki/G%C3%BCtekriterien_psychodiagnostischer_Verfahren. Empfehlenswert ist auch der Artikel des Webcenter for Social Science Research Methods zu Reliability & Validity unter <https://www.socialresearchmethods.net/kb/relandval.php>, Webseiten aufgerufen im März 2017.

⁵¹ AQUA (2013): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V, Seiten 73ff. sowie IQTIG (2017): Methodische Grundlagen.

Patientenperspektive (z.B. grosse individuelle Schwere oder hohe Zahl an betroffenen Patientinnen und Patienten).

Qualitätsindikatoren sollen zwischen guten und schlechten Leistungen bzw. Leistungserbringern differenzieren – also eindeutig interpretierbar sein. Sie sollen darüber hinaus Leistungen (Leistungsbereiche bzw. -gruppen) abdecken, in denen ein Verbesserungspotential besteht.

Hohe Datenqualität

Die Daten sollen möglichst vollständig vorliegen und ausserdem manipulationsresistent („wahre Angaben“) sein. Insbesondere Stichprobenerhebungen sind gegenüber potenziellen Verzerrungen empfindlich. Routinedaten oder Daten aus gesonderten Vollerhebungen sind es weniger und erwecken daher mehr Vertrauen. Ausserdem lässt sich die Vollständigkeit eines Datensatzes einfacher überprüfen (z.B. anhand der Medizinischen Statistik) als die Abwesenheit von Verzerrungen.

Zweckmässige Risikoadjustierung

Faire Betriebsvergleiche erfordern eine Risikoadjustierung, weil das Behandlungsergebnis von einrichtungsseitigen, patientenseitigen und sonstigen Merkmalen beeinflusst wird. Bei der Risikoadjustierung wird das Behandlungsergebnis vom Einfluss von patientenseitigen Merkmalen wie zum Beispiel Alter oder Komorbiditäten bereinigt. Dies erfolgt zum Beispiel über die Stratifizierung von Ergebnissen nach Altersgruppen oder Schweregrad von Erkrankungen oder mithilfe von statistischen Verfahren (Regressionsanalysen). Sie bewirken, dass das Behandlungsergebnis zwischen Betrieben vergleichbar wird: Die Unterschiede können dann – vereinfachend gesehen – zu einem massgeblichen Teil auf das Handeln des Leistungserbringers zurückgeführt werden.

4.3 Nützlichkeit und Praktikabilität von Qualitätsindikatoren

Die Sicherstellung der Belastbarkeit ist eine notwendige, aber nicht ausreichende Bedingung zur Nutzung von Qualitätsindikatoren im Rahmen der kantonalen Qualitätssicherung. Genauso wichtig ist, dass die Qualitätsindikatoren nützlich und praktikabel sind.

Nützlichkeit

Die Nützlichkeit ist sichergestellt, wenn folgende Eigenschaften erfüllt sind:

- Zeitnahe Verfügbarkeit: Darunter ist eine kurze Dauer von der Erhebung bis zur Bereitstellung der Auswertungen für den Kanton und die Leistungserbringer zu verstehen.
- Auswertung als Betriebs- und Zeitreihenvergleiche⁵²: Angestrebt wird der Einbezug möglichst vieler Betriebe (schweizweite Vergleichsmöglichkeiten) sowie die Bereitstellung von mehrjährigen Zeitreihen. Dies ist wichtig, um Entwicklungen (z.B. anhaltende Auffälligkeiten oder Verbesserungen) zuverlässig festzustellen.
- Von den verschiedenen Zielgruppen (Behörde, Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten sowie Zuweisende und breite Öffentlichkeit) eindeutige Interpretierbarkeit: Eine zielgruppengerechte Aufbereitung mit Interpretationshilfen und weiteren Informationen zur Erhebung und Berechnung stellt die korrekte Interpretierbarkeit sicher und ermöglicht schlüssige Folgerungen in Bezug auf die Notwendigkeit von Massnahmen, Qualitätsverbesserungen oder die Spitalwahl.

⁵² Im Einklang mit der Vergabe von Betriebsbewilligungen und von Leistungsaufträgen für die Spitalisten werden Standorte, und nicht Unternehmen oder Ärztinnen und Ärzte, verglichen

Praktikabilität

Die Erfassung von Daten, die Berechnung der Indikatoren selbst und die Durchführung der Qualitätssicherungsverfahren verursachen einmalige und laufende Aufwendungen. Aus diesem Grund wird die kantonale Qualitätssicherung primär bestehende Qualitätsindikatoren nutzen, also solche des BAG und des ANQ (einschliesslich deren Weiterentwicklungen). Er wird darüber hinaus auf die Automatisierung der Auswertungen Wert legen.

Bei ausgewiesenem Bedarf können zusätzliche Qualitätsindikatoren in die kantonale Qualitätssicherung eingeführt werden. Aus Praktikabilitätsgründen werden jedoch von Fachkreisen etablierte Qualitätsindikatoren bevorzugt und / oder soweit möglich bestehende Datensätze genutzt, also Routine- oder Registerdaten. Einen Überblick über die vielfältigen Register mit Qualitätsdaten vermittelt die Webseite der FMH⁵³. Die Führung solcher Register ist bereits heute Teil von bestimmten SPLG-Anforderungen (z.B. Swiss Stroke Register; SMOB-Register). Schliesslich ist darauf zu achten, dass die zusätzlichen Qualitätsindikatoren mit nationalen und kantonalen gesundheitspolitischen Entwicklungen abgestimmt sind (siehe Abschnitt 2.1).

⁵³ <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm>.

5 Handlungsfelder

Dieses Kapitel zeigt die wichtigsten Handlungsfelder für die Weiterentwicklung der kantonalen Qualitätssicherung. Es erläutert das Vorgehen des Kantons in den drei Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie in der Integrierten Versorgung und zeigt auf, wie die Spitäler und Kliniken eingebunden werden.

5.1 Etablierung von Kooperationsstrukturen mit Spitälern und Kliniken

Bei der Erarbeitung von qualitätsbezogenen Grundlagen wie zum Beispiel die Einführung von Qualitätsindikatoren und eines Dialogs zwischen Kanton und den Einrichtungen ist der Kanton auf die Expertise spital- bzw. klinischer Gremien und die Rückmeldungen der Spitäler und Kliniken angewiesen. Die Berücksichtigung dieser Expertise fördert zudem die fachliche Akzeptanz der kantonalen Qualitätssicherung.

Für die fachliche Begleitung des Kantons ist im Versorgungsbereich Akutsomatik seit 2002 ein entsprechendes Gremium – die QABE – institutionalisiert. Voraussichtlich 2021 wird der Kanton auch ein Gremium mit Vertretungen aus Psychiatriekliniken gründen.

Der Kanton kann in Ergänzung zu den genannten Gremien bei Bedarf Ad-hoc-Arbeitsgruppen für spezifische Belange initiieren. Er hat dies zum Beispiel für die Anpassungen der Spitalistenanforderungen an die Berner Verhältnisse gemacht (Arbeitsgruppe Spitalistenanforderungen, ASLA Akutsomatik von November 2016 bis März 2017, ASLA Psychiatrie und ASLA Rehabilitation im Frühjahr/Sommer 2017).

5.2 Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessanforderungen

Die Anforderungen für die Erteilung von Betriebsbewilligungen sind in der SpVG sowie in der SpVV für alle Versorgungsbereiche festgelegt. Der Kanton ist seit 2017 dabei, die Anforderungen für die Betriebsbewilligungen auf die Struktur- und Prozessanforderungen der SPLG-Systematiken abzustimmen.

Im Hinblick auf die angestrebte schweizweite Harmonisierung der Anforderungen, wird der Kanton Bern auch die Empfehlungen der GDK laufend berücksichtigen. Bezüglich der Leistungsverträge für die Erbringung zusätzlicher (ambulanter) Leistungen sollte ergänzend geprüft werden, ob der Kanton für diesen Bereich ebenfalls Struktur- und Prozessanforderungen entwickelt.

Schliesslich kann der Kanton periodisch Anpassungen bei den Anforderungen für die Betriebsbewilligungen und die Leistungsaufträge vornehmen. Dies ermöglicht die kontinuierliche Einpflegung von Verbesserungen. Gleichzeitig gewährleistet es, dass in einer bestimmten Zeitperiode für alle Betriebe die gleichen Anforderungen gelten. Dies schafft faire Verhältnisse und vereinfacht die Überprüfung der Anforderungen für die Erteilung der Betriebsbewilligung und der Leistungsaufträge.

5.3 Einführung von Qualitätsindikatoren

5.3.1 Nutzung von etablierten ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren

Anerkannte Qualitätsindikatoren für die Ergebnisqualität liegen in der Schweiz seit mehreren Jahren vor. Gestützt auf methodische Überlegungen bilden folgende Qualitätsindikatoren das kantonale Indikatorenset für die Akutsomatik:

- Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler des BAG (Mortalitätsstatistik): ab Datenjahr 2008 auf Unternehmensebene veröffentlichte Messreihe.

- Qualitätsindikatoren zu potentiell vermeidbaren Wiedereintritten: z.B. SQLape von ANQ, eine ab Datenjahr 2009 bestehende Messreihe, welche seit Datenjahr 2013 standortspezifisch veröffentlicht wird, oder vergleichbare Indikatoren, zum Beispiel jene von 3 M (PPR-3M™).
- Qualitätsindikatoren zur postoperativen Wundinfektionsmessung (Swissnoso) des ANQ: ab Datenjahr 2011 bestehende Messreihe, seit Datenjahr 2014 standortspezifisch veröffentlicht.

Die Rate der potentiell vermeidbaren Re-Operationen wird ab den BFS-Daten 2017 hingegen nicht mehr ausgewertet. Dies hat der ANQ-Vorstand bereits im Jahr 2018 entschieden, da eine transparente Ergebnispublikation bei diesem Qualitätsindikator aus methodischen Gründen nicht möglich ist. Unter anderem kann der Algorithmus trotz laufender Verfeinerung die Komplexität der heutigen Behandlungsstrategien nicht zuverlässig abbilden. Damit sind die Voraussetzungen für einen fairen nationalen Vergleich nicht gegeben.

Das Indikatorenset für die Psychiatrie umfasst die Qualitätsindikatoren zur Symptombelastung (seit Datenjahr 2015 standortspezifisch veröffentlicht) und seit 2018 steht auch ein standortspezifischer Indikator zur Patientenzufriedenheit zur Verfügung. Das Indikatorenset für die Rehabilitation umfasst die Qualitätsindikatoren zur indikationsspezifischen Funktions- und Leistungsmessung des ANQ. Sie werden seit dem Datenjahr 2016 standortspezifisch veröffentlicht. Seit 2015 steht für diesen Versorgungsbereich auch ein standortspezifischer Indikator zur Patientenzufriedenheit zur Verfügung.

Die genannten Qualitätsindikatoren des BAG und ANQ sollten dem Kanton möglichst zeitnah und automatisiert vorliegen. Als besonders vorteilhaft erscheint diesbezüglich, dass die Mortalitätsindikatoren und die Qualitätsindikatoren zu den Wiedereintritten auf der Medizinischen Statistik basieren. Diese weist zum einen eine hohe Datenqualität auf. Zum anderen liegen die Daten der Berner Spitäler dem Kanton zeitnah vor. Der Kanton wird in Kooperation mit Dritten technische Lösungen erproben, um die Qualitätsindikatoren zu Mortalität und Wiedereintritten für die Berner Spitäler zeitnah, standortspezifisch und nach Möglichkeit aufgeschlüsselt nach Leistungsgruppen zu erhalten. Dabei soll die möglichst gleiche Berechnungsmethodik angewendet werden, welche das BAG (Mortalitätsraten) bzw. der ANQ (Wiedereintrittsraten) verwenden.

In den nächsten Jahren werden die Qualitätsindikatoren als Grundlage für die Gespräche zwischen Kanton und Leistungserbringern im Rahmen des Qualitäts-Monitorings dienen. Zukünftig könnten sie in bestimmten Leistungsbereichen zusätzlich bei der Zuteilung der Leistungsaufträge für die Spitalisten verwendet werden, insbesondere wenn ein Überangebot vorhanden ist. Zudem strebt der Kanton die zeitnahe Publikation von Qualitätsindikatoren der im Kanton Bern tätigen Spitäler und Kliniken (Public Reporting) an.

5.3.2 Weiterentwicklung von ergebnisorientierten Qualitätsindikatoren

In den nächsten Jahren werden folgende Massnahmen zur Optimierung des Indikatorensets Akutsomatik geprüft und gegebenenfalls umgesetzt:

- Erarbeitung von kantonalen Vorgaben zur Messbeteiligung an der postoperativen Wundinfektionsmessung (Swissnoso) von ANQ, damit die Vergleichbarkeit von Qualitätsangaben (Langzeitbeobachtung, Betriebsvergleiche) optimiert wird.
- Bestimmung von Qualitätsindikatoren für Geburtshäuser. Bisher gibt es schweizweit keine betriebsvergleichenden Qualitätsmessungen über die in Geburtshäusern erbrachten Leistungen.

- Nutzung von fachrichtungsspezifischen Registerdaten zur Qualitätssicherung (z.B. AMIS Plus – Acute Myocardial Infarction in Switzerland; AQC – Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie; MDSi – Minimale Datensatz der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI; SGOT MD – SGOT Minimal Dataset; SMOB – SMOB Swiss Morbid Obesity Register).
- Erweiterung der Indikatorensets mit Qualitätsindikatoren zum Nutzen einer Behandlung bzw. eines Eingriffs – im Unterschied zur verbreiteten Erhebung unerwünschter Ereignisse (z.B. Todesfälle, behandlungsassoziierte Infektionen, Drückgeschwüre etc.). Die Erhebung des Nutzens aus Patientensicht wird als Möglichkeit gesehen, die Indikationsqualität bei vermuteter Überversorgung einzuschätzen (siehe Abschnitt 5.3.13).

Der Kanton hat Arbeiten zur Ergänzung des Indikatorensets Akutsomatik initialisiert. Die Weiterentwicklung der Indikatorensets Psychiatrie und Rehabilitation erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, wenn mehr Erfahrungen mit den bestehenden Qualitätsindikatoren vorliegen. Wahl und Entwicklung der Qualitätsindikatoren orientieren sich an Erfahrungen im In- und Ausland. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe von Forschungsaufträgen. Während der Erprobungsphase dienen die Qualitätsindikatoren primär der Sensibilisierung der Leistungserbringer im Rahmen des Qualitäts-Monitorings. Bei gegebener Eignung könnten sie auch für die Zuteilung der Leistungsaufträge für die Spitalisten und für ein zeitnahes Public Reporting verwendet werden.

Bezüglich Integrierte Versorgung interessiert, inwiefern sich die in der Versorgungsplanung 2016 von den Spitälern und Kliniken geforderte Orientierung an den Leitgedanken der Integrierten Versorgung tatsächlich in eine höhere Patientenzentrierung und Behandlungskontinuität sowie in einem höheren Patientennutzen manifestiert. In angelsächsischen Ländern nutzen Behörden seit längerem ausführliche Patientenbefragungen sowohl im somatischen als auch psychiatrischen Bereich.⁵⁴ Um allgemeine Erkenntnisse zur (betriebsübergreifenden) Versorgungsqualität im Kanton Bern zu gewinnen, wäre eine umfassende Befragung von Patientinnen und Patienten zum Thema Integrierte Versorgung notwendig. Ob und wann eine solche Erhebung durchgeführt werden soll, wird im Rahmen der Umsetzung der kantonalen Gesundheitsstrategie entschieden werden.

5.3.3 Erprobung von indikationsorientierten Qualitätsindikatoren

Das KVG verlangt eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen; jede Unter- bzw. Überversorgung ist zu vermeiden. Zur besseren Interpretation allfälliger Mengensteigerungen setzen andere Kantone und andere Länder indikationsorientierte Qualitätsindikatoren ein. Sie werden gezielt für Behandlungsverfahren bereitgestellt, bei denen vergleichsweise grosse regionale Versorgungsunterschiede bestehen und Anhaltspunkte

⁵⁴ Vgl. die Webseite zum Thema "patient experience" von Medicare (USA), des NHS (National Health Service, Grossbritannien) und der Australian Commission on Safety and Quality in Health Care sowie die Webseiten des AHRQ zum Thema "Care Coordination" und "Care Coordination Measures Atlas" (USA) und des The Institute For Innovation (Indiana, USA). Links:

- www.medicare.gov/HospitalCompare/Data/Patient-Experience-Domain.html.

- www.nhssurveys.org/surveys.

- www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215159/dh_132788.pdf.

- www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/index.html.

- www.theinstituteforinnovation.org/docs/default-source/annotated-bibliographies/coordination-of-care.pdf?sfvrsn=2.

für eine angebots- oder nachfrageinduzierten Überversorgung vorliegen. Bekannt sind z.B. indikationsorientierten Qualitätsindikatoren für bestimmte elektive Behandlungsverfahren in der Orthopädie und Kardiologie.

Der Kanton wird sich frühestens ab 2022 vertieft mit der Indikationsqualität befassen. Er wird dabei auf die Expertise Dritter zurückgreifen: Zum einen wird er sich bei der Wahl von Qualitätsindikatoren an Erfahrungen im In- und Ausland orientieren und Forschungsinstitutionen mit Datenerhebungen und -analysen beauftragen. Während einer möglichen Erprobungsphase dienen diese Qualitätsindikatoren primär der Sensibilisierung der Leistungserbringer im Rahmen des Qualitäts-Monitorings. Längerfristig und bei gegebener Eignung könnten sie ebenfalls für die Erteilung der Leistungsaufträge gemäss Spitallisten sowie für das Public Reporting verwendet werden.

5.4 Einbindung der Resultate der Überprüfung der Anforderungen: Betriebsbewilligungs- und Spitallistenanforderungen

Anforderungen und Qualitätsindikatoren stellen unterschiedliche Erfordernisse an die Überwachung. Sie werden deshalb mit getrennten Systemen überwacht. Im Rahmen der Überprüfung der Anforderungen werden die Anforderungen überwacht.

Inwiefern die Ergebnisse aus der Überprüfung der Anforderungen in die Rechenschaftslegung (und das Public Reporting) des Kantons gegenüber Regierungsrat, Politik und Berner Bevölkerung einfließen werden, bleibt zu prüfen.

5.5 Entwicklung eines kennzahlenbasierten Qualitäts-Monitorings

Oberster Zweck des Qualitäts-Monitorings ist die zeitnahe Identifikation von Spitälern und Kliniken mit möglichen Sicherheits- und Qualitätsproblemen und die rasche Behebung der möglichen Mängel. In den drei Versorgungsbereichen wird der Kanton deshalb gestützt auf Qualitätsindikatoren ein systematisches Qualitäts-Monitoring betreiben. Dazu benötigt er automatisierte Betriebs- und Zeitreihenvergleiche.

5.6 Einführung des strukturierten Dialogs⁵⁵

Mit denjenigen Leistungserbringern, deren Qualitätsindikatoren im kantonalen oder nationalen Vergleich auffällig sind, erfolgt zeitnah ein strukturierter Dialog zwischen Leistungserbringer und Kanton, welcher gegebenenfalls in eine Zielvereinbarung mündet. Sofern tatsächlich ein Qualitätsproblem festgestellt wird, zielt der Dialog auf die Wiederherstellung einer hochstehenden Patientensicherheit und Behandlungsqualität ab.

⁵⁵ In Anlehnung an Verfahren des bundesdeutschen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), der Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen und weitere Organisationen, welche zur externen Qualitätssicherung von Krankenhäusern den strukturierten Dialog und Zielvereinbarungen vorsehen. Für weiterführende Informationen sei auf deren Webseiten verwiesen:

- IQTIG: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
- Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung: www.baq-bayern.de/verfahrensverlauf/strukturierter-dialog/strukturierter-dialog2
- Ärztekammer Nordrhein Westfalens: www.aekno.de.

Strukturierter Dialog und Zielvereinbarungen sind mit dem geltenden Recht vereinbar. Sie ergänzen die bestehenden Steuerungsinstrumente (siehe Abschnitt 2.2.2). Bei festgestellten anhaltenden Sicherheits- und Qualitätsmängeln hat der Kanton als letzte Konsequenz die Möglichkeit, Betriebsbewilligungen und Leistungsaufträge zu entziehen.

Die Durchführung des strukturierten Dialogs erfolgt in den drei Versorgungsbereichen laufend, die Festlegung von Zielvereinbarungen frühestens ab 2022.

5.6.1 Strukturierter Dialog

Im Mittelpunkt des strukturierten Dialogs stehen die auffälligen Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität.⁵⁶ Der Dialog bezweckt die Identifikation eines möglichen Qualitätsproblems, die Initiierung von Verbesserungsmaßnahmen und den Nachweis über die Wiederherstellung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Er soll im betriebsinternen Qualitätsmanagement eingebettet werden, um bestehende betriebliche Prozesse zu nutzen und Wirkung zu entfalten.

Der strukturierte Dialog ist mehrstufig (siehe Abbildung 2). Er umfasst:

- Eine erste behördeninterne Diskussion der Auffälligkeiten unter Einbezug von medizinischem Fachwissen und die Prüfung von Massnahmen. Solche Massnahmen sind (a) die Zustellung der auffälligen Ergebnisse an das Spital bzw. die Klinik mit der Aufforderung, mögliche Ursachen zu analysieren, (b) die Einforderung einer schriftlichen Stellungnahme des Spitals bzw. der Klinik zur Erklärung der Auffälligkeiten und (c) die Festlegung eines Qualitätsgesprächs zwischen Vertretungen des Spitals bzw. der Klinik und des Kantons.
- Die Ursachenanalyse: Im Spital bzw. in der Klinik erfolgt die Ursachenanalyse idealerweise unter Einbezug der Klinik- bzw. Geschäftsleitung und des betriebsinternen Qualitätsmanagements sowie der von der Auffälligkeit betroffenen Bereichsleitung und der am Behandlungsprozess beteiligten Personen. Themen sind die Dokumentationsqualität, mögliche Besonderheiten bei der Zusammensetzung der Patientengruppen sowie mögliche Mängel bei den Behandlungsprozessen. Auch Verbesserungsmaßnahmen und Wirkungen sollen thematisiert werden.
- Eine behördeninterne Prüfung der vom Spital bzw. der Klinik erstellten Ursachenanalyse unter Einbezug von medizinischem Fachwissen. Bei Bedarf wird eine Präzisierung verlangt, ein (weiteres) Qualitätsgespräch einberaumt und / oder eine eingehende Prüfung vor Ort (Site Visit) unter Einbezug von Expertinnen oder Experten veranlasst. Gegebenenfalls wird ein Zielvereinbarungsprozess eingeleitet (siehe unten).
- Einen Abschluss durch eine Mitteilung an das Spital bzw. die Klinik.

⁵⁶ Statistisch ermittelte Auffälligkeiten oder errechnete Abweichungen von Referenzwerten, siehe Fussnote 48.

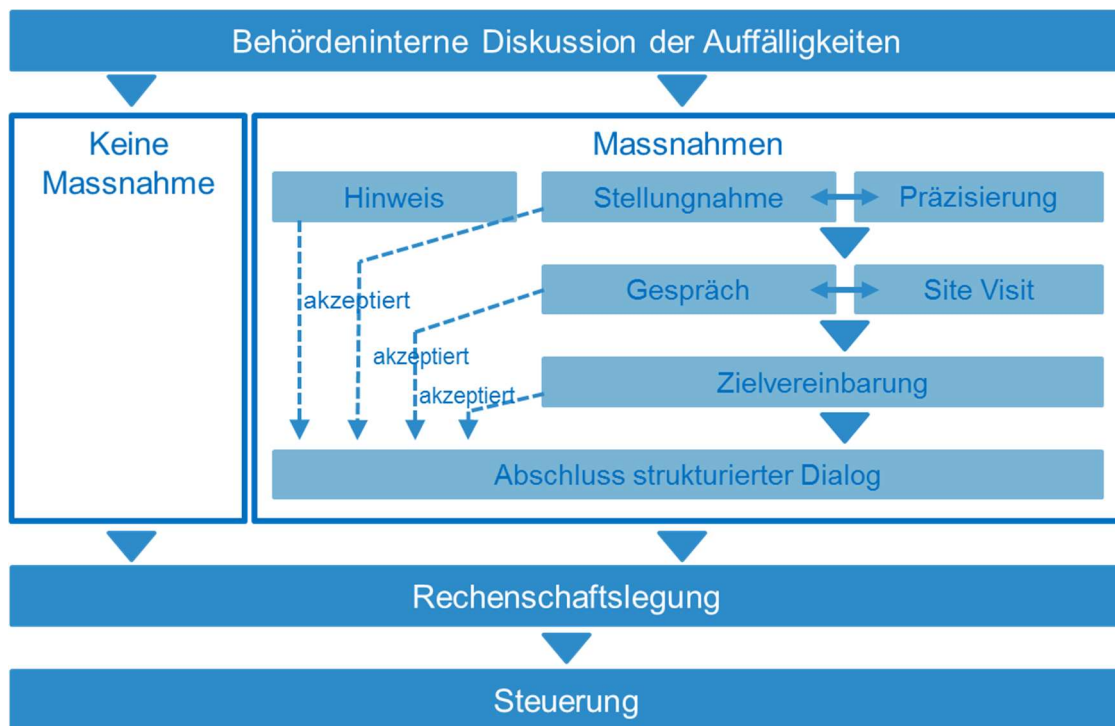


Abbildung 2: Schematische Darstellung des strukturierten Dialogs⁵⁷

5.6.2 Zielvereinbarungsprozess⁵⁸

In bestimmten Situationen (siehe oben) erfolgt die Wiederherstellung einer hochstehenden Behandlungsqualität über eine schriftliche Zielvereinbarung zwischen dem Kanton und dem Leistungserbringer. In den Zielvereinbarungen werden Qualitätsziele in Zusammenhang mit der Wiederherstellung der Behandlungsqualität vereinbart. Ebenso werden Verbesserungsmaßnahmen und Fristen zur Zielerreichung bestimmt. Ergänzend wird die Überprüfung der Umsetzung festgelegt. Auch die Zielvereinbarung ist ein mehrstufiger Prozess, wie aus Abbildung 3 hervorgeht. Er umfasst:

- Ein vom Kanton ausgehendes Angebot, eine Zielvereinbarung zu verhandeln. Bei Annahme des Verhandlungsangebots wird dem Leistungserbringer ein Zielvereinbarungsvorschlag unterbreitet.
- Ein Zielvereinbarungsvorschlag des Kantons, in dem Rahmenbedingungen bezüglich der Ausgangslage sowie bezüglich der strategischen Qualitätsziele und Fristen zur Wiederherstellung einer hochstehenden Patientensicherheit und Behandlungsqualität dargelegt werden.
- Eine Prüfung des Zielvereinbarungsvorschlags des Kantons durch das Spital bzw. die Klinik. Der Zielvereinbarungsvorschlag des Kantons kann als Ausgangspunkt dienen für die

⁵⁷ In Anlehnung an den strukturierten Dialog gemäss SQG (Sektorenübergreifenden Qualität im Gesundheitswesen) auf www.sgg.de/front_content.php?idcat=85, aufgerufen im Februar 2017.

⁵⁸ In Anlehnung an: Hochschulrektorenkonferenz HRK (2005): Grundsätze zu Gestaltung und Verhandlung von Zielvereinbarungen; Joachim Albrecht (2008): Zielvereinbarung als Steuerungsinstrument: Faktoren für Erfolg und Misserfolg; Online-Verwaltungslexikon. Quellen aufgerufen im November 2016.

Operationalisierung von Qualitätszielen⁵⁹, die Erarbeitung von dazugehörigen Massnahmen⁶⁰ und die Messung der Wirkung⁶¹. Andernfalls ist das Spital bzw. die Klinik aufgefordert, ein Gegenangebot zu unterbreiten.

- Einen Abstimmungsprozess zwischen dem Spital bzw. der Klinik und dem Kanton, welcher idealerweise zum Abschluss einer gemeinsamen Zielvereinbarung führt. Der zeitliche Ablauf der Verhandlungen sollte auf Seiten der Spitäler und Kliniken eine breite Beteiligung erlauben. Bei der Ausgestaltung der Massnahmen zur Erreichung der verhandelten Ziele sollten den Spitalern und Kliniken zudem weitestgehende Gestaltungs- und Umsetzungs Kompetenzen eingeräumt werden.
- Die Durchführung von regelmässigen Umsetzungsgesprächen auf Basis gemeinsamer Informationen zum Stand der Umsetzung und Wirkung der Massnahmen. Gegebenenfalls führt dies zu einer Anpassung der Zielvereinbarung (Massnahmen, Fristen).
- Die Durchführung eines Abschlussgesprächs nach Ablauf der Umsetzungsfristen.

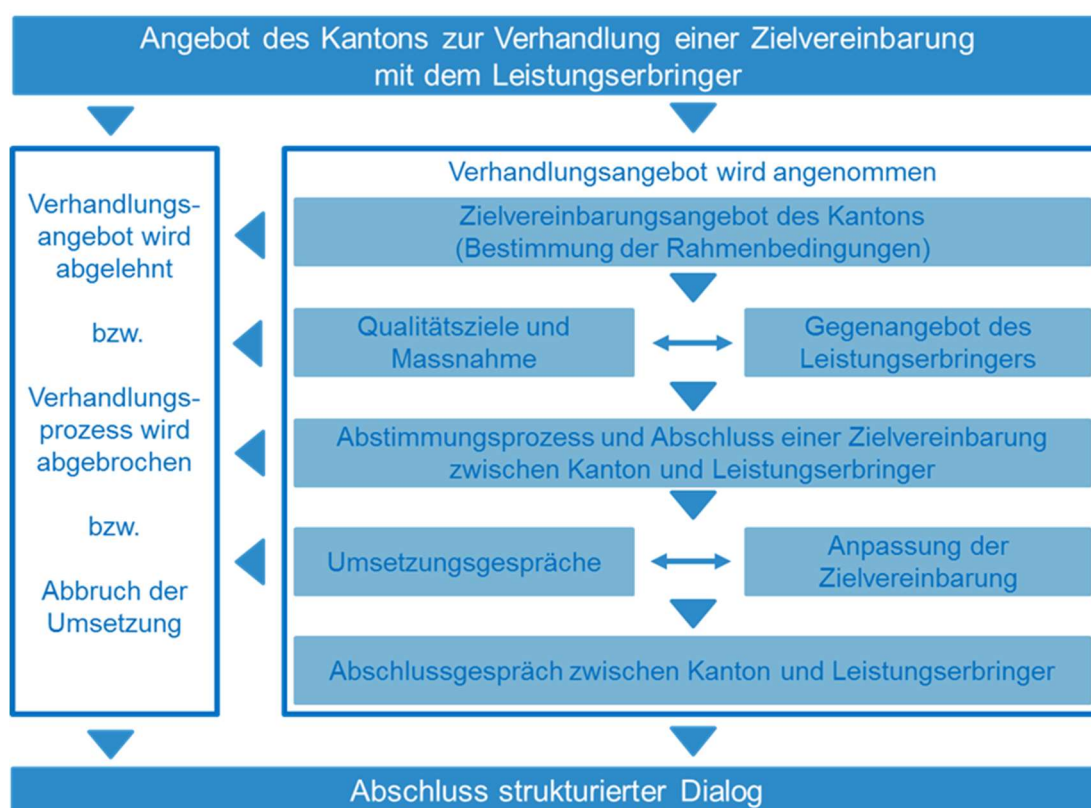


Abbildung 3: Schematische Darstellung des Zielvereinbarungsprozess

⁵⁹ Ziele sollten SMART sein: das heisst spezifisch (eindeutig), messbar (quantitativ, qualitativ), aktiv vom Spital beeinflussbar, realistisch erreichbar und terminiert.

⁶⁰ Verbesserungsmassnahmen sind zum Beispiel die Schaffung eines Hygienefachteams; die Informatisierung des Medikationsprozesses; das Einrichten von Morbidity&Mortality-Konferenzen; die Erarbeitung von Konzepten zur medizinischen Behandlung und Pflege von bestimmten Patientengruppen; oder Weiterbildungs- und Schulungsmassnahmen. Ebenso kann eine Zielvereinbarung ein Peer Review vorsehen, das der Analyse der Ursachen und der Diskussion von möglichen Verbesserungsansätzen dient. Auch die generelle Überprüfung des Versorgungsangebots im Hinblick auf seine Neuausrichtung kann Bestandteil einer Zielvereinbarung sein.

⁶¹ Dazu können genauso Qualitätsindikatoren aus der betrieblichen und externen (kantonalen) Qualitätssicherung herangezogen werden.

Zielvereinbarungen sind Kommunikationsprozesse zwischen in den Verhandlungen gleichberechtigte Vertragspartner. Das Eintreten auf ein Verhandlungsangebot sowie Verhandeln, Abschluss und Umsetzung einer Zielvereinbarung sind freiwillig. Der Prozess kann jederzeit von beiden Partnern abgebrochen werden.

Zielvereinbarungen sollen Leistungserbringer und Kanton zum Dialog über die Qualitätsentwicklung motivieren und eine gewisse Verbindlichkeit herstellen. Für die Spitäler und Kliniken besteht der Nutzen einerseits darin, dass im Rahmen des Dialogs die Wiederherstellung der Behandlungsqualität nachgewiesen werden kann. Andererseits führt die gemeinsame Diskussion der Wirkung der Massnahmen dazu, dass mögliche Meinungsunterschiede transparent werden. Dies verhilft Spitäler und Kliniken zur frühzeitigeren Erkennung von regulatorischen Risiken und zu belastbareren Folgeabschätzungen.

Der Mehrwert für den Kanton besteht darin, dass er einen Einblick in die Herausforderungen der Qualitätsentwicklung aus Sicht des Leistungserbringers gewinnen und daher realistischere Erwartungen an die Leistungserbringer formulieren kann. Zielvereinbarungen tragen dazu bei, den Handlungsbedarf klarer einzuschätzen.

5.7 Entwicklung der Rechenschaftslegung im Bereich der Patientensicherheit und Behandlungsqualität

Die Rechenschaftslegung erfolgt getrennt für zwei Zielgruppen: für die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektorin bzw. -direktor und den Regierungsrat einerseits sowie für die breite Öffentlichkeit einschliesslich Vertretungen von Politik, Spitalern und Kliniken und Behörden andererseits. Die Rechenschaftslegung vermittelt beiden Zielgruppen einen stufengerechten Überblick über:

- Die effektive Patientensicherheit und Behandlungsqualität (Indikations- und Ergebnisqualität).
- Die Einhaltung der Anforderungen, einschliesslich der Mindestfallzahlen.
- Die qualitätsbezogenen Tätigkeiten des Spitalamts im Bereich Überprüfung der Anforderungen (z.B. Einschränkung und Entzug von Betriebsbewilligungen, Sanktionsmassnahmen).
- Die qualitätsbezogenen Tätigkeiten des Spitalamts im Bereich des Qualitäts-Monitorings (z.B. strukturierter Dialog, Abschluss von Zielvereinbarungen, Umsetzung der Zielvereinbarungen, Zielerreichungsgrad).

Die Rechenschaftslegung zuhanden des Regierungsrats erfolgt derart, dass dieser eine valide Grundlage für die Steuerung der Spitalversorgung hat (Entzug und Vergabe von Leistungsaufträgen für die Spitalisten). Dies setzt voraus, dass auffällige Spitäler und Kliniken gegenüber der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektorin bzw. dem -direktor und dem Regierungsrat namentlich erwähnt werden. Ein periodisches Berichtswesen, welche sich an die Direktorin bzw. den Direktor und den Regierungsrat richtet, wird ab 2017 entwickelt. Ein erster Rechenschaftsbericht zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität liegt voraussichtlich Ende 2021 vor. Dieser wird in den folgenden Jahren kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Im Mittelpunkt der Rechenschaftslegung gegenüber der breiten Öffentlichkeit steht die Schaffung von Vertrauen zwischen der Öffentlichkeit, der Politik, den Spitalern und Kliniken und den Behörden. Dies erfolgt mittels einer summarischen und periodischen Berichterstattung. Sie kann in Form einer jährlichen Medienmitteilung erfolgen, in der in einem kurzen Text die wich-

tigsten Ergebnisse in laienverständlicher Sprache berichtet werden. Die Berichterstattung gegenüber der breiten Öffentlichkeit wird voraussichtlich frühestens 2022 von der zuständigen Stelle erarbeitet.

5.8 Entwicklung der systematischen öffentlichen Berichterstattung über die Patentensicherheit und Behandlungsqualität (Public Reporting)

Eine standortbezogene systematische Berichterstattung über die Patentensicherheit und Behandlungsqualität (Public Reporting) ergänzt die Rechenschaftslegung gegenüber der breiten Öffentlichkeit und schafft noch mehr Transparenz. Sie soll gezielt Patientinnen und Patienten sowie Zuweisende bei der Spitalwahl unterstützen und dadurch den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern und Kliniken fördern. Damit die standortbezogene Berichterstattung ihre Wirkung bei der Zielgruppe nicht verfehlt, sind ein hoher Bekanntheitsgrad, geeignete und verständliche Inhalte, Möglichkeiten zur patientenzentrierten Informationsbeschaffung (z.B. Ranglisten nach eigenen Präferenzen) und Glaubwürdigkeit der Herausgeberschaft zentral.

In der Schweiz existieren mehrere Vergleichsdienste, welche Informationen zur Behandlungsqualität aufbereiten und eine patientenzentrierte Informationsbeschaffung ermöglichen (siehe Abschnitt 2.5.2). Der Kanton Bern wird prüfen, mit welchen Angeboten die existierenden Vergleichsdienste ergänzt werden können. Angestrebt wird eine zeitnahe Publikation standortbezogener Ergebnisse aus der Überprüfung der Anforderungen und dem Qualitäts-Monitoring über die Berner Spitäler und Kliniken. Im Hinblick auf das Public Reporting stellen sich inhaltliche Fragen bezüglich der Auswahl und Aufbereitung der Informationen sowie rechtliche Fragen bezüglich der Publikationsrechte an den Qualitätsindikatoren. Auch der Zeitpunkt der Publikation ist zu klären. Der Kanton wird frühestens ab 2022 den Mehrwert eigener Angebote prüfen sowie Schlüsselpartner und Vorgehensweisen erörtern. Dabei werden spitalnahe Gremien als auch Patientenorganisationen einbezogen und Erfahrungen aus dem In- und Ausland berücksichtigt.