



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federali da las assicuranzas socialas*

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Qualitätssicherung – Bestandesaufnahme

Forschungsbericht Nr. 10/99

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor/in: Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
Sumatrastrasse 30, 8006 Zürich
Tel. 01/634 85 92, Fax 01/634 49 84

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung
Effingerstrasse 33
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25

ISBN: 3-905340-03-8

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL/EDMZ, 3003 Bern, www.admin.ch/edmz

Bestellnummer: 318.010.10/99 d 10.98 200



INSTITUT FÜR
SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN
DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

Qualitätssicherung - Bestandesaufnahme

Erarbeitet im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich,
Sumatrastr. 30, 8006 Zürich
Tel: 01 634 85 92 Fax: 01 634 49 84

Zürich, Juli 1999

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Die Diskussion über das Gesundheitswesen – und besonders über das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) – wird seit längerer Zeit stark von der Kostenfrage dominiert. Angesichts der hohen volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens und der markant gestiegenen Krankenkassenprämien der letzten Jahre ist dies auch kaum weiter verwunderlich.

Die Kosten mittelfristig in den Griff zu bekommen ist indes nur eine der drei zentralen Achsen des KVG. Ebenso wichtig sind das Solidaritätsziel und das Ziel, die Versorgung mit qualitativ hochstehenden Leistungen des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Qualitätssicherung soll verhindern, dass der Spandruck zu einem Qualitätsabbau führt und sicherstellen, dass im Rahmen des KVG nur qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen vergütet werden (Art. 58 KVG). Dass sich zwischen dem Kosten- und dem Leistungsziel ein Spannungsfeld auftun kann, ist evident.

In der Verordnung zum KVG (Art. 77 KVV) werden die Leistungserbringer oder deren Verbände verpflichtet, Konzepte und Programme über Qualitätsanforderungen und zur Qualitätsförderung ihrer Leistungen zu erarbeiten, mit den Versicherern entsprechend Vereinbarungen zu treffen und diese in die Tarifverträge aufzunehmen. Mit dieser Regelung hat der Bund bewusst darauf verzichtet, von sich aus Normen oder Standards oder auch die konkrete Vorgehensweise vorzugeben. Vielmehr soll dies den spezialisierten Vertragspartnern, Leistungserbringer und Versicherer, überlassen werden, da sie selbst am besten wissen sollten, wie Qualität in ihrem Bereich definiert werden muss.

Hingegen hat der Gesetzgeber Fisten gesetzt: Die bereits rund hundertjährige Entwicklungsgeschichte der Qualitätssicherung in der Privatindustrie zeigt zwar, dass sich die Markakteure in langer Sicht auf Standards und Normen selbst einigen können. (Allerdings gingen bereits damals die ersten Impulse zur Normierung und Standardisierung vom Staat aus, der die Beschaffung im Hinblick auf Grossprojekte – v.a. Rüstung und Infrastrukturbauten – standardisieren musste.) Im Fall des Gesundheitswesens bestehen zum einen keine sehr transparenten Marktverhältnisse, zum andern fehlt die Zeit, allein auf die "Selbstregulierung" zu warten.

Der vorliegende Bericht über das Forschungsprojekt "Qualitätssicherung - Bestandsaufnahme" hatte zum Ziel, den Stand der Erarbeitung und Implementierung von Konzepten und Programmen bei den wichtigsten Leistungserbringern aufzunehmen und zu dokumentieren. Er kommt zum Schluss, dass die Leistungserbringer diese Aufgaben bisher sehr unterschiedlich und meist erst zögerlich angegangen sind. Ihre Instrumente zur Qualitätssicherung sind noch wenig entwickelt, und einzige bei den Labors konnte ein expliziter Qualitätsvertrag dokumentiert werden. Häufig fehlen noch immer ernst zu nehmende Qualitätskonzepte und –programme.

Diesen Rückstand auf mangelnde Vorgaben seitens des Bundes (des BSV) zurückzuführen verkennt das erläuterte Rollenverständnis im KVG, wonach es primär Sache der Vertragspartner (Versicherer und Leistungserbringer) ist, Qualitätsbestimmungen in

die Verträge aufzunehmen. Dennoch zeigt der Bericht, dass der gewählte bottom-up-Ansatz ohne detaillierte Vorgaben von vielen Akteuren als ein Grund für die Verzögerungen betrachtet wird. Das BSV setzt weiterhin auf die Kompetenz der Fachleute der einzelnen Disziplinen und Institutionen. Zusätzlich hat es aber Anfang 1999 seine Ziele der Qualitätssicherung sowie ein Anforderungsprofil publiziert (vgl. CHSS 3/99). Um Leitplanken zu setzen und den Prozess zu beschleunigen, führt es derzeit Qualitätsgespräche mit allen Verbänden der betroffenen Akteure durch und hat diese aufgefordert, als Gesprächsgrundlage einen Entwurf ihres Qualitätsprogramms für die Jahresplanung 2000 bis 2002 vorzulegen.

Der Bericht hebt die Meinung etlicher befragter Akteure hervor, dass bisher Anreize für die Entwicklung von Qualitätsförderungsaktivitäten fehlten. Das BSV ist grundsätzlich bereit, modellartig die Implementierung von strukturierten und kontinuierlichen Qualitätsmanagementsystemen kritisch zu begleiten und zu unterstützen.

Um die Ziele des KVG im Bereich Qualität zu erreichen, d.h. sowohl Über- und Unter- als auch Fehlversorgung zu erkennen und zu vermeiden, ist ein möglichst konsensuales und von Vertrauen getragenes Vorgehen unerlässlich – schon allein weil zur Qualitätsbeurteilung zuverlässig erhobene Daten der Leistungserbringer unabdingbar sind und alle Verbesserungen Einsicht voraussetzen. Zwar bietet das Modell KVG Handhabe, erkannte Fälle von Fehl-, Unter- oder Überversorgung zu ahnden. Zur Verwirklichung des Leistungsziels des KVG – eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung – führen sollen aber möglichst nicht Sanktionen, sondern partnerschaftliches Aushandeln.

Martin Wicki, Projektleiter
Fachdienst Wirtschaft Grundlagen Forschung

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Résumé	I
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
1.1 Anlass der Untersuchung	2
1.2 Fragestellungen der Evaluation	3
1.3 Aufbau des Berichts	4
2 Methode und Vorgehen	5
2.1 Methodenwahl	5
2.2 Dokumentationsanalyse	5
2.3 Strukturierte Interviews	6
2.4 Definitionen der Begriffe „Qualitätskonzept“ und „Qualitätsprogramm“	8
3 Systeme, Methoden und Instrumente des medizinischen Qualitätsmanagements	10
3.1 Systeme zur Qualitätssicherung und -förderung	11
3.2 Methoden des Qualitätsmanagements	13
3.3 Messsysteme	15
4 Ergebnisse	16
4.1 Tabellarische Übersicht über QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer nach KVG (auf Verbandsebene)	16
4.2 Detaillierte Angaben über QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer	17
4.3 QS-Massnahmen der Leistungserbringer aus der Sicht von weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung	55
4.4 Die Rolle der Krankenversicherer	58

4.5	Vernetzungen	59
4.6	Existieren Faktoren, welche QS/QF-Prozesse positiv und/oder negativ beeinflussen?	60
4.7	Existieren aus Sicht der Leistungserbringer Faktoren, die den Prozess beschleunigen können?	63
4.8	Hat der Bund aus Sicht der Leistungserbringer Möglichkeiten, ihre Anstrengungen im Bereich QM zu beschleunigen?	64
4.9	Wie hat das revidierte KVG die Entwicklung von QS-Massnahmen beeinflusst?	65
5	Diskussion der Ergebnisse	66
6	Empfehlungen	73
7	Literaturverzeichnis	77

Anhang

- Leistungserbringer gemäss KVG
- Vorgesehene Inhalte des Qualitätsberichts von H+ Die Spitäler der Schweiz

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt den Vollzug der im Krankenversicherungsgesetz von 1996 neu eingeführten Verpflichtung zur Qualitätssicherung (KVG Art. 58 und KVV Art. 77.1).

Die Untersuchung konzentriert sich dabei auf die Qualitätssicherungs (QS)- und Qualitätsförderungs (QF)-Aktivitäten der medizinischen Leistungserbringer auf Verbandsebene. QS/QF-Aktivitäten einzelner Mitgliedergruppen werden anhand von drei Fallbeispielen exemplarisch für einen Verband aufgezeigt. Der Bericht soll vor allem folgende Fragen beantworten:

- Wie weit sind die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen und der Abschluss von Qualitätsverträgen auf der Verbandsebene der Leistungserbringer fortgeschritten?
- Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren bestehen bei der Umsetzung?
- Bestehen - besonders von Seiten des Bundes - Möglichkeiten, Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu unterstützen?

Methode der Analyse

Als Studiendesign wurde eine Dokumentationsanalyse gewählt. Neben Veröffentlichungen in der Fachliteratur und Dokumentationen, welche die Verbände zur Verfügung stellten, dienten Unterlagen des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) und Publikationen der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ) als Informationsquellen. Zusätzlich wurden vertiefende strukturierte Interviews mit Vertretern ausgewählter Verbände geführt. Die Wahl der Verbände beschränkte sich vor allem auf solche mit vielen Mitgliedern und erfolgte in Absprache mit dem Auftraggeber. Stellungnahmen von Vertreterinnen und Vertretern der Kostenträger und der PatientInnen-Organisationen ergänzen die Angaben. Kantone wurden aufgrund ihrer verschiedenen Rollen (Leistungserbringer, Kostenträger und Aufsichtsbehörde) in dieser Untersuchung explizit ausgeschlossen. Die Begriffe „Qualitätskonzept“ und „Qualitätsprogramm“ wurden in Absprache mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) im Vorfeld definiert, um eine einheitliche Terminologie zwischen den Gesprächspartnern zu garantieren.

Wie weit sind die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen und der Abschluss von Qualitätsverträgen auf der Verbandsebene der Leistungserbringer fortgeschritten?

Die meisten Verbände haben mit dem KSK einen Rahmenvertrag zur Qualitäts sicherung abgeschlossen bzw. erarbeiten derzeit Qualitätskonzepte und -programme. Über ein Qualitätsprogramm verfügen gegenwärtig nur Labors und der Verband H+. Die Spitäler der Schweizer Qualitätsverträge im Sinne des Gesetzgebers existieren nur im Laborbereich. Damit sind die Anforderungen nach KVV 77 zum jetzigen Zeitpunkt noch bei weitem nicht erfüllt.

Die geplanten QS/QF-Massnahmen variieren für verschiedene Leistungserbringer. Die Sicherung und Förderung der Struktur- und Prozessqualität steht im Vordergrund. Der Indikations- und Ergebnisqualität wird noch wenig Beachtung geschenkt. Konkrete bestehende und/oder geplante QS/QF-Aktivitäten konzentrieren sich vorwiegend auf die Entwicklung von geeigneten Instrumenten für Qualitätsmessungen. Qualitätsmessungen fehlen bisher weitgehend. Auf der Ebene einzelner Mitglieder bestehen QS/QF-Aktivitäten, wobei eine strukturierte Berichterstattung an den Dachverband häufig nicht existiert. Kostenträger und Patientinnen- und Patientenvertreter beurteilten die Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements mit Zurückhaltung. Alle Akteure waren sich einig, dass ein fundierter Qualitätsverbesserungsprozess auf einer stufenweise eingeführten und sorgfältigen Entwicklung von Qualitätskonzepten und -programmen basiert und mit einem zeitaufwendigen Lernprozess aller Beteiligten verbunden ist.

Welche Faktoren fördern bzw. hemmen die Umsetzung?

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen eine positive Wirkung des Bestrebens des KVG, QS/QF-Aktivitäten zu initiieren und das Thema Qualitätsmanagement zu einem prioritären Thema zu machen. Bereits bestehende Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement zum Zeitpunkt der Gesetzesrevision schufen eine bessere Ausgangslage für eine spätere Umsetzung. Aus Sicht der Leistungserbringer fördern motivierte Mitglieder und Konkurrenzdruck den Vollzug. Knappe Ressourcen, fehlende finanzielle Anreize bei administrativem Mehraufwand, Planungsunsicherheit und Angst vor Missbrauch der Ergebnisse wirken dagegen hemmend. Sanktionsmassnahmen in Form von Tarifreduktionen werden von den Leistungserbringern mehrheitlich abgelehnt. Kostenträger dagegen erkennen zunehmend, dass sie via Tarifverhandlungen Einfluss auf die QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer ausüben könnten. Die Kostenträger gaben allerdings zu bedenken, dass eine bislang fehlende Rechtsprechung sowie der bestehende Vertragszwang zwischen Kosten-

trägern und Leistungserbringern die Durchsetzung von Sanktionsmassnahmen in Form von Tarifreduktionen erschwere.

Bestehen - besonders von Seiten des Bundes - Möglichkeiten, Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu unterstützen?

- Die Kostenträger und das BSV müssen bei der Planung und Umsetzung von QS/QF-Massnahmen der Leistungserbringer mit konkreten und realistischen Forderungen und Vorschlägen einen aktiven Beitrag zur Diskussion leisten. Sie sollten eine klare und einheitliche Haltung vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Die vom BSV 1999 formulierten Ziele und Anforderungen an die Umsetzung von QM-Massnahmen bilden eine wertvolle Grundlage dazu. Damit wird die Planungssicherheit der Leistungserbringer gefördert.
- Bestehende Ressourcen müssen sorgfältig und sinnvoll eingesetzt werden. Dazu zählt, dass der QS-Verbesserungsprozess nur effektiv gefördert werden kann, wenn die nötigen personellen Kapazitäten vorhanden sind. Daneben sollten sich QS/QF-Massnahmen primär auf Bereiche mit hohem Verbesserungspotential fokussieren.
- Das BSV sollte alle geplanten oder bereits umgesetzten QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer auf Verbandsebene transparent machen, zum Beispiel mit jährlich publizierten Qualitätsberichten. Die vom BSV initiierten Qualitätsgespräche mit den Leistungserbringern und dem KSK sind ebenfalls zu begrüssen und sollten regelmässig durchgeführt werden. Eine grosse Transparenz ermöglicht einen Vergleich der QS/QF-Aktivitäten zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Diese Informationen können für politisch Verantwortliche in Diskussionen mit Leistungserbringern ohne QS/QF-Aktivitäten wertvoll sein.
- Ein optimaler Informationsfluss und eine gute Koordination der Tätigkeiten zwischen allen Beteiligten sind erforderlich und vermeiden Doppelprüfungen. Die Organisation von Expertentagungen mit allen Partnern und die Förderung von Netzwerken (z.B. NAQ) sind dazu geeignete Mittel.
- Der Bund muss Auflagen zum Datenschutz dahingehend anpassen, dass relevante Daten zur Überprüfung der Qualität verwendet werden können. Der Auf- und Ausbau von gesamtschweizerischen Registern würde es zudem erlauben, die Wirksamkeit von Massnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung effizienter zu überprüfen.
- Das BSV unterstützt Pilotprojekte, um den Nutzen eines fundierten Qualitätsmanagements aufzuzeigen und die Beteiligten zu motivieren. Dieser Ansatz ist unbedingt weiterzuverfolgen.

- Vom Bund unterstützte Forschungsschwerpunkte im Bereich Qualitätsmanagement können dazu beitragen, Themenbereiche zu fördern, denen bisher nur wenig Beachtung geschenkt wurde. So können schneller Fortschritte erzielt werden.
- Aspekte des Qualitätsmanagements müssen ein fester Bestandteil der Berufsausbildung in der Gesundheitsversorgung werden. Nur so wird sichergestellt, dass QM-Massnahmen ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit werden.
- Die Strategie der Kostenträger und des BSV muss darauf abzielen, Leistungserbringer, welche QS/QF-Massnahmen etablieren und umsetzen, mittel- und langfristig zu honorieren, bzw. diejenigen, welche keine QS/QF-Massnahmen etablieren und umsetzen, mittelfristig zu sanktionieren.
- Positive Anreize, zum Beispiel in Form eines vom Bund verliehenen jährlichen Qualitätspreises, sollten geschaffen werden.

Résumé

Le présent rapport décrit la manière dont est appliquée l'obligation de garantir la qualité récemment introduite dans la loi sur l'assurance-maladie de 1996 (art. 58 LAMal et art. 77, al. 1 OAMal).

L'analyse se focalise sur les activités d'assurance et de promotion de la qualité des fournisseurs de prestations médicales, entreprises au niveau des organisations. Les activités d'assurance et de promotion de la qualité des différents groupes de membres sont présentées à titre d'exemple pour une organisation, à l'aide de trois cas. Ce rapport doit avant tout répondre aux questions suivantes:

- Qu'est-ce que les organisations de fournisseurs de prestations ont entrepris jusqu'ici en ce qui concerne l'élaboration de concepts et de programmes d'assurance de la qualité et la conclusion de contrats de qualité?
- Quels facteurs facilitent ou ralentissent la mise en œuvre?
- Y a-t-il, en particulier de la part de la Confédération, des possibilités de soutenir les efforts des fournisseurs de prestations dans le domaine de la gestion de la qualité?

Méthode de l'analyse

L'étude a été menée au moyen d'une analyse de la documentation. Différentes sources d'informations ont été utilisées: des publications spécialisées et des brochures mises à disposition par les organisations, de la documentation du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) et des publications de la Communauté de travail nationale pour la promotion de la qualité en santé publique (CNQ). Des interviews réalisées avec les représentants de certaines organisations ont permis de compléter l'information. Le choix effectué pour ces interviews, en accord avec le mandant, s'est limité avant tout aux organisations comptant de nombreux membres. Enfin, des prises de position des représentantes et représentants des organismes payeurs et des associations de patients complètent les données. Les cantons, en raison de leurs différents rôles (fournisseurs de prestations, organismes payeurs et autorités de surveillance) ont été expressément exclus de cette enquête. Les notions de "concept de qualité" et de "programme de qualité" ont été préalablement définies, en accord avec l'OFAS, afin que les partenaires du dialogue utilisent les mêmes termes.

Qu'est-ce que les organisations de fournisseurs de prestations ont entrepris jusqu'ici en ce qui concerne l'élaboration de concepts et de programmes d'assurance qualité et la conclusion de contrats de qualité?

La plupart des organisations ont conclu avec la CAMS une convention-type de garantie de la qualité et mettent en ce moment au point des concepts d'assurance qualité. Actuellement, il n'y a que les laboratoires qui disposent d'un programme d'assurance qualité; l'organisation H+ Les Hôpitaux de Suisse dispose elle d'un projet. Des conventions de qualité au sens du législateur n'existent qu'entre les laboratoires et les organismes payeurs. Les exigences exposées dans l'art. 77 OAMal ne sont donc encore à l'heure actuelle de loin pas satisfaites.

Les mesures d'assurance et de promotion de la qualité planifiées ne sont pas les mêmes pour tous les fournisseurs de prestations. On trouve au premier plan de ces mesures l'assurance et la promotion de la qualité du cadre et du processus. On accorde encore peu d'attention à la qualité de l'indication et du résultat. Les activités d'assurance et de promotion de la qualité, existant concrètement ou en projet, se concentrent surtout sur le développement d'instruments permettant d'évaluer le niveau de qualité qui fait défaut jusqu'ici dans une large mesure. Certains membres développent des activités d'assurance et de promotion de la qualité dont l'organisation faîtière n'est très souvent pas informée de manière précise. Les organismes payeurs et les représentants des patients ont jugé les activités d'assurance et de promotion de la qualité des fournisseurs de prestations avec réserve. Tous les protagonistes étaient d'accord sur le fait qu'un processus solide d'amélioration de la qualité est basé sur un développement de concepts et de programmes de qualité soigneux et progressif et qu'il est lié à un processus d'apprentissage de tous les participants.

Quels facteurs facilitent ou ralentissent la mise en œuvre?

Les résultats de l'enquête attestent d'un effet positif de la LAMal, celui de mettre en route des activités d'assurance et de promotion de la qualité et de faire de la gestion de la qualité un thème prioritaire. Des activités dans le domaine de la gestion de la qualité existant déjà au moment de la révision de la loi ont créé une meilleure base de départ pour une mise en œuvre ultérieure. Les fournisseurs de prestations sont d'avis que des membres motivés ainsi que la pression de la concurrence font avancer les choses. En revanche certains facteurs jouent un rôle de frein: des ressources restreintes, un manque d'attrait financier pour des coûts administratifs supplémentaires, une insécurité dans la planification et la peur d'une mauvaise utilisation des résultats. Les fournisseurs de prestations ont refusé d'utiliser des mesures de sanction sous forme de réductions de tarifs. En revanche les organismes payeurs reconnaissent de plus en plus qu'ils pourraient exercer une certaine influence

sur les activités d'assurance et de promotion de la qualité des fournisseurs de prestations, par l'intermédiaire de négociations tarifaires. Les organismes payeurs ont de toute manière laissé entendre que l'absence, jusqu'à ce jour, d'une jurisprudence ainsi que l'obligation de conclure une convention entre organismes payeurs et fournisseurs de prestations rendait difficile l'application de mesures de sanction sous forme de réductions de tarifs.

Y a-t-il, en particulier de la part de la Confédération, des possibilités de soutenir les efforts des fournisseurs de prestations dans le domaine de la gestion de la qualité?

- Lorsque des fournisseurs de prestations planifient et mettent en œuvre des mesures d'assurance et de promotion de la qualité, les organismes payeurs et l'OFAS doivent contribuer activement à la discussion par des propositions et des exigences concrètes et现实的. Ils doivent adopter une attitude claire et uniforme et en informer l'opinion publique. Ils seront en cela précieusement aidés par les objectifs et exigences établis par l'OFAS en 1999 pour la mise en œuvre des mesures de gestion de la qualité. Les fournisseurs de prestations seront ainsi assurés dans leur planification.
- Les ressources existantes doivent être utilisées soigneusement et de façon réfléchie. Il est donc important que le processus d'amélioration de l'assurance qualité ne puisse être activé de manière effective que si le personnel nécessaire est en place. En outre les mesures d'assurance et de promotion de la qualité devraient tout d'abord se focaliser sur des domaines possédant un fort potentiel d'amélioration.
- L'OFAS devrait, à l'aide par exemple de rapports de qualité publiés annuellement, rendre transparentes toutes les activités, planifiées ou déjà mises en œuvre, des fournisseurs de prestations dans le domaine de l'assurance et la promotion de la qualité au niveau de leurs organisations. Il faut saluer également l'initiative de l'OFAS qui a mis sur pied les entretiens au sujet de la qualité avec la CAMS et les fournisseurs de prestations. Ces entretiens devraient avoir régulièrement lieu. Une grande transparence permet une comparaison des activités d'assurance et de promotion de la qualité entre les fournisseurs de prestations. Les informations qui en ressortent peuvent être précieuses pour des responsables politiques lors de discussions avec des fournisseurs de prestations dépourvus d'activités dans le domaine de la qualité.
- Un flux d'informations optimal et une bonne coordination des activités entre tous les intéressés sont nécessaires et évitent de faire deux fois le même travail. L'organisation de séances d'experts réunissant tous les partenaires ainsi que la promotion de réseaux (p.ex. CNQ) sont des moyens adéquats.

- La Confédération doit adapter ses exigences en matière de protection des données afin de pouvoir retirer des renseignements pertinents pour le contrôle de la qualité. La création et le développement de registres pour toute la Suisse permettrait en outre de contrôler de manière plus sûre l'efficacité des mesures d'assurance et de promotion de la qualité.
- L'OFAS soutient des projets pilote, afin de mettre en évidence l'avantage d'une gestion de la qualité solide et de motiver les participants. Il faut absolument poursuivre cette expérience.
- De grands projets de recherche dans le domaine de la gestion de la qualité soutenues par la Confédération peuvent contribuer à faire avancer des domaines auxquels il n'a été accordé jusqu'ici que peu d'attention. De cette manière, les choses progresseraient plus rapidement.
- La formation professionnelle dans le domaine des soins doit intégrer dans son programme certains aspects de la gestion de la qualité. C'est uniquement de cette manière que l'on pourra assurer que les mesures de gestion de la qualité deviennent partie intégrante du travail de tous les jours.
- La stratégie des organismes payeurs et de l'OFAS doit viser à encourager à moyen et long terme les fournisseurs de prestations qui établissent et mettent en œuvre des mesures d'assurance et de promotion de la qualité et à sanctionner à moyen terme les fournisseurs de prestations qui n'établissent et ne mettent en œuvre aucune mesure de ce type.
- Il faudrait encourager les fournisseurs de prestations, par exemple au moyen d'un prix annuel de la qualité, accordé par la Confédération.

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
HMO	Health Maintenance Organisation
KS ^K	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
QS	Qualitätssicherung
QF	Qualitätsförderung
QM	Qualitätsmanagement
KV	Krankenversicherung
KVV	Krankenversicherungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz (ab 1996)
NAQ	Nationale Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen

1 Einleitung

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde 1996 mit Art. 58 neu eine gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung (QS)¹ verankert. Mit dieser Massnahme zur Sicherung der Qualität soll Patientinnen und Patienten eine gute medizinische Versorgung garantiert werden². Gleichzeitig sind die Bestimmungen zur Qualitäts sicherung auch als Ergänzung zu den Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung zu betrachten. Notwendige Leistungen sollen allen Versicherten gewährleistet werden; überflüssige, unverhältnismässige oder von nicht dafür qualifizierten Personen erbrachte Leistungen sollen nicht mehr vergütet werden³.

Anstrengungen in Richtung Qualitätssicherung bzw. Qualitätsförderung (QF) bestehen nicht erst seit der Einführung des KVG. Vielmehr ist das Thema Qualität in der Gesundheitsversorgung seit einigen Jahren auch in der Schweiz zu einem Diskussionsgegenstand geworden. Mit dem KVG sollen diese Ansätze verstärkt und vermehrt transparent gemacht werden⁴. Qualität ist ein mehrdimensionaler Begriff und Qualitätsmanagement (QM) wird entsprechend der eingenommenen Perspektive sowohl in der Theorie als auch in der Praxis sehr unterschiedlich ausgelegt. Gemäss der Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 bezieht sich die Qualität sowohl auf die Behandlungsergebnisse als auch auf die Angemessenheit der Leistung und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund sollen neue, ebenso wie derzeit entwickelte und bereits etablierte Leistungen in Qualitätsprogrammen überprüft werden⁵.

In den Verordnungsbestimmungen (Art. 77 KVV) hat der Bundesrat die Erarbeitung von Konzepten und Programmen zur Qualitätssicherung und -förderung den Leistungserbringern oder deren Verbänden übertragen. Nach Art. 35 KVG sind dies u.a. die Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Pflegeheime, Apothekerinnen und Apotheker, Spitex-Dienste, Labors. Diese Delegierung der Verantwortung für QM-Aktivitäten knüpft an die Erfahrungen aus der Evaluationsforschung an, dass Qualitätsmanagement nicht nutzbringend von oben verordnet, sondern von den Beteiligten mitgetragen werden muss. Es soll hier aber auch erwähnt werden, dass einzelne Elemente des Qualitätsmanagements bereits in den Verordnungsbestimmungen ent-

¹ Der im KVG verwendete Begriff Qualitätssicherung (QS) wird hier synonym zu den heute etwas umfassender verstandenen Begriffen Qualitätsmanagement (QM) oder -entwicklung (QE) verwendet.

² Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.91, S. 99f.

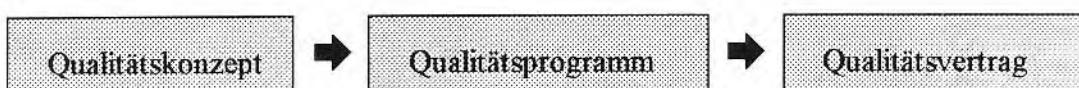
³ KVG Art. 58, Abs. 3.

⁴ Der erste Newsletter (Juli 1996) der im Mai 1995 gegründeten Nationalen Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätsförderung im Gesundheitswesen nimmt explizit auf das KVG Bezug (vgl. Beitrag Bapst in www.hplus.ch (unter Aktuell, Themen/Projekte, NAQ)).

⁵ Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.91, S. 100.

halten sind (siehe u.a. in den Artikeln betreffend Prävention, Mutterschaft, nichtärztliche Leistungen sowie im Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung). Die Modalitäten betreffend Durchführung sollen in Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart werden. Qualitätskonzepte und -programme bilden somit die Grundlage für Qualitätsverträge (Grafik 1).

Grafik 1: Qualitätskonzepte und -programme als Vorbedingung für Qualitätsverträge



Die Vertragsparteien waren gehalten, entsprechende Verträge bis zum 31. Dezember 1997 abzuschliessen. Das BSV als Aufsichtsorgan der Kostenträger hat die Möglichkeit, von den Leistungserbringern eine Berichterstattung über den Stand der Aktivitäten zu verlangen. In den Bereichen, in denen kein den Anforderungen entsprechender Qualitätsvertrag abgeschlossen werden kann, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen.

1.1 Anlass der Untersuchung

Von der gesetzlichen Verankerung der Qualitätssicherung und -förderung erwartet der Gesetzgeber vielfältige Wirkungen. In einer ersten Phase soll bei den Leistungserbringern bewirkt werden, dass ein konzeptioneller Rahmen ausgearbeitet wird und die Anstrengungen auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements konzentriert und vergrössert werden. In einer zweiten Phase sollen von den Akteuren in der Gesundheitsversorgung für alle Leistungsbereiche nutzbringende Strukturen und Prozesse aufgebaut werden. Langfristig sollen dadurch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ständig erhöht, unnötige Leistungen und die damit verbundenen Risiken verhindert und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gebremst werden⁶.

⁶ Ob dieser Zusammenhang zwischen Qualitätssicherung und Kosten besteht, ist umstritten und soll hier nicht zur Diskussion gestellt werden.

In der Verordnung zur Krankenversicherung wurde die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkungen eingeführt. Die vielfältigen Aspekte der Gesetzesrevision werden dabei in mehreren Einzelprojekten untersucht. Diese Studie wurde durchgeführt, um einen Überblick über den Vollzug und die erwarteten Wirkungen der gesetzlichen Verankerung der Qualitätssicherung und -förderung zu gewinnen.

1.2 *Fragestellungen der Evaluation*

Diese Untersuchung sollte in erster Linie den Stand der Arbeit im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung und -förderung im Sinne eines Überblicks darstellen. Der Überblick sollte sich auf die Vollzugsebene konzentrieren, das heisst, ob und wie die Leistungserbringer die gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung und -förderung realisieren und welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren bei der Umsetzung existieren. Daneben sollte die Studie auf der Wirkungsebene zeigen, ob und wie das KVG den Stand der Umsetzung beeinflusste.

Bei der Konzeption der Studie wurde davon ausgegangen, dass es nicht Aufgabe dieser Untersuchung sein kann, eine breit angelegte Bestandesaufnahme von Einzelprojekten durchzuführen. Ausgangsannahme der Untersuchung war, dass die Verbände der Leistungserbringer die Aufgaben zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (Art. 77) übernehmen. Daher sollte diese Untersuchung besonders die Sicht der Verbände von Leistungserbringern wiedergeben, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sind. Die zu Beginn der Untersuchung formulierten Fragen lauteten:

- Wie weit sind die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen und der Abschluss von Qualitätsverträgen auf der Verbandsebene der Leistungserbringer fortgeschritten?
- Welche fördernden bzw. hemmenden Faktoren bestehen bei der Umsetzung?
- Bestehen - besonders von Seiten des Bundes - Möglichkeiten, Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu unterstützen?

1.3 Aufbau des Berichts

Der hier vorgelegte Bericht beschreibt den Stand der QS/QF-Aktivitäten von Verbänden der Leistungserbringer, die zu Lasten der Krankenversicherung tätig sind. QS/QF-Aktivitäten auf der Ebene einzelner Mitglieder werden anhand von drei Fallbeispielen berücksichtigt. Da Kantone sowohl als Leistungserbringer als auch als Kostenträger und Aufsichtsbehörde fungieren, wurden diese in dieser Untersuchung explizit ausgeschlossen.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Teile:

- Der erste Teil, Kapitel 2 und Kapitel 3, berichtet über die Studienanlage und bietet dem Leser ohne Vorkenntnisse im Bereich Qualitätsmanagement einen kurzen Überblick über theoretische Grundlagen.
- Der zweite Teil, Kapitel 4, fasst die Ergebnisse der Dokumentationsanalyse und die Angaben der Interviews zusammen.
 - Abschnitt 4.1 gibt einen tabellarischen Überblick über den derzeitigen Stand bezüglich des Abschlusses von Rahmenverträgen zur Qualitätssicherung, der Ausarbeitung von Qualitätskonzepten, Qualitätsprogrammen sowie dem Abschluss von Qualitätsverträgen.
 - Abschnitt 4.2 macht detaillierte Angaben zu einzelnen Leistungserbringern.
 - Abschnitt 4.3 ergänzt die Angaben aus Sicht weiterer Akteure.
 - Abschnitt 4.4 beschreibt die Rollen der Krankenversicherer.
 - Abschnitt 4.5 beschreibt Vernetzungen zwischen den Akteuren.
 - Abschnitte 4.6 bis 4.9 berichten über interne und äussere Faktoren, welche die Umsetzung positiv oder negativ beeinflussen, Möglichkeiten des Bundes, den Prozess zu unterstützen, und bieten Hinweise auf die Wirkung des KVG aus Sicht der Leistungserbringer.
- Im dritten Teil, Kapitel 5, werden die Ergebnisse der Bestandesaufnahme kritisch diskutiert. Abschliessend werden Empfehlungen abgeleitet (Kapitel 6), besonders in Hinblick auf Möglichkeiten des Bundes, Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu unterstützen.

2 Methode und Vorgehen

2.1 Methodenwahl

Als Studiendesign wurde eine Dokumentationsanalyse gewählt. Als weitere wichtige Informationsquellen wurden Interviews durchgeführt. Die Interviews ermöglichen, dass detailliertere Angaben sowie subjektive Einschätzungen der Leistungserbringer erhoben werden konnten. Aus Gründen des Projektumfangs wurden die Zahl der Interviews beschränkt. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte in Absprache mit dem Auftraggeber.

Im Zusammenhang mit den Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement spielen weitere Akteure in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Deshalb wurden Vertreterinnen und Vertreter von Kostenträgern und PatientInnen-Organisationen ebenfalls befragt, wie sie die Bemühungen der Leistungserbringer beurteilen. Die Kostenträger wurden zusätzlich befragt, ob und wie sie ihre Rolle als Verhandlungs-partner wahrnehmen.

2.2 Dokumentationsanalyse

Die Dokumentationsanalyse beruht auf Veröffentlichungen in der Fachliteratur, Dokumentationen, welche die Verbände zur Verfügung stellten und Publikationen der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ). Zusätzlich wurden schriftliche Dokumentationen des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) berücksichtigt.

Folgende Leistungserbringer, welche zu Lasten der Krankenversicherung tätig sind, wurden in die Dokumentationsanalyse eingeschlossen:

- Ärztinnen und Ärzte
- Apothekerinnen und Apotheker
- Chiropraktorinnen und Chiropraktoren
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater
- Hebammen
- Heilbäder

- Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Labore
- Logopädinnen und Logopäden
- Pflegeheime
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Spitäler
- Spitex
- Zahnärztinnen und Zahnärzte

Verbände, mit denen keine vertiefenden strukturierten Interviews geführt wurden (vgl. unten), hatten ebenfalls die Möglichkeit, die Ergebnisse der Dokumentationsanalyse zu bestätigen bzw. gegebenenfalls zu ergänzen.⁷

2.3 *Strukturierte Interviews*

Mit Hilfe von strukturierten Interviews wurden detaillierte Angaben zu folgenden Aspekten erhoben:

- Angaben zu Qualitätskonzepten und -programmen bzw. Qualitätsverträgen mit folgenden Schwerpunkten:
 - Stand der Umsetzung
 - Inhalte der Qualitätskonzepte und -programme inklusive Zeitpläne
 - beteiligte Akteure
- Angaben über Faktoren, welche die Umsetzung positiv und/oder negativ beeinflussten bzw. beeinflussen
- Identifizierung von bestehenden Anreizen, bzw. Unterstützung für die Umsetzung
- Angaben über die Verbindlichkeit der erarbeiteten Regelungen inklusive existierender Sanktionsmassnahmen
- Angaben über weitere äussere positive bzw. negative Einflüsse auf die Umsetzung von QS/QF-Massnahmen
- Hinweise auf bestehende Möglichkeiten - besonders des Bundes -, Anstrengungen der Leistungserbringer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements zu unterstützen
- Einschätzung der Experten über den Einfluss des neuen KVG auf die Entwicklungen von QS/QF-Massnahmen.

⁷ Heilbäder ausgenommen

Die Auswahl der zu befragenden Interviewpartnerinnen und -partner konzentrierte sich vorwiegend auf Verbände mit einer grossen Zahl von Mitgliedern:

- Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- Schweizerischer Apothekerverein
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- Spitex Verband Schweiz
- Forum Stationäre Altersarbeit Schweiz (Dachverband der Pflegeheime)

Um Hinweise über Anstrengungen im Bereich Qualitätsmanagement innerhalb eines Verbands bzw. innerhalb einer Berufsgruppe zu erhalten, wurden bei den ärztlichen Leistungserbringern zusätzlich Vertreter von zwei Fachgesellschaften (Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) sowie einer HMO Praxis befragt.

Ein Interview mit der Vereinigung der Privatkliniken sollte zusätzliche Hinweise über bestehende QS/QF-Aktivitäten im Bereich der Privatwirtschaft liefern.

Die Vertreterinnen und Vertreter der aufgeführten Verbände bzw. Organisationen wurden in einem ersten Schritt schriftlich kontaktiert, über Ziele und Inhalte des Projekts informiert und um ihre Einwilligung zur Teilnahme an einem telefonischen Interview gebeten. Als Vorbereitung zu diesem Gespräch wurden ihnen eine Übersicht über den Inhalt des Interviews sowie die Definitionen der Begriffe „Qualitätskonzept“ und „Qualitätsprogramm“ zugestellt (vgl. Abschnitt 2.4). Das strukturierte Interview dauerte in der Regel ca. 45 Minuten. Bezogen sich die Interviewpartner auf Dokumentationen der Verbände, wurde um Kopien gebeten.

Zur Ergänzung der Angaben wurden Vertreterinnen von zwei Deutschschweizer PatientInnen-Organisationen sowie vier Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger telefonisch befragt und gebeten, die Anstrengungen der Leistungserbringer im Bereich Qualitätsmanagement aus ihrer Sicht zu beurteilen.

Die Kostenträger wurden zusätzlich befragt, ob und wie sie ihre Rolle als Verhandlungspartner wahrnehmen.

2.4 Definitionen der Begriffe „Qualitätskonzept“ und „Qualitätsprogramm“

Im Vorfeld der Untersuchung wurde deutlich, dass für die Begriffe Qualitätskonzepte und -programme - wie sie in Art 77 KVV aufgeführt sind - keine international oder national einheitlichen Definitionen existieren. Auch die von der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ) erstellte Qualitätsterminologie, welche im Gesundheitswesen der Schweiz zu einer Vereinheitlichung der Begriffe führen soll, macht keine klärenden Angaben zu diesen Punkten⁸. Zur Vereinfachung der Interviews und um Missverständnisse auszuräumen, wurden daher die Begriffe Qualitätskonzepte und -programme in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsbeauftragten des Bundesamtes für Sozialversicherung zu Studienbeginn wie folgt definiert:

Qualitätskonzept

Qualitätskonzepte beinhalten Zielsetzungen, Grundsätze und Prioritäten für die Umsetzung von Qualitätsprogrammen und stellen damit einen Gesamtrahmen dar. Als Grundsätze können zum Beispiel Evaluation oder Methodenvielfalt verstanden werden.

Qualitätsprogramm

Ein Qualitätsprogramm beinhaltet ein Massnahmenpaket zur Qualitätssicherung und -förderung mit einem entsprechenden Zeitplan. Massnahmenpakete beinhalten zum Beispiel Schulungen, das Durchführen von Pilotprojekten oder das Festlegen von Ergebnisindikatoren.

Qualitätsvertrag

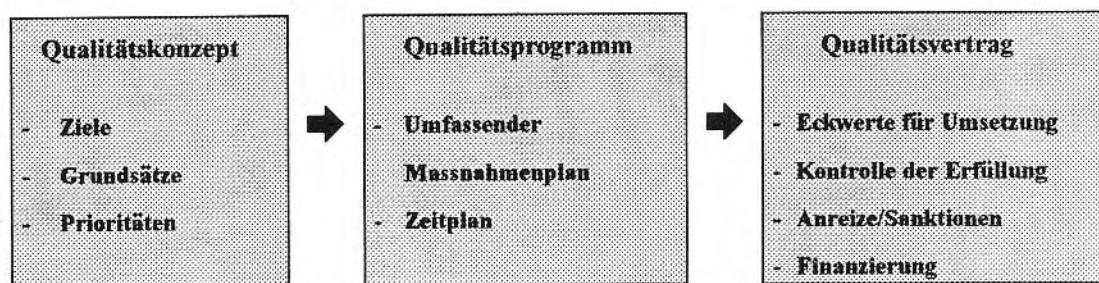
In einem Qualitätsvertrag vereinbaren Leistungserbringer mit den Krankenversicherern die wichtigsten Eckwerte für die Umsetzung des Qualitätsprogramms sowie die Konsequenzen einer Nichterfüllung.

Im Gegensatz zu Qualitätsverträgen sind **Rahmenverträge zur Qualitätssicherung** vertragliche Vereinbarungen der unterzeichnenden Parteien (in der Regel Leistungserbringer und Kostenträger), in denen sich diese zur Zusammenarbeit verpflichten. Das Ziel der Zusammenarbeit ist es, Qualitätskonzepte und -programme der Leistungserbringer gemeinsam zu genehmigen.

⁸ Die Veröffentlichung der Qualitätsterminologie der NAQ ist im August 1999 in der Schweizerischen Ärztezeitung geplant.

Unter Berücksichtigung dieser Definitionen ergibt sich der in Grafik 2 dargestellte Vollzug, wie er vom Gesetzgeber vorgesehen ist.

Grafik 2: Qualitätskonzepte und -programme als Vorbedingung für Qualitätsverträge



3 Systeme, Methoden und Instrumente des medizinischen Qualitätsmanagements

Die Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale eines Prozesses oder eines Objekts hinsichtlich der Eignung, vorgegebene Erfordernisse im Sinne der Patienten unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstands in der Medizin zu erfüllen¹. Nach Donabedian setzt sich die Qualität aus drei Komponenten zusammen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität^{2 3}.

Die *Strukturqualität* umfasst beispielsweise die Ausrüstung eines Unternehmens, die Qualifikation der Mitarbeiter oder die Ressourcen, die einer Organisation zur Verfügung stehen.

Die *Prozessqualität* umfasst alle Aktivitäten der präventiven, diagnostischen und therapeutischen Versorgung.

Die *Ergebnisqualität* betrachtet die objektive und auch die subjektive Qualität der erbrachten Leistungen⁴.

Die Angemessenheit und Notwendigkeit (Indikation) einer medizinischen Leistung wurde bis anhin (gemäß dem Prinzip des Anbietermarktes) der Prozessqualität zugeordnet. Da jedoch nicht jede präventive, diagnostische und therapeutische Massnahme auch angemessen oder notwendig ist, wurde der Indikationsqualität in den letzten Jahren ein gröserer Stellenwert eingeräumt und entsprechend das klassische Donabedian-Modell modifiziert: Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität⁵.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick gegeben über die bekanntesten

- Systeme (Total Quality Management, ISO und Accreditation am Beispiel der Joint Commission on Accreditation of Health Organizations)
- Methoden und
- Instrumente,

die eingesetzt werden, um die Qualität medizinischer Leistungen zu sichern bzw. zu fördern.

Die Sichtung der internationalen Literatur zeigte eine Vielfalt von Begriffen und Definitionen. Da Qualitätsbegriffe zum Teil mit abstrakten Formulierungen beschrieben werden, können wir eine subjektive Wertung nicht ausschliessen. Die Übersicht soll als grobes Raster interpretiert werden und der besseren Verständlichkeit dienen. Für weiterführende Angaben wird auf einschlägige Fachliteratur verwiesen.

3.1 Systeme zur Qualitätssicherung und -förderung

3.1.1 Total Quality Management (TQM)

Das Konzept des Qualitätsmanagements umfasst die Begriffe Qualitätspolitik, Planung, Lenkung, Verbesserung, Förderung und Sicherung. Qualitätsmanagement beinhaltet also alle Tätigkeiten der Gesamtführung, welche die Qualitätsansprüche zu verwirklichen versuchen. Das Prinzip des „totalen Qualitätsmanagements“ bedeutet, dass alle in einem Betrieb tätigen Personen ein persönliches Interesse an der qualitativ optimalen bereichsübergreifenden Qualität des Betriebs und dessen Leistungen haben. Dabei soll Fehlern in allen Prozessen kontinuierlich vorgebeugt werden. Kunden und Patienten stehen im Zentrum der Bemühungen. Es handelt sich somit bei TQM um eine Führungsstruktur, bei der nicht nur das eigene Handeln, sondern eine gemeinsame interdisziplinäre Problembewältigung zur Optimierung der Patientinnen- und Patientenversorgung im Mittelpunkt steht. Eine weitere wichtige Komponente ist, dass Fehler nicht sanktioniert werden, sondern dass die offene Diskussion einen Lernprozess ermöglicht.

Beim **Continuous Quality Improvement (CQI)** - der Begriff wird häufig mit TQM gleichgesetzt - liegt der Schwerpunkt im Verbesserungsprozess. Der Ansatz zielt darauf ab, die Qualität eines Betriebs inklusive dessen Leistungen ständig zu verbessern⁶. Dabei verfolgt der Ansatz das Erkennen von konkreten Problemen. Zur Lösung dieser Probleme werden meist von interdisziplinären Gruppen Daten gesammelt, Lösungen erarbeitet und umgesetzt. Über die Zeit etabliert sich so eine Qualitätskultur mit der Bereitschaft zu qualitativ hochstehender Arbeit aller Partner in einer Institution.

3.1.2 ISO

Bei ISO (International Standard Organization) handelt es sich um den Aufbau und den Unterhalt eines QM-Systems. Das Konzept hat seine Ursprünge in der Industrie. Die Anforderungen zum Aufbau des QM-Systems werden in sogenannten internationalen „Qualitätsnormen“ definiert. Die Norm fordert als oberstes Ziel, dass Fehler in allen Phasen der Entwicklung bis hin zum Kundendienst verhütet werden. Die ISO-9000 Normen sind in 20 Elemente unterteilt, welche von der Verantwortung der Leitung bis hin zu statistischen Methoden reichen. Ziel dieses QM-Systems ist es, mittels der 20 Normelemente eine umfassende Qualitätskontrolle zu garantieren und somit das Vertrauen der Kunden in die Qualität des Produkts oder der Dienstleistung zu stärken. Für das Jahr 2000 ist eine in 5 Elemente konsolidierte neue Version zu erwarten. Nach dem Aufbau des QM-Systems belegen Zertifikate ein standardisiertes Qualitätsniveau der Strukturen und Prozesse. Kontinuierliche Bemühungen, die Qualität zu erhalten oder zu verbessern, werden

jedoch nicht primär angestrebt. Eine auf das Gesundheitswesen ausgerichtete Interpretation der ISO 9001/2, genannt H-9001/2, wurde für Institutionen der Gesundheitsversorgung erarbeitet¹. Als wesentlicher Unterschied berücksichtigt H-9001/2 besonders geeignete Messgrößen (Indikatoren) und den Einbezug von Zielvorgaben (Standards) zur Indikations- und Ergebnisqualität.

3.1.3 Accreditation am Beispiel der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)

Der Ansatz der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) konzentriert die Qualitätsbemühungen auf die Überprüfung von Mindestanforderungen (Standards). Diese sind vage formuliert⁹. Das Unterschreiten festgelegter Minimalanforderungen veranlasst die JCAHO, weitergehende Untersuchungen zur Erhaltung des qualitativen Niveaus zu initiieren. Während sich die JCAHO ursprünglich auf die Überprüfung von Mindestanforderungen in Bezug auf die Strukturqualität (z.B. Ausrüstung, Einrichtung, professionelle Qualifikation der einzelnen Berufsgruppen) und Prozessqualität (z.B. Wartezeiten) konzentrierte, zielen die derzeitigen Bemühungen darauf ab, Mindestanforderungen der Ergebnisqualität zu erheben.

Bis jetzt besteht in der Schweiz keine Institution wie die Joint Commission on Accreditation, welche die Überprüfung der Kernbereiche (Diagnostik, Therapie und Pflege) der Spitäler standardisiert auf nationaler Ebene vornimmt⁷. Die Vereinigung für Qualitätssicherung und -förderung im Gesundheitswesen (VQG) führt Akkreditierungsgespräche¹⁰ durch. Diese dienen zur Vorbereitung auf die eigentliche Akkreditierung und sollen zeigen, ob die bisherigen QS-Aktivitäten der Institution die Grundvoraussetzungen für eine spätere Akkreditierung erfüllen. Gegenstand der Akkreditierungsgespräche sind mindestens sieben von neun sogenannten „Standards“. Die Vorbereitungszeit bis zur eigentlichen Schlussbeurteilung, welche durch externe Gutachterinnen und Gutachter durchgeführt werden soll, wird auf drei bis vier Jahre geschätzt.

⁹ Ein Standard ist beispielsweise die Erhebung von Patientenurteilen. Dazu müssen Elemente, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Spital betreffen, im Zentrum stehen.

¹⁰ Im deutschen Sprachraum versteht man unter Akkreditierung im Medizinbereich, dass eine Stelle, welche Zertifikate ausstellt, von einer höheren Instanz (beispielsweise in der Schweiz durch die schweizerische Akkreditierungsstelle) dazu berechtigt (akkreditiert) wird⁸. Die VQG verwendet den Begriff Akkreditierung in Anlehnung an den angelsächsischen Begriff „Accreditation“ und versteht darunter, dass eine als kompetent erachtete, unabhängige und externe Instanz die qualitätssichernden Vorkehrungen und Massnahmen eines Spitals daraufhin beurteilt, ob sie mit zuvor vereinbarten Standards übereinstimmen.

3.2 Methoden des Qualitätsmanagements

Wichtige Bestandteile aller QS/QF-Bemühungen sind die Fremd- und/oder Selbst-evaluation. Für die Umsetzung der Fremd- und/oder Selbstevaluation können verschiedene Ansätze gewählt werden:

3.2.1 Audits

Audits¹¹ sind systematische und unabhängige Untersuchungen mittels Befragungen zu qualitätsbezogenen Tätigkeiten. Ziel der medizinischen Audits ist es, aus den Fehlern zu lernen, um die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit des medizinischen Versorgungssystems zu verbessern. Der Ablauf eines Audits umfasst die klassischen fünf Schritte in einem Regelkreis:

- die Beobachtung in der Praxis
- die Definition einer Zielvorgabe
- einen Vergleich der Praxis mit den erreichten Zielvorgaben
- die Implementierung von Veränderungen, falls diese notwendig erscheinen
- einen Rückkoppelungsprozess in Form der Beobachtung in der Praxis

Auditgruppen setzen sich klassischerweise aus allen relevanten Beteiligten zusammen. Audits können medizinische, klinische, organisatorische, interne und externe Bereiche betreffen. Grundlage eines Audits ist die QM-Dokumentation der Organisation. Qualitätsaudits können für interne und externe Zwecke durchgeführt werden. Daher werden interne und externe Audits unterschieden. **Interne** Audits werden von den zu auditierenden Organisationen selbst oder in Zusammenarbeit mit Dritten durchgeführt¹². **Externe** Audits werden von unabhängigen Dritten z.B. Beratungsfirmen durchgeführt.

Im Rahmen des **Peer-Review** wird die Qualität der geleisteten Versorgung von einer Gruppe gleichrangiger Personen mit vergleichbaren Fertigkeiten und Erfahrungen (Peer-Review-Committee) retrospektiv beurteilt. Als Bewertungsgrundlagen werden dabei keine vorbestehenden Kriterien, Standards oder Abmachungen über die Definition von guter oder schlechter Qualität verwendet. Dies kann dazu führen, dass Gutachter unterschiedliche Auffassungen über die Beurteilung der Qualität haben.

¹¹ Audit leitet sich vom lat. audire = hören ab und wird mit „Anhörung“ übersetzt.

¹² Das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) ist ein typisches Beispiel interner Audits, welches die Selbstbeurteilung nach einem bestimmten Frageraster vorsieht.

3.2.2 Qualitätszirkel

Die Vorstellung eines Qualitätszirkels basiert auf einem mehrstufigen strukturierten Gruppenprozess, um auf organisatorischer und/oder klinischer Ebene mögliche Verbesserungsprozesse zu erzielen. Der Prozess beinhaltet, dass eine Kleingruppe (6-12 Personen) ihren eigenen Arbeitsbereich systematisch und problemorientiert analysiert. Mit Hilfe eines Moderators erarbeitet sie themenzentrierte Ziele, Strategien und Problemlösungen. Die Gruppe ist für die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen sowie für die Erfolgskontrolle zuständig. Voraussetzung für einen wirksamen Qualitätszirkel sind eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre und eine kontinuierliche Zusammenarbeit.

3.2.3 Qualitätsberichte

Qualitätsberichte sind standardisierte Veröffentlichungen einer strukturierten Selbstevaluation über die Qualität der Versorgung in Spitäler, HMOs, medizinischen Gruppen oder von individuellen Leistungserbringern. Qualitätsberichte können die Grundlage für den Vergleich der Leistungen verschiedener Institutionen bilden, sofern sie standardisierte Daten enthalten.

3.2.4 Benchmarking

Eine auf das Spital bezogene Definition des Begriffs Benchmarking ist: „Die gemessenen oder beobachteten Teilqualitäten verschiedener Bereiche bzw. individueller Prozesse eines Krankenhausbetriebes werden mit einem als optimal zu bezeichnenden, vergleichbaren anderen Krankenhaus verglichen“⁹. Die Vergleiche stützen sich auf Indikatoren, z.B. Komplikationshäufigkeit von postoperativen Infektionen. Das Benchmarking zielt darauf ab, durch den Vergleich zwischen verschiedenen Firmen, Industrien oder Spitäler, vom Besten zu lernen. Als Konsequenz sollen Institutionen, welche den Soll-Zustand nicht erzielen, einen Entwicklungsprozess vom Ist- zum Soll-Zustand anstreben.

3.2.5 Medizinische Behandlungs-Guidelines

Mit Hilfe von medizinischen Behandlungs-Guidelines sollen Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe Entscheidungsregeln für die diagnostische und therapeutische Praxis zur Verfügung gestellt werden. Diese beruhen in unterschiedlichem Masse auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen und Experteneinschätzungen. Behandlungs-Guidelines gehören zum Instrumentarium professionsorientierter Qualitätsförderung, sind aber auch für andere Ansätze qualitätsbezogener Aktivitäten von Bedeutung. Im Rahmen des versorgungs-

bezogenen Qualitätsmanagements erfüllen sie Funktionen der Problemerkennung, Problemlösung und Qualitätssicherung.

3.3 *Messsysteme*

Die oben beschriebenen Methoden verwenden Messsysteme, um die Qualität zu messen. Zu diesen zählen:

3.3.1 *Indikatoren*

Indikatoren oder Kriterien (diese Begriffe werden häufig synonym verwendet) sind Beurteilungsparameter, mit denen eine Teilqualität aus dem Bereich der Indikations-, Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität gemessen werden kann. Ein Indikator aus dem Bereich der Prozessqualität eines Spitals ist beispielsweise die Wartezeit im Notfall. Indikatoren müssen messbar, relevant und verständlich sein. Für die Messung der subjektiven Qualität wird meist die Wahrnehmung des Patienten erhoben. Üblicherweise wird auf Indikatoren zurückgegriffen, wenn es unmöglich erscheint, die gesamte Qualität einer Institution zu beurteilen.

3.3.2 *Standards*

Der Begriff Standard wird je nach Zusammenhang unterschiedlich verwendet. Erstens hat der Begriff Standard die Bedeutung eines Sollwerts. Zweitens wird der Begriff häufig im Sinne einer Norm gebraucht, d.h. der durchschnittlichen Ausprägung einer Messgröße. Eine dritte, oft verwendete Interpretation des Begriffs ist die Beschreibung von Prozessen. Dabei handelt es sich um Richtlinien, was in einer bestimmten Situation gemacht oder verwendet werden soll.

4 Ergebnisse

4.1 Tabellarische Übersicht über QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer nach KVG (auf Verbandsebene)

Die tabellarische Übersicht zeigt den Stand der Umsetzung der gesetzlichen Auflagen zum Qualitätsmanagement (Stand: Juli 1999). Die Auflistung orientiert sich daran, zu welchem Zeitpunkt der jeweilige Verband der Leistungserbringer mit den Kostenträgern einen Qualitätsvertrag bzw. einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung und -förderung im Sinne des KVG unterzeichnete.

Leistungserbringer	Rahmenvertrag	Qualitätskonzept	Qualitätsprogramm	Qualitätsvertrag
Labors		1. Version verabschiedet: 4.1995 ^a	Massnahmen des Qualitätsprogramms im Qualitätskonzept enthalten	Grundvertrag zur QS gültig seit 7.1994; das Qualitätskonzept ist Bestandteil des Vertrags
Spitäler	Vertragsabschluss auf Basis des Qualitätskonzepts: 12.1997	verabschiedet: 12.1997	verabschiedet: 7.1999	
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Abschluss: 1.1.1998	internes Arbeitspapier liegt vor	---	
Krankenschwestern und -pfleger	Abschluss: 5.1998	vom SBK genehmigt: 4.1999	im Entwurf	
Pflegeheime	Abschluss: 12.1998	verabschiedet: 7.1999	im Entwurf	---
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	Abschluss: 1.1999	verabschiedet: 7.1999	gemäss Rahmenvertrag gepl. auf 12.2000	
Logopädinnen und Logopäden	Entwurf liegt vor; gepl. Abschluss: 6.1999	gepl. (12.1999)	---	---
Chiropraktorinnen und Chiropraktoren	Abschluss: 7.1999	gemäss Rahmenvertrag gepl. auf 12.1999	---	---
Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater	Entwurf liegt vor, gepl. Abschluss: 10.1999	internes Arbeitspapier liegt vor; gepl. Verabschiedung: 12.1999	---	---
Spitex	in Verhandlung mit KSK	internes Arbeitspapier liegt vor	---	---
Apothekerinnen und Apotheker	---	(ja) ^{c,d}	(ja) ^{c,d}	QS im Tarifvertrag von 1996 enthalten ^b
Ärztinnen und Ärzte (FMH)	--- ^e	von FMH 6.1997 verabschiedet ^c	---	für Teilbereiche z.B. Weiterbildung
Hebammen	---	---	---	---
Heilbäder	---	---	---	---
Zahnärztinnen und Zahnärzte	---	---	---	für Weiterbildung

a aktuelle Version: Konzept QUALAB Version 0.3

b Der Grundvertrag zur Qualitätssicherung beruht nicht - wie im KVG vorgesehen - auf einem Qualitätskonzept bzw. -programm. Der Vertrag wurde auf Ende 1999 gekündigt.

c Das Dokument wurde nicht gemeinsam mit dem KSK verabschiedet.

d Der Apothekerverein verfügt über mehrere Dokumente, welche QS/QF-Grundsätze enthalten. Ein interner Businessplan für das Projekt „QMS-Apotheke“ beinhaltet Komponenten eines Qualitätsprogramms.

e Ein Qualitätsvertrag ist im Rahmen von TarMed geplant.

4.2 Detaillierte Angaben über QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer (auf Verbandsebene)

In diesem Abschnitt werden die QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer auf Verbandsebene detaillierter ausgeführt. Diejenigen Beschreibungen, welche auf Angaben der Dokumentationsanalysen **und** strukturierten Interviews basieren, gliedern sich in Angaben zu¹³:

- Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung
- Qualitätskonzept
- Qualitätsprogramm
- QS/QF-Einzelprojekte des Verbandes
- QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder
- Qualitätsvertrag

Bei den ärztlichen Leistungserbringern werden zusätzlich die QS/QF-Aktivitäten von zwei Fachgesellschaften und ein Projekt im Bereich Managed Care beschrieben (Abschnitt 4.2.1.2 bis 4.2.1.4). Diese Ausführungen sollen exemplarisch einen besseren Einblick über Anstrengungen im Bereich Qualitätsmanagement einzelner Gruppierungen innerhalb eines Verbands (in diesem Fall der Verbindung Schweizer Ärzte) geben. Bei der Darstellung wird von der oben aufgeführten Gliederung abgewichen.

Die Reihenfolge der aufgeführten Leistungserbringer erfolgt alphabetisch. Für den Verband der Hebammen und der Heilbäder waren keine detaillierten Angaben verfügbar, sie wurden deshalb in diesem Kapitel nicht aufgeführt.

Basieren die Angaben zu Verbänden auf schriftlichen Dokumentationen **und** strukturierten Interviews, werden diese im Folgenden mit * gekennzeichnet. Verbände, mit deren Vertreterinnen und Vertreter keine strukturierten Interviews geführt wurden, hatten ebenfalls die Möglichkeit, die Ergebnisse der Dokumentationsanalyse zu bestätigen bzw. gegebenenfalls zu ergänzen (vgl. Abschnitt 2.2 und 2.3).

¹³ Die Beschreibung der QS/QF-Aktivitäten derjenigen Verbände, mit denen keine strukturierten Interviews geführt wurden, können von dieser Darstellung abweichen.

4.2.1 Ärztinnen und Ärzte*

4.2.1.1 Verbindung Schweizer Ärzte (FMH)

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Ein Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung wurde nicht abgeschlossen.

Qualitätskonzept

Die Verbindung Schweizer Ärzte (FMH) hat im Juni 1997 ein Konzept zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung verabschiedet¹⁰. Die Initiative zur Ausarbeitung des Konzepts ging vom Ressort Qualitätssicherung der FMH aus, welches vor ca. 5 Jahren gegründet wurde. Eine Steuerungskommission des Zentralvorstands zur Qualitätssicherung war für die Ausarbeitung zuständig. Die FMH versteht sich als motivierendes, koordinierendes und strukturierendes Organ. QS/QF in der Praxis und im Spital soll von der Basis ausgehen und nicht von einer Dachorganisation implementiert werden. Die FMH formuliert die Zielsetzungen und Grundsätze ihrer QS/QF-Aktivitäten in ihrem Konzept wie folgt¹⁴:

Zielsetzungen des Qualitätskonzepts

- Katalysieren von QS/QF-Massnahmen, beinhaltend Strukturen, Prozesse, Ergebnisse, möglichst unter Förderung und Stimulierung des Qualitätsbewusstseins in der täglichen Arbeit des Arztes in Praxis und Spital (bottom-up System).
- Förderung effizienter Versorgungsqualität zum Nutzen des Patienten. Aus guter Qualität ärztlicher Versorgung resultiert sekundär ein volkswirtschaftlich günstiges Kosten-Nutzenverhältnis.
- Förderung von QS/QF-Programmen, welche problemorientiert zu einer quantifizierbaren kontinuierlichen Steigerung der Qualität ärztlicher, präventiver, diagnostischer und therapeutischer Leistungen (CQI) führen, ohne dass dafür ein inakzeptabler administrativer Aufwand erforderlich wird.

¹⁴ Orginalauszug aus dem Qualitätskonzept der FMH

- Die Qualität leistungsgleicher stationärer und ambulanter ärztlicher Versorgung muss identisch sein (Beispiele: Labor, ambulante Chirurgie, Röntgen, etc.).
- Bereitstellen methodischer Hilfe und Datenverarbeitung für QS/QF-Programme von Fach- und kantonalen Gesellschaften sowie ambulant und stationär tätigen Ärzten.
- Verhandlungsführung von QS/QF im Bereich eidgenössischer Sozialversicherungen. Aushandeln von Verträgen laut KVG-KVV mit den Krankenversicherern.
- Integration der QS/QF-Problematik in die Aus-, Weiter- und Fortbildung.
- Führungsanspruch in QS/QF medizinischer Leistungen auf politischer Ebene und bei den Partnern im Gesundheitswesen (NAQ).
- Kontinuierliche Überprüfung der Qualität der qualitätsfördernden Massnahmen der FMH.

Grundsätze des Konzepts

- Die FMH erhebt den Ist-Zustand von QS-/QF-Projekten bei den Fachgesellschaften, in Spitälern und in der ambulanten Praxis. Dieser ist laufend zu aktualisieren und ist interessierten Mitgliedern zugänglich zu machen.
- Begleitung und Unterstützung bestehender Projekte, sofern sie die vorgenannten Zielsetzungen erfüllen.
- Förderung, Koordination, Dokumentation und Aktualisierung sämtlicher von Fachgesellschaften und kantonalen Gesellschaften erarbeiteten Richtlinien (Guidelines) und Zurverfügungstellung auf dem Internet.
- Überprüfung von Richtlinien entsprechend der Zielsetzungen und auf folgende weitere Komponenten:
 - Standardisierung in der Medizin
 - Verbindlichkeit und haftpflichtrechtliche Aspekte
 - Förderung einer Optimalmedizin anstatt einer Maximalmedizin
 - Gesichtspunkte von Patienten und Kostenträgern
 - Ethische Aspekte
- Förderung von QS/QF-Projekten, welche sich mit der Angemessenheit (appropriateness) von diagnostischen und therapeutischen Leistungen auseinandersetzen.
- Förderung der Ergebnisqualität durch Analyse von Mortalität, Komplikationen, Rezidiven sowie autoptischen Ergebnissen.

- Motivation der Ärzteschaft, im Speziellen der Grundversorger, zur Mitarbeit in Qualitätszirkeln, unter Voraussetzung der Zielsetzungen und der anerkannten Definition von Qualitätszirkeln (Moderation, etc.).
- Erarbeiten einer einheitlichen Terminologie in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (NAQ) und internationale Koordination auf deutsch- und französischsprachigem Gebiet.
- Beurteilung von QS/QF-Projekten nach vorstehenden Zielsetzungen. Katalysierung gewisser Projekte.
- Aufbau einer regelmässigen und dichten Information nach innen und aussen (Bewusstseinsförderung).
- Förderung und Beurteilung von Forschungsprogrammen auf dem Gebiet QS/QF.
- Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, Kostenträgern, Behörden, Patientenorganisationen und anderen Interessierten in der nationalen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ).
- Pflege der relevanten internationalen Kontakte:
 - ISQua (International Society for Quality in Health Care)
 - European Forum of Quality Improvement in Health Care
 - Institute for Health Care Improvement
 - Bundesärztekammer (Deutschland)
 - u.a. in Frankreich, United Kingdom, Niederlanden, Schweden, Italien, Österreich
- Die FMH bekämpft ein Überborden von Ansprüchen an die Qualitätssicherung. Diese muss in einem tragbaren finanziellen Ausmass für die beteiligten Ärzte bleiben.
- Die Kommission hat auch die Qualität der Qualitätssicherung und der Qualitätssicherer zu überprüfen.

Gemäss mündlichen Aussagen strebt die FMH eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung mittels Methodenvielfalt an. Geplante Evaluationen lassen sich aus den formulierten Zielen (vgl. oben) ableiten. Sanktionsmassnahmen werden abgelehnt, da diese aus Sicht der FMH demotivierend wirken. Die Interessen von Patientinnen und Patienten stünden bei allen QS/QF-Bemühungen im Vordergrund. Bei der Ausarbeitung des Konzepts waren keine Patientinnen- und Patientenvertreter beteiligt.

Qualitätsprogramm

Ein Qualitätsprogramm gemäss den Definitionen der Autoren (Massnahmenpaket mit integrierten Zeitplänen) besteht nicht.

QS/QF-Einzelprojekte auf Verbandsebene

Auf Verbandsebene sind Einzelmassnahmen geplant bzw. bereits umgesetzt. Zu diesen zählen:

- Erarbeitung einer FMH-eigenen Guideline für Guidelines

In diesem Dokument stellt die FMH einen Kriterienkatalog für die Qualität von Guidelines auf. Der Kriterienkatalog soll ermöglichen, Guidelines, welche hohen qualitativen Ansprüchen genügen, zu vereinheitlichen und anzuerkennen. Das Dokument wurde im März 1999 in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert¹¹.

- Koordination und Führung der Ausarbeitung von Guidelines für Brustkrebs. Diese sollen exemplarischen Charakter haben.
- Zertifizierung der Ausbildungsstellen

Gemeinsam mit der Abteilung für Weiter- und Fortbildung der FMH wurde ein Pilotprojekt „Zertifizierung von Weiterbildungsstellen“ beendet. Trotz erfolgsversprechender Ergebnisse muss entschieden werden, ob die Idee unter Berücksichtigung der vorhandenen personellen und ökonomischen Ressourcen weiterverfolgt werden kann.

- Ausbildung der Mitglieder in Qualitätsmanagement
- Flächendeckende Projektunterstützung für AQS
- Erteilung von Fähigkeitsausweisen (Weiterbildungsnachweise) gemäss den Anforderungen des KVG für
 - Schwangerschaftsultraschall
 - Hüftsonographie bei Neugeborenen
 - Komplementärmedizin (Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie, Anthroposophische Medizin, Phytotherapie)
- Förderung von Qualitätszirkeln

- Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen
- Organisation eines internationalen QS-Kongresses (EuQuMed) im Herbst 1999

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

Einzelne Mitglieder sind im Bereich des Qualitätsmanagements aktiv. Besonders hervorzuheben sind die Fachgesellschaften für Allgemeinmedizin, für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Chirurgie. Ein System für strukturierte Rückmeldungen der QS/QF-Aktivitäten an den Verband besteht nicht.

Qualitätsverträge

Erst wenn die neue Tarifstruktur bereinigt ist, soll im Rahmen von TarMed ein Qualitätsvertrag erarbeitet und definitiv unterzeichnet werden¹². Daneben bestehen gemäss mündlichen Auskünften einzelne Qualitätsverträge für folgende Bereiche:

- Zweijährige ärztliche Weiterbildung nach KVG¹⁵
- Mammographie-Screening (geplant)
- Labor (vgl. Abschnitt 4.2.7).

¹⁵

Vereinbarung zwischen der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer KSK „Reglement über die Anerkennung der zweijährigen ärztlichen Weiterbildung nach KVG“, Mai 1996

*4.2.1.2 Schweizerische Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin**

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) startete 1987 eine Qualitätsinitiative. Die Aktivitäten gingen primär von der Arbeitsgruppe Fortbildung/Qualitätssicherung der SGAM aus, wobei später Synergien mit dem Kollegium für Hausarztmedizin entwickelt wurden.

Grundlagen aller QS/QF-Aktionen der SGAM sind:

- die „Recommendation No. R (97) 17 of the Committee of Ministers to Member States on the Development and Implementation of Quality Improvement Systems (QIS) in Health Care“ (Strasbourg: Council of Europe, 1997) sowie der dazugehörige Anhang mit konkreten Empfehlungen. Diese stützen sich auf die Arbeiten eines internationalen Expertenpanels, welches unter anderem aus mehreren Mitgliedern der European Working Party on Quality in Family Practice (EQuIP) bestand.¹⁶
- die „Basic Assumptions“ der EQuIP von 1995
- das schweizerische KVG 1996
- interne Positionspapiere zur Qualitätssicherung der SGAM.

Das Ziel der SGAM ist die kontinuierliche und nachhaltige Qualitätsentwicklung der medizinischen Versorgung. Dazu baut die SGAM ein ganzes System auf, welches auf den nachfolgenden internationalen Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Forschung basiert:

- Identifizierung von Qualitätsproblemen und -lösungen
- systematische Datensammlung im Bereich der medizinischen (Grund-) Versorgung
- auf Evidenz basierende Guidelines für eine kosten-effiziente Versorgung (aktuell mehrheitlich adaptierte Guidelines)
- nachweislich wirksame Massnahmen und Strategien zur Realisierung von prioritären Verbesserungen
- Messungen des Erfolges der getroffenen Massnahmen
- Erforschung optimaler hausärztlicher Versorgung

¹⁶ Seit 1994 ist die SGAM durch einen Delegierten in der EQuIP vertreten.

Gemäss den mündlichen Angaben sind Sanktionsmassnahmen zur Zeit nicht vorgesehen. Sie werden aber zu einem späteren Zeitpunkt - bei Nicht-Teilnahme an QS/QF-Aktivitäten - in Erwägung gezogen. In der Einführungsphase soll keine Selektion aufgrund unbefriedigender Evaluationsergebnisse erfolgen. Dagegen wird 1999 erstmals ein Qualitätszirkelpreis vergeben. Dieser ist im Sinne von „Anreize schaffen“ zu verstehen.

Folgende Einzelmaßnahmen sind geplant bzw. werden bereits umgesetzt:

- regelmässige Gesamtumfragen der SGAM zur Qualitätssicherung

Diese Surveys wurden beziehungsweise werden 1994, 1997 und 2000 mit dem dreisprachigen „SGAM Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Allgemeinpraxis“ unter allen Mitgliedern der SGAM (aktuell über 3'000) durchgeführt. Damit können regelmässig Informationsstand, Anwendung und Meinung zu 14 neuen Methoden zur Qualitätssicherung und zur konventionellen Fortbildung erfasst und mit dem Praktiker- respektive Praxisprofil verglichen werden. Ebenso werden je 8 Fragen zu unterstützenden beziehungsweise hemmenden Faktoren bezüglich QS/QF-Massnahmen in der Praxis gestellt. Schliesslich sind 10 Fragen zur Beurteilung der Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung eingeschlossen.

Mit diesen Erhebungen werden sowohl Bedürfnisse wie Veränderungen der Basis erhoben. Die Auswirkungen von Interventionen und Massnahmen, die aufgrund dieser Erhebung eingeführt werden, können überprüft werden (TQM-Ansatz zur Realisierung eines umfassenden Systems zur Qualitätssicherung, siehe oben).

- SwissPEP (Schweizerisches Programm zur Evaluation medizinischer Praxis)

SwissPEP ist ein System, um prioritäre Bereiche der medizinischen Grundversorgung zu überwachen. SwissPEP wird noch in diesem Jahr (1999) als standes eigene Plattform (AG) zur Qualitätsentwicklung gegründet und operativ tätig werden. Zum Dienstleistungsangebot der SwissPEP gehören zur Zeit:

QualiDoc (=EuroPEP) Patienten-Zufriedenheits-Praxisprofile

QualiDoc fördert die kontinuierliche und nachhaltige Qualitätsentwicklung ^{13 14} mit Schwerpunkt in Grundversorgereinheiten (Hausarztpraxen, Hausarztgruppenpraxen, Hausarztmodelle sowie HMO). Dazu bietet QualiDoc auf europäischer Ebene validierte, ständig weiterentwickelte Evaluationsinstrumente zur Beurteilung und Verbesserung ^{15 16} der medizinischen Grundversorgung an.

Diese sollen in den nächsten zwei bis drei Jahren zu einem umfassenden System zur Qualitätsentwicklung¹⁷ führen.

Gemäss den Angaben des Interviewpartners bietet QualiDoc folgende Möglichkeiten:

Basierend auf den Wertungen und Erfahrungen der eigenen Patientinnen und Patienten kann sich ein evaluerter Grundversorger mit anderen Leistungserbringern respektive mit etablierten wissenschaftlichen Guidelines vergleichen. Anhand dieser Ergebnisse können gezielte Interventionen für interne Verbesserungen umgesetzt werden. Durch wiederholte Anwendungen des QualiDoc-Instruments können die Interventionen überprüft und gegebenenfalls aufgrund wachsender Evidenz auch weiter empfohlen respektive implementiert werden.

Damit sichere und verbesserte QualiDoc die Kundenorientierung und Kundenkommunikation sowie eine sinnvollere Nutzung der Ressourcen und effizientere biomedizinische Resultate.

Durch die Verwendung des international anerkannten QualiDoc-Instrumentes seien bereits heute Qualitätsvergleiche mit anderen europäischen Gesundheitssystemen möglich. Auch eine Zertifizierung von Grundversorgern aufgrund der QualiDoc-Standards sei möglich.

QualiDoc wurde 1998 im Rahmen einer internationalen Vergleichsstudie von 14 Ländern¹⁷ erstmals erfolgreich in der Schweiz eingesetzt. Der Rücklauf von über 70% der QualiDoc-Patientenfragebogen aus diesem zufällig ausgewählten Kollektiv von 36 Schweizer Hausarztpraxen unterstreicht die Machbarkeit und Akzeptanz von QualiDoc sowohl in der Romandie als auch in der Deutschschweiz. Mit einem gesicherten standespolitischen Rückhalt soll der QualiDoc-Standard im Laufe des Jahres 1999 zur Evaluation von weiteren ca. 100-150 Hausärzten in HMOs und HAM eingesetzt werden.

- SGAM-SGIM-Diabetes-Projekt

Interdisziplinäres Projekt mit folgenden Zielen:

- Implementierung der Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel (30 neu gegründete Qualitätszirkel zum Thema Diabetes mellitus Typ II)
- Die Unterstützung für einen nationalen Audit (ca. 1000 Diabetiker Typ II)
- Teaching im Bereich QS

¹⁷ vergleichbar dem Selbstbeurteilungs-Modell der „European Foundation for Quality Management“ EFQM

- Das Fortbildungsprogramm der SGAM (1997) gewährleistet eine enge Verbindung zwischen Fortbildung und Qualitätssicherung. Mit diesen Fortbildungen soll eine qualitativ bessere Praxisführung bzw. bessere Patientinnen- und Patientenbetreuung erreicht werden.
- Seit 1995 werden Aus- und Weiterbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln (QZ) (mittlerweile in allen drei Sprachregionen) durchgeführt.
- Entsprechende didaktische Unterlagen wurden erstellt und werden laufend angepasst.
- In Zusammenarbeit mit externen Sponsoren wird in diesem Jahr zusätzlich ein Förderungsprogramm für QZ gestartet (im Sinne von finanzieller Unterstützung, regelmässiger Publikationen von QZ-Arbeiten, sowie einem Preis für gute QZ-Arbeiten).
- Sets von weiteren Leistungsindikatoren

Geplant ist die Einführung von weiteren international validierten Leistungsindikatoren, um die Versorgung in Ergänzung zum QualiDoc-Instrument zu überwachen. Dazu sollen in Zukunft schwerpunktmässig Indikatoren im Bereich chronischer Krankheiten und präventiver Massnahmen gehören. Diese Indikatoren respektive Instrumente sollen in den nächsten drei Jahren erneut im Rahmen eines internationalen Forschungsprojekts mit Schweizer Beteiligung validiert werden.

- Entwicklung von Evidence-Based Guidelines
 - Im Rahmen von Qualitätszirkeln werden regionale Guidelines erarbeitet.
 - Eine nationale Guideline-Datensammelstelle des Dokumentationsdienstes der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften wird aufgebaut.

Qualitätszirkel wurden Bestandteil vieler Verträge zwischen Grundversorgern und Hausarztmodellen respektive Managed Care Modellen und Krankenversicherern.

*4.2.1.3 Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)**

Die ersten wichtigen Schritte im Bereich der Qualitätssicherung wurden bereits in den 80er Jahren von der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF) lanciert. Ziel dieser Arbeitsgemeinschaft ist die Erhebung der Ergebnisqualität. Dazu erfassen eine grosse Anzahl von Kliniken für Gynäkologie in Schweizer Spitälern bei jeder hospitalisierten Patientin demographischen, medizinischen und chirurgischen

Daten. Ein standardisierter Erhebungsbogen der „Arbeitsgemeinschaft für Schweizer Frauenkliniken“ beinhaltet 996 Codes zum Ankreuzen.

1995 hat die Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe das Thema Qualitätssicherung an eine Qualitätskommission delegiert. Diese erarbeitet Strategien zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung zuhanden der Fachgesellschaft. Sie setzt sich zusammen aus Gynäkologinnen und Gynäkologen aus der ganzen Schweiz, die an einer Klinik oder aber in der Praxis tätig sind. Den Anstoß zur Gründung dieser Kommission gab der damalige Präsident der Fachgesellschaft (Prof. U. Haller).

Der Stand der QS/QF-Aktivitäten der Fachgesellschaft wurde in einer Veröffentlichung zusammengefasst ¹⁸. In diesem Dokument werden die folgenden QS/QF-Projekte der Fachgesellschaft aufgeführt:

- Implementierung und Anwendung eines Statistikprogramms der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Projekt zur Indikationsqualität: Qualitätssicherung der Indikationsstellung und der Ergebnisse im Bereich der Hysterektomie
- Erarbeitung von Guidelines
- Erhebung der PatientInnenzufriedenheit
- Erarbeitung und Evaluation von standardisierten PatientInnen-Aufklärungsprotokollen
- Verbesserung des Datenschutzes
- Einführung und Anwendung der ICD 9, CM und ICD 10 Kodierung.

Während des Zeitraums 1994-1995 wurden die Projekte in einer Vorbereitungsphase ausgearbeitet. Die Umsetzung der Projekte begann 1996. Zeitpläne existieren für die Ausarbeitung von Guidelines. Gemäss eigenen Angaben stehen die Interessen der Patientinnen im Mittelpunkt der Qualitätsbestrebungen. VertreterInnen der Patientenorganisation waren bei der Ausarbeitung und Evaluation der standardisierten Patientenaufklärungsprotokolle beteiligt.

Einzelprojekte verschiedener Mitglieder existieren im Bereich der operativen Laparoskopie und der Onkologie sowie von der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM).

Eine strukturierte Berichterstattung von den Einzelmitgliedern an die Fachgesellschaft existiert nicht. Dagegen verfasst die Kommission für Qualitätssicherung jährlich einen Bericht zuhanden des Vorstandes. Dieser Bericht wird im Bulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe veröffentlicht.

*4.2.1.4 Managed Care: Projekt EQUAM - Externe Qualitätskontrolle in Managed Care**

Die Schaffung eines unabhängigen Instrumentariums und damit eines Qualitätszertifikats war bereits seit einigen Jahren ein zentrales Thema der Verantwortlichen für medizinische Leistungen in HMO-Projekten. Bereits Ende 1997 erarbeiteten Vertreterinnen und Vertreter der SanaCare AG und der MediX Ärzte AG die Zielsetzungen eines solchen Vorhabens und den Konzeptentwurf für die Implementierung eines unabhängigen Instituts.

Folgende Zielsetzungen werden postuliert:

- Messbare Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der beteiligten HMO-Projekte
- Formulierung von QS-Standards von mehrheitlich ärztlicher Seite
- Kontrolle der Einhaltung dieser Standards durch eine unabhängige Stelle
- Ausweis der Qualität in Form eines Qualitätszertifikats

Im Frühjahr 1998 wurde das Projektteam mit Exponenten aus dem Kreis des Forums Managed Care, der Schweizerischen PatientInnen-Organisation und der ÖKK-HMO Basel ergänzt. Für die juristische Seite wurde ein Rechtsanwalt in die entsprechende Arbeitsgruppe verpflichtet. Im April 1999 wurde die Stiftung EQUAM gegründet. Die Stiftung hat folgende Aufgaben:

- Die Stiftung soll Qualitätszertifikate verleihen

Besonders in Managed Care Modellen soll externe und unabhängige Qualitätsicherung und -kontrolle (Zertifizierung) durchgeführt werden. Zu diesem Zweck wurden QS-Indikatoren erarbeitet und die einzelnen Kriterien gewichtet. Dabei wurden Optimal- und nicht Minimalstandards angestrebt. Dieses initiale Set bildet die Grundlage für die erste Zertifizierung. Die Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung dieser Indikatoren ist vorgesehen. Der Stiftungsrat überprüft die Standards und kann eine Arbeitsgruppe zur Zertifizierung der Praxen einsetzen.

- Die Stiftung soll eine Ombudsstelle schaffen.

Für spezifische Fragen und Probleme, die in Modellen des Managed Care auftreten, soll ein eigenständiger und ebenfalls unabhängiger Ombudsarzt bzw. eine Ombudsärztin eingesetzt werden. Diese Person steht allen Modellen des Managed Care bei Konflikten oder Uneinigkeiten in Fragen der medizinischen Versorgung zur Verfügung. Sie hat Empfehlungsbefugnis, ist jedoch nicht mit Entscheidungskompetenzen ausgestattet.

Die Interessen der Patientinnen und Patienten werden im Projekt berücksichtigt. Prinzipiell müssen alle Patientinnen und Patienten ihr Einverständnis dazu geben,

dass ihre Angaben als Datenbasis für Massnahmen des Qualitätsmanagements verwendet werden. Zusätzlich war eine Vertreterin der Schweizerischen PatientInnen-Organisation an der Ausarbeitung des Projekts beteiligt.

Konkrete Pläne für die Ausarbeitung von Qualitätsverträgen existierten zum Befragungszeitpunkt nicht.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten bei den Ärztinnen und Ärzten

Die Vereinigung Schweizer Ärzte (Verbandsebene) hat ein Qualitätskonzept ausgearbeitet. Dieses berücksichtigt weitgehend die Grundlagen des Qualitätsmanagements. Ein Massnahmenpaket mit integrierten Zeitplänen (Qualitätsprogramm) besteht derzeit nicht. Erst wenn die neue Tarifstruktur bereinigt ist, sollen im Rahmen von TarMed Qualitätsverträge erarbeitet und definitiv unterzeichnet werden. Umgesetzte oder geplante Einzelmassnahmen der FMH konzentrieren sich auf Koordinations- und Überwachungsaufgaben der Aus- und Weiterbildung der Mitglieder, den Bereich der Ausarbeitung von Guidelines und deren Überprüfung auf Qualitätskriterien. Weitere Schwerpunkte sind die Förderung von Projekten und die Unterstützung des Wissenstransfers. Ein datenbasierter Verbesserungsprozess wird dagegen nicht konkret vorangetrieben.

Die Befragung einzelner Mitglieder auf der Ebene der Fachgesellschaften zeigte fortgeschrittene QS/QF-Aktivitäten.

- Die von der SGAM geplanten oder umgesetzten Einzelmassnahmen umfassen konkrete messbare Jahresziele und basieren auf kundenorientierten Qualitätsindikatoren. Ein institutionalisiertes Benchmarking ist geplant. Im Rahmen von Qualitätszirkeln wird die Überprüfung der Angemessenheit der Leistungserbringung vollzogen. Aus- und Weiterbildungsangebote für Moderatoren von Qualitätszirkeln wurden geschaffen. Ein Förderungsprogramm für Qualitätszirkel wird im Jahr 1999 umgesetzt. Einzelne konkrete Massnahmen sind Bestandteil von Verträgen zwischen Hausarztmodellen und Versicherern.
- Die SGGG führt verschiedene QS/QF-Projekte durch. Diese konzentrieren sich auf die Ausarbeitung von anerkannten Standards. Ein erstes Projekt zur Überprüfung der Angemessenheit der Leistungserbringung ist in Vorbereitung. Kundenfokussierte Projekte werden ebenfalls angestrebt.
- Das Projekt EQUAM hat das Ziel, HMO Praxen nach definierten Qualitätsstandards zu zertifizieren. Das Konzept wird durch die Schaffung einer Ombudsstelle für Modelle des Managed Care ergänzt.

4.2.2 Schweizerischer Apothekerverein*

Der Schweizerische Apothekerverein (SAV) gründete 1997 die Abteilung für Qualität und Entwicklung, welche im Januar 1998 ihre Aktivitäten aufnahm. Die Ziele der neuen Abteilung betreffen vorrangig drei Bereiche:

- QF-System in der Offizinapotheke: QM-System Apotheke (QMS-Apotheke)
- Mehrwert des Apothekers in den integrierten Managed Care Modellen: Qualitätszirkel Ärztinnen und Ärzte/Apothekerinnen und Apotheker)
- Patientenorientierte Dienstleistungen: Pharmaceutical Care; Evaluierung und Substitution der Generika

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Ein Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung wurde nicht abgeschlossen.

Qualitätskonzept

Zum Befragungszeitpunkt existiert kein öffentliches Dokument, welches dem in der Studie definierten Begriff Qualitätskonzept entspricht. Für den internen Gebrauch wurde ein detaillierter Businessplan für die Umsetzung des Programms QMS-Apotheke konzipiert. Dieser Businessplan beinhaltet Aspekte eines Qualitätskonzepts und basiert auf verschiedenen Dokumenten¹⁸:

Die in diesen Dokumenten formulierten Ziele lauten:

- Die Qualitätsförderung muss im Unternehmen als kontinuierlicher Lernprozess integriert sein
- Der Patient muss im Mittelpunkt der QF-Projekte stehen
- Ein spezifisches System wird nicht vorgeschrieben (Methodenvielfalt)

¹⁸ 1992 Leitbild des Berufsstandes der ApothekerInnen
1993: Good pharmacy practice: Qualitätsstrategien für die Praxis basierend auf internationalen Richtlinien
1996: Gute Abgabepräxis (Bestandteil des Grundvertrags SAV-KSK 1996). Erklärungen zur Qualitäts sicherung der pharmazeutischen Leistungen bei der Ausführung ärztlicher Verordnungen. Alle Apothekerinnen und Apotheker verfügen über dieses Instrument.

- Das eingeführte System muss darauf ausgerichtet sein, Kosten zu vermeiden, die durch schlechte Qualität verursacht werden
- Die Qualität muss messbar (Qualitätsindikatoren) und dokumentierbar sein
- Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung müssen in engem Bezug zueinander abgehandelt werden
- Kosten sollen eingespart werden (in Zusammenarbeit mit anderen Partnern).

Gemäss den Auskünften sind die Ziele konform mit Qualitätsstandards des im Anhang des Tarifvertrags von 1996 aufgeführten Grundvertrags zur Qualitäts sicherung. Prinzipiell wird die Selbst- und Fremdevaluation unterstützt. Bis jetzt sind keine Sanktionsmassnahmen vorgesehen, vielmehr sollen positive Beispiele überzeugen.

Qualitätsprogramm

Ein öffentliches Dokument, welches *alle* geplanten und umgesetzten Massnahmen zusammenfasst, existiert nicht. Der (interne) Businessplan für das Projekt „QMS-Apotheke“ beinhaltet Methoden, Ziele, Fristen, Budgets, Mittel etc. und wird daher an dieser Stelle aufgeführt. Vertreter der Kostenträger waren an der Ausarbeitung des Projekts nicht beteiligt¹⁹. Gemäss den Angaben des SAV sind die zentralen Massnahmen dieses Projekts:

- Entwicklung von Kriterien und Standards für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- externe Audits, die alle 18 Monate wiederholt werden und Aspekte der Offizinpharmazie umfassend berücksichtigen
- Vergleiche von Bewertungen (Benchmarking) und Aufzeigen von einem minimal zu erreichenden Qualitätsniveau
- Kundenzufriedenheitsanalyse
- eine Datenbank über die Qualitätsergebnisse der pharmazeutischen Dienstleistungen (gesamtschweizerisch)
- ein Handbuch zum Qualitätsmanagement
- Weiterbildungs- und Consultingangebote.

¹⁹ Nach Kündigung des Grundvertrags auf Ende 1999 wollte das KSK in einem ersten Schritt das generelle weitere Vorgehen regeln und lehnte daher eine Einladung zur Diskussion der QMS-Apotheke zunächst ab.

Das System soll nach folgenden Zeitplänen schrittweise eingeführt werden:

- 1998: Entwicklung und Bedarfsanalyse (abgeschlossen)
- Frühjahr 1999: Pilotprojekt in 53 Apotheken (abgeschlossen)
- 2. Hälfte 1999: offizielle Betriebsphase des Systems ohne Verleihung des Qualitätszeichens
- ab 2000: gegebenenfalls Einführung eines anerkannten Qualitätszeichens.

Daneben soll eine neutrale Expertenkommission und eine Aufsichtskommission aufgebaut werden, in der Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, PatientInnen- und KonsumentInnen-Organisationen sowie staatlichen Instanzen erwünscht sind.

QS/QF-Einzelprojekte auf Verbandsebene

1994 wurden interdisziplinäre Qualitätszirkel (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegende) für Pflegeheime eingeführt. Zu den Zielen dieser Aktivitäten gehört die Verbesserung der Rezeptverschreibung. Erste Ergebnisse der Qualitätszirkel wurden veröffentlicht¹⁹.

1997 wurden Qualitätszirkel für den ambulanten Bereich im Kanton Fribourg etabliert. Die Zusammenarbeit in den Qualitätszirkeln wird von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin sowie vom SAV als Fortbildung anerkannt. Die ersten Ergebnisse waren Erfolg versprechend und führten zu einer Anerkennung durch einige Krankenkassen²⁰ sowie zur Verlängerung des kantonalen Vertrags. Dieses Projekt ist für die Umsetzung in anderen Regionen geplant.

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

Einzelne Gruppierungen haben eigene Audits durchgeführt. Diese bezogen sich vorwiegend auf Struktur- und Prozessqualität (z.B. „Sophi“ von TopPharm oder Audit von Pharmaconcept). Eine regelmässige, strukturierte Berichterstattung der Mitglieder zum Dachverband ist derzeit nicht geplant.

²⁰ Visana, Helsana, CSS, Mutuel

Qualitätsvertrag

1996 wurde im Anhang zum Tarifvertrag ein Grundvertrag zur Qualitätssicherung zwischen SAV und KSK abgeschlossen²¹. Dieser wurde auf Ende 1999 gekündigt. In Hinblick auf einen neuen Qualitätsvertrag sind Gespräche mit dem KSK geplant.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten des Schweizerischen Apothekervereins

Der Schweizerische Apothekerverein verweist auf verschiedene Dokumente, welche Ziele und Grundsätze der aktuellen und künftigen Aktivitäten formulieren. Ein Massnahmenkatalog mit integrierten Zeitplänen existiert für den internen Gebrauch. Die umgesetzten bzw. geplanten Massnahmen des Projekts QMS-Apotheke umfassen datenbasierte Selbst- und Fremdevaluation, Benchmarking, Analyse der Kundenzufriedenheit, ein QM-Handbuch sowie Weiterbildungs- und Consultingangebote. Im Kanton Fribourg veranstalten Apothekerinnen und Apotheker in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten Qualitätszirkel zur Schnittstellenproblematik, welche von einigen Kostenträgern als QS/QF-Massnahmen anerkannt sind. Vertragliche Vereinbarungen mit dem KSK über QS-Aktivitäten bestehen formal bis Ende 1999. In der zweiten Hälfte 1999 sind Gespräche mit dem KSK bezüglich der Anerkennung der QMS-Apotheke als offizielles Qualitätsprogramm vorgesehen.

4.2.3 Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft

Gemäss den gesetzlichen Anforderungen im KVG 1996 hat die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) einen Entwurf für einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung erarbeitet. Dieser wurde im Sommer 1999 von den Vertragsparteien unterzeichnet. Der Rahmenvertrag regelt die Ausarbeitung eines Qualitätskonzepts und die stufenweise Umsetzung eines Qualitätsprogramms. Die Ausarbeitung eines Qualitätskonzepts ist auf Ende 1999 geplant.

²¹ Der Grundvertrag zur Qualitätssicherung beruht nicht - wie im KVG vorgesehen - auf einem Qualitätskonzept bzw. -programm.

4.2.4 ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) haben mit dem KSK am 6. Januar 1999 einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung unterzeichnet. In diesem Rahmenvertrag werden die Bestimmungen für die Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements geregelt. Dabei handelt es sich um die Regelung der Grobstrukturen. Detailbereiche werden in separaten Vereinbarungen geregelt.

Qualitätskonzept

Gemäss Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung wurde für die Ausarbeitung und Anpassung eines Qualitätskonzepts eine separate Arbeitsgruppe eingesetzt. Diese setzt sich paritätisch aus Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenversicherer zusammen. Die Arbeitsgruppe kann Fachleute beziehen und weitere Massnahmen zur Lösungsfindung ergreifen (z.B. Workshops, Tagungen, Anhörungen, etc.). Der Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung sah vor, dass das Qualitätskonzept bis 31. Dezember 1999 verabschiedet werden sollte. Die Verabschiedung konnte allerdings bereits im Juli 1999 erfolgen. Das Qualitätskonzept beschreibt, welche Teilespekte bearbeitet werden können, welche Modalitäten zwingend zu berücksichtigen sind und welche Grundlagen dabei verwendet werden. Die Vertragsparteien sehen Sanktionen bei Nichtteilnahme oder Nichterfüllung von QS/QF-Massnahmen vor. Dabei ist ein stufenweises Vorgehen geplant.

Qualitätsprogramm

Die Vereinbarungen für die Umsetzung des Qualitätskonzepts müssen in einer ersten Version bis spätestens zum 31. Dezember 2000 vorliegen.

4.2.5 Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen

Am 1. Juli 1997 unterzeichnete der Schweizerische Verband diplomierte ErnährungsberaterInnen (SVERB) erstmals einen Tarifvertrag. In diesem ist festgehalten, dass ein separater Qualitätsvertrag ausgearbeitet und unterzeichnet werden soll.

Zum Erhebungszeitpunkt ist dieser Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung Diskussionsgegenstand zwischen den Vertragsparteien. Gemäss mündlichen Auskünften ist ein Abschluss im Jahr 1999 geplant. Daneben hat eine Arbeitsgruppe ein internes Qualitätskonzept ausgearbeitet. Die Verabschiedung dieses Qualitätskonzepts durch die Verbandsmitglieder ist im Rahmen der Generalversammlung im März 2000 geplant.

Als erste QS/QF-Massnahme verpflichten sich Mitglieder, die dem Tarifvertrag beitreten sind beziehungsweise beitreten werden, ab Juni 1999 einheitliche Dossiers über Patientinnen und Patienten zu führen.

4.2.6 Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger*

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Am 1. Mai 1998 wurde ein Rahmenvertrag zwischen dem Schweizer Verband der Krankenschwestern und -pfleger mit dem KSK unterzeichnet. Vor der Unterzeichnung wurde der Vertrag von der Vertreterin einer PatientInnen-Organisation überprüft. In diesem Vertrag vereinbarten die Parteien eine Bedarfsabklärung sowie die Ausarbeitung eines Qualitätskonzepts. Für den Vollzug der Vereinbarungen wurde eine paritätische Kommission eingesetzt. Dieser Kommission gehören 8 Mitglieder an, welche das Qualitätskonzept sowie Anpassungen und Änderungen genehmigen. Die Umsetzung erfolgt stufenweise. Im Rahmenvertrag werden ebenfalls mögliche Sanktionsmassnahmen geregelt. Dazu zählen:

- Schriftliche Verwarnung
- Kontrolle durch externe Expertinnen und Experten
- Tarifreduktion
- Ausschluss aus dem Tarifvertrag.

Qualitätskonzept

Eine Arbeitsgruppe des SBK erarbeitete im Sommer 1998 ein Grundlagenpapier zur Sicherung und Förderung der Qualität (Qualitätskonzept). Die Arbeitsgruppe bestand aus sechs Mitgliedern aus verschiedenen Landes- und Sprachregionen.

Ziele des Konzepts

- Formulieren von Teilzielen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sowie gemeinsame Ausarbeitung von Vorschlägen für ein Massnahmenpaket zu deren Umsetzung.
- Im Vordergrund steht die Transparenz (Rekonstruierbarkeit der Pflegeleistung), die Indikation (Begründbarkeit der Pflege) sowie das Ergebnis der erbrachten Pflegeleistungen (basierend auf Daten).
- Den freiberuflich tätigen Krankenschwestern und Krankenpflegern soll dabei ein Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, welches die Leistungserbringung nach verbindlichen Kriterien regelt.

Grundsätze des Konzepts

- Das Konzept basiert auf den Grundsätzen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und strebt eine langfristige und nachhaltige Qualitätssicherung an. Es versteht Qualität im ganzheitlichen Sinn.
- Das Konzept vertritt einen partnerschaftlichen Ansatz, bei dem Leistungsempfangende und Leistungserbringende gemeinsam eine Qualitätssicherung und -förderung anstreben unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern.
- Für die Umsetzung des Konzeptes wird eine paritätische Kommission zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen gebildet.
- Gemeinsames Vorgehen, offene Diskussionen, Transparenz gegen aussen und gemeinsame Beschlüsse gelten als Basis der Zusammenarbeit.

Geplantes Vorgehen

- Der Zentralvorstand des SBK genehmigte das Qualitätskonzept im April 1999. Danach wurde es an die paritätische Kommission weitergeleitet. Diese legt Zeit-

plan und Inhalt der nächsten Schritte fest. Gegebenenfalls können Expertinnen und Experten zugezogen werden.

Qualitätsprogramm

Aus den Grundlagendokumenten können die nächsten Teilschritte abgeleitet werden. Folgende Massnahmen sind vorgesehen:

- Sammeln der statistischen Daten

Mit Hilfe eines Erhebungsinstruments, welches von der Arbeitsgruppe ausgearbeitet wird, soll die Leistung mittels statistischer Angaben ausgewiesen werden. Die wichtigsten Indikatoren sollen ab Herbst 1999 zuhanden der paritätischen Kommission erhoben werden.

- Punktuelle Kontrollen der Pflegedokumentationen in der ganzen Schweiz

Die Pflegedokumentationen aller Pflegepersonen sollen mit Stichproben kontrolliert werden. Ein Vorschlag zum konkreten Vorgehen wird derzeit ausgearbeitet.

- Selbstevaluation der Leistungserbringung von freiberuflich tätigen Krankenschwestern und Krankenpflegern

Im Herbst 1999 soll den Pflegefachleuten ein Instrument zur Selbsteinschätzung (Fragebogen) zur Verfügung gestellt werden. Dieses soll den einzelnen ermöglichen, die eigene Pflegepraxis bezüglich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen und gegebenenfalls Ansatzpunkte zur Verbesserung aufzeigen. Eine Kopie der Selbstevaluation zuhanden der Arbeitsgruppe soll eine erste Situationsanalyse liefern, um gegebenenfalls die nötigen Schritte einzuleiten (z.B. Überprüfung der Bildungsangebote).

Für das Jahr 2001 wird eine Konsolidierungsphase angestrebt. Diese Phase konzentriert sich auf die Vereinheitlichung der Instrumente zur Pflegedokumentation aufgrund der quantitativen wie qualitativen Auswertungen.

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

Es existiert eine Vielzahl von Einzelprojekten. Über diese Aktivitäten wird der Verband regelmässig informiert.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten des SBK

Im Mai 1998 wurde ein Rahmenvertrag zwischen dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger und dem KSK unterzeichnet. Der Entwurf des Qualitätskonzepts, welches im Jahr 2000 von den Vertragsparteien unterzeichnet werden soll, bildet den Ausgangspunkt für die Formulierung eines Massnahmenkatalogs inklusive detaillierter Zeitpläne. Zu den geplanten Massnahmen zählen die Sammlung von statistischen Daten zum Leistungsausweis, Stichprobenkontrollen und Selbstevaluation.

4.2.7 Labor

Nach den Kriterien Standort, Analysespektrum, Anforderungen an Qualifikation von Personal und Laborleitung sowie Entgegennahme von Fremdaufträgen werden folgende Typen von medizinischen Labors unterschieden: Praxislabors, Spitätlabors, private Labors und andere Labors.

Qualitätskonzept

Die Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (QUALAB) - Nachfolgeorganisation der Fachkommission für die Gesamtrevision der Analyseliste - arbeitete 1995 ein Grundkonzept zur Qualitätssicherung und -kontrolle im medizinischen Labor aus. Das Konzept stützt sich auf Kriterien zum Betreiben von medizinischen Labors (KBMAL). Diese Ausführungen wurden für die speziellen Bedürfnisse der QUALAB ergänzt und modifiziert. Das Konzept (Version 8.2) wurde integraler Bestandteil des Grundvertrags zur Qualitätssicherung und -kontrolle (siehe unten). Die folgenden Angaben beziehen sich auf das zum Erhebungszeitpunkt vorliegende überarbeitete Konzept für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (Konzept QUALAB Version 0.3). Es enthält Ausführungsbestimmungen und ist integrierter Bestandteil des Grundvertrags zur Qualitätssicherung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im Rahmen der eidgenössischen Analyseliste.

Das Konzept für Qualitätssicherung und -kontrolle für medizinisch-analytische Labors fasst die in der Schweiz geltenden Regelungen der Qualitäts sicherung/Qualitätskontrolle für ärztlich verordnete Analysen im medizinischen Labor zusammen.

Grundsätze des Konzepts

Es werden keine ausdrücklichen Grundsätze aufgeführt. Die Autoren leiten aus den Dokumentation die folgenden Grundsätze ab:

- Forderung nach gleicher Qualität und Analyse unabhängig vom Ort der Durchführung
- Frühzeitiges Erkennen von auftretenden Fehlern (grobe Ausreisser, zufällige oder systematische Fehler)
- Hilfestellung für die Verbesserung der Qualität einer Analyse
- Nachweis der Qualität gegenüber Dritten (Patientinnen und Patienten, staatlichen Stellen, Sozialversicherern)
- Information der teilnehmenden Labors über die Qualität ihrer Analysen im Vergleich mit anderen Labors.

Schwerpunkte des Konzepts

Schwerpunkte des Konzepts sind die Formulierung von Anforderungskriterien an:

- die Qualifikation des Personals inklusive Qualifikationsausweis
- die fachliche Beratung/Supervision; Leitung
- die Definition der Labortypen
- die Laborräumlichkeiten und Einrichtung
- die Qualitätssicherung/Qualitätskontrolle
- medizinische Qualitätskontrollzentren in der Schweiz (MQZ).

Qualitätsprogramm

Ein Massnahmenpaket ist Bestandteil des Qualitätskonzepts. Diese Massnahmen umfassen Selbst- und Fremdevaluation:

- Interne Qualitätskontrollen (Selbstevaluation)
regelmässige Messung und Dokumentation der Qualität der Analyse durch Ist/Soll-Vergleich.
- externe Qualitätskontrollen (Fremdevaluation)
regelmässige Messung der Qualität durch die Teilnahme an schweizerischen oder ausländischen Ringversuchen.

Es werden explizit Sanktionsmassnahmen für die Nicht-Teilnahme an Ringversuchen, ungenauen Messungen und Nachkontrollen für den Fall von ungenauen Messungen aufgeführt. Das Ziel der Sanktionsmassnahmen ist, medizinische Labors zu veranlassen, schon vor Inkrafttreten der Sanktionen bei Schwierigkeiten aus eigener Initiative Hilfe und Beratung zu suchen.

Qualitätsvertrag

Der Grundvertrag zur Qualitätssicherung und -kontrolle wurde am 28. April 1995 von den Parteien unterzeichnet und trat rückwirkend auf den 1.7.1994 in Kraft. Das Konzept Qualitätssicherung/Qualitätskontrolle im medizinischen Labor (Version 8.2) war integraler Bestandteil des Vertrags.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten im Laborbereich

Rückwirkend auf Juli 1994 trat der Grundvertrag zur Qualitätssicherung und -kontrolle für Leistungserbringer, welche Analysen durchführen, in Kraft. Ein Konzept zur Qualitätssicherung/Qualitätskontrolle im medizinischen Labor war integraler Bestandteil des Vertrags. Bei diesem Konzept (Konzept QUALAB) handelt es sich um die überarbeitete Version. Sowohl das ursprüngliche als auch das aktuell vorliegende Dokument erfüllen die von den Autoren definierten Kriterien eines Qualitätskonzepts sowie eines Qualitätsprogramms. Die Schwerpunkte der Konzepte beruhen auf der Beschreibung von Anforderungskriterien an medizinische Labors. Konkrete Massnahmen der Selbst- und Fremdevaluation sowie Sanktionsmassnahmen werden aufgeführt. Die Selbst- und Fremdevaluation ist auf technische Standards ausgerichtet, während die Servicequalität nicht berücksichtigt wird. Detaillierte Zeitpläne fehlen. Dies, da das Konzept Bestandteil des Grundvertrags zur Qualitätssicherung und -kontrolle ist und die Umsetzung der aufgeführten Massnahmen für die Mitglieder verbindlich ist.

4.2.8 Schweizerischer LogopädInnen-Verband

Der Schweizerische LogopädInnen-Verband hat einen Rahmenvertrag erarbeitet, welcher voraussichtlich im Sommer 1999 von den Vertragsparteien unterzeichnet wird. Dazu erarbeitet der Verband ein Qualitätskonzept, welches voraussichtlich Ende 1999 verabschiedet wird.

4.2.9 Forum Stationäre Altersarbeit Schweiz (Pflegeheime)*

Das Forum Stationäre Altersarbeit Schweiz (Forum) bildet das Dach verschiedener Heimverbände ($n=7$). Das Forum wurde am 4. April 1997 als Verein gegründet. Das Forum ist verantwortlich für Aufgaben, welche von den Heimverbänden nicht selbst übernommen werden können, und hat somit unterstützenden Charakter. Konkret beschäftigt sich das Forum in Zusammenarbeit mit dem KSK mit der Ausarbeitung eines Konzepts zur Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Die Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement auf der Ebene der Heimverbände sind unterschiedlich weit fortgeschritten. Die folgenden Angaben beziehen sich auf Aktivitäten des Forums Stationäre Altersarbeit Schweiz.

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Am 10. Dezember 1998 unterzeichneten die Vertragsparteien ein Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung. Dieser vereinbart Ziele, Strukturen, Vorgehen, Vollzugsprobleme sowie Zeitpläne. Alle Einzelheiten sollen in ergänzenden Dokumenten festgehalten werden. Der Vertrag sieht vor, dass im Frühjahr 1999 die Kriterien zur Beurteilung der Qualitätssicherung vorliegen. Bis September 1999 sollen folgende Schritte vollzogen sein:

- Festlegen der Informationen, die den Krankenversicherern von den Pflegeheimen zur Verfügung gestellt werden müssen
- Festlegen von überprüfbarer qualitätssichernden Massnahmen
- Überprüfung bestehender Instrumente darauf hin, ob mit ihnen die Qualität nach den vereinbarten Kriterien erreicht werden kann.

Wie die Verbände in den Rahmenvertrag eingebunden werden, steht noch zur Diskussion. Es soll eine möglichst einfache und kostengünstige Lösung erarbeitet werden.

Qualitätskonzept

Der Entwurf eines Qualitätskonzepts zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Pflegeheimen wurde im März 1999 fertiggestellt und bildete die Diskussionsgrundlage für die paritätische Kommission Forum/KSK. Eine Arbeitsgruppe, die aus Fachleuten der verschiedenen Heimverbände besteht, war an der Ausarbeitung des Konzepts beteiligt. Das Konzept wurde im Juli 1999 verabschiedet und dient zur Umsetzung des Rahmenvertrags. Das Qualitätskonzept beschäftigt sich mit denjenigen Leistungen, die dem KVG unterstellt sind. Damit konzentriert sich das Konzept auf Teilespekte der Qualität in Pflegeheimen.

Die Ziele, Schwerpunkte und Grundsätze des Konzeptentwurfs orientieren sich am Qualitätskonzept der H+ (vgl. 6.3.12). Dabei wurden die Inhalte den Bedürfnissen von Heimen angepasst und verkürzt. Die Umsetzung des Konzepts soll möglichst gesamtschweizerisch erfolgen.

Grundsätze des Konzepts

Das Konzept stützt sich auf folgende Grundsätzen ab:

- Eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung mit dem Ziel langfristiger und nachhaltiger Qualitätsentwicklung wird angestrebt. Dies beinhaltet den Aufbau einer Qualitätskultur, Kundenorientierung, Prozessmanagement, Einbezug von Mitarbeitenden, Verantwortung des Managements sowie die Initiierung, Durchführung und Evaluation von QS/QF-Projekten.
- Qualitätsförderung wird im ganzheitlichen Sinn verstanden, wobei die Teilespekte Indikations-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden
- Ausweis der Qualität zur schrittweisen Vertiefung des Qualitätsmanagements
- Methodenvielfalt, damit bestehende Aktivitäten einzelner Mitglieder berücksichtigt werden können
- Schrittweises Vorgehen unter Berücksichtigung der neusten Erkenntnisse.

Das Konzept richtet seinen Fokus auf Kundinnen und Kunden. Eine Patientinnen- bzw. Patientenvertretung in den Arbeitsgremien für das Qualitätskonzept beziehungsweise das Qualitätsprogramm ist nicht geplant. Das Dokument enthält keine Angaben über Sanktionsmassnahmen. Gemäss mündlichen Auskünften existieren diese auf Seiten des KSK durch Verweigerung der Kostenübernahme bei fehlendem Qualitätsnachweis.

Qualitätsprogramm

Die Ausarbeitung eines Qualitätsprogramms steht noch am Anfang. Bestehende Vorstellungen umfassen, dass dieses Programm möglichst einfach sein sollte. Dabei sollen Mindestanforderungen beschrieben werden, die den Anforderungen des KVG genügen. Ein schrittweises Vorgehen steht im Vordergrund. Während der Rahmenvertrag grobe Zeitpläne beinhaltet, sollen detaillierte Zeitpläne Bestandteil des Qualitätsprogramms werden.

An verschiedenen Stellen können anhand des Konzepts geplante Massnahmen abgeleitet werden. Zu diesen zählen:

- regelmässige Bedarfsabklärung bei Bewohnerinnen, Bewohnern und deren Bezugspersonen, internen Kunden (Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Lernenden) sowie externen Kunden (zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, Lieferanten, Versicherern und Kantonen)
- Festlegung von konsensfähigen Vorgaben unter Einbezug bewährter Instrumente und Indikatoren
- Ist/Soll-Vergleiche von Prozessen an kritischen Punkten mittels Selbstevaluation
- Kompetenzförderung von Arbeitsgruppen, die für QS/QF-Projekte zuständig sind
- Initiierung, Durchführung und Evaluation von QS/QF-Projekten
- Strukturierte Qualitätsberichte

Das Qualitätskonzept fordert konkret, dass Pflegeheime ihren Qualitätsnachweis mit periodischen und strukturierten Qualitätsberichten erbringen müssen. Diese Berichte sollen Kennzahlen enthalten.

QS/QF-Einzelprojekte auf Verbandsebene

Es existieren keine Einzelprojekte auf der Ebene des Dachverbandes.

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

Es existieren verschiedene QS/QF-Aktivitäten sowohl auf der Verbandsebene der Mitglieder als auch bei Einzelmitgliedern. Beispielsweise hat der Verband Berner Alterseinrichtungen ein Instrument zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in

Heimen sowie in der stationären Altersbetreuung und Pflege erarbeitet (QUALIPRO). Weitere Mitglieder verfügen über andere Instrumente.

Eine strukturierte Berichterstattung der QS/QF-Aktivitäten von den Verbänden an das Forum existiert noch nicht. Qualitätsberichte sind als konkrete Massnahmen des Qualitätsprogramms geplant.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten im Forum Stationäre Altersarbeit Schweiz

Ende 1998 wurde ein Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung unterzeichnet. Ein Qualitätskonzept, welches auf den Grundlagen des Qualitätsmanagements beruht, wurde von den Vertragspartner im Sommer 1999 verabschiedet. Zu den geplanten Massnahmen zählen die Ausarbeitung von Indikatoren, Selbstevaluation, datenbasierte Qualitätsnachweise sowie Bedarfsabklärungen bei Kunden.

4.2.10 Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband (SPV)

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Am 1.1.1998 trat der Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung zwischen dem Schweizerischen Physiotherapeuten-Verband und dem KSK, der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK), der Invalidenversicherung (IV) sowie dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) in Kraft. In diesem verpflichtet sich der SPV, innerhalb eines Jahres mit den Kostenträgern einen Qualitätssicherungsvertrag sowie ein Qualitätskonzept auszuarbeiten, welche die entsprechenden Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beinhalten. Im Rahmenvertrag wurden mögliche Sanktionsmassnahmen bei Verstößen aufgeführt. Der Vertrag war bis Ende 1998 befristet. Die Erneuerung des Vertrags steht derzeit aus.

Qualitätskonzept

Eine Arbeitsgruppe des Verbands, welche sich aus Physiotherapeuten zusammensetzt, hat unter der Leitung eines externen Projektberaters den Entwurf eines Qualitätskonzepts erarbeitet. Inhaltlich sieht das Konzept eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung vor. Schwerpunktmaßig wird die Selbstevaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität angestrebt, während der Stellenwert der Fremdevaluation noch Gegenstand der Diskussion ist. Zur Umsetzung wird die Methodenvielfalt favorisiert. Sanktionsmassnahmen werden im Qualitätskonzept nicht konkretisiert. Der Entwurf des Qualitätskonzepts befindet sich derzeit in der internen Vernehmlassung und die Verabschiedung des Dokuments ist für Sommer 1999 geplant.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten des Schweizerischen Physiotherapeuten-Verbands

Anfang 1998 wurde ein Rahmenjahresvertrag zur Qualitätssicherung unterzeichnet. Die Erneuerung steht noch aus. Ein Qualitätskonzept, welches auf den Grundlagen des Qualitätsmanagements basiert, liegt intern vor und soll die Grundlage für Gespräche mit dem KSK bilden. Zu den derzeit geplanten Massnahmen zählen die Ausarbeitung von Indikatoren sowie die Selbstevaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

4.2.11 H+ Die Spitäler der Schweiz*

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Fristgerecht per Ende 1997 unterzeichnete H+ Die Spitäler der Schweiz (H+) als nationaler Spitalverband mit dem KSK einen Rahmenvertrag betreffend Qualitätsmanagement. Grundlage für die Umsetzung des Rahmenvertrags bildet das Qualitätskonzept (siehe unten). Dieser Rahmenvertrag gilt auf der Institutionsebene der Spitäler und strukturiert und koordiniert die Qualitätsförderung im schweizerischen Spitalwesen. Mit dem Vertrag auf Verbandsebene soll neben der Erfüllung der gesetzlichen Auflagen dem Wildwuchs von unterschiedlichen Forderungen von Versicherern und dem unüberschaubaren Angebot privater Beratungsfirmen Einhalt geboten werden. H+ betrachtet den Vertrag als Erfolg. 100% der

Universitätskliniken, 67% der Allgemeinspitäler mit mehr als 500 Betten, 50% der Allgemeinspitäler mit 250-499 Betten und 79% der Allgemeinspitäler mit 125-249 Betten sind beigetreten (Stand 26.2.1999). Damit sind bisher insgesamt ca. 250 Mitglieder dem Rahmenvertrag beigetreten, was einer Beteiligungsquote von ca. 66% entspricht.

Qualitätskonzept

Eine nationale Arbeitsgruppe, bestehend aus sechs bis acht Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Pflege und Verwaltungsmanagement privater und öffentlicher Spitäler, begann 1996 mit der Ausarbeitung eines Qualitätskonzepts. In dieser ersten Entwicklungsphase wurde das Konzept unter Ausschluss der Krankenversicherer vorbereitet, damit zunächst die eigenen Interessen formuliert werden konnten. In einem zweiten Schritt wurden die Krankenversicherer in Form einer paritätischen Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der H+ Die Spitäler der Schweiz und des KSK in den Entwicklungsprozess einbezogen. Das Qualitätskonzept bildet die Basis für die Umsetzung des Rahmenvertrags und wurde im Juni 1998 ergänzt.

Folgende Grundsätze werden im Konzept aufgeführt:

1. Das Qualitätskonzept basiert auf den Grundsätzen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Die wichtigsten Kriterien sind:
 - Kontinuierliche Verbesserung
 - Kundinnen- und Kundenorientierung
 - Prozessmanagement
 - Einbezug von Mitarbeitenden
 - Verantwortung des Managements.
2. Das Konzept begreift Qualitätsförderung im ganzheitlichen Sinn. Die Ziele, welche mit der Qualitätsförderung im Spital verfolgt werden sollen, wurden anhand einer Auflistung von konkreten Teilzielen formuliert. Dabei werden primär die Teilespekte Prozess- und Ergebnisqualität und sekundär die Strukturqualität berücksichtigt.

Strukturqualität:

- Bedarfsgerechte quantitative und qualitative (personelle und technische) Struktur

- Zugang zu den Leistungen (Versorgungsqualität)

Prozessqualität:

- Optimierung der Abfolge und des Zusammenspiels der patientenorientierten Leistungsprozesse
- Gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Kompetente, effiziente und kostensparende pharmazeutische Betreuung
- Angemessene Indikationsstellung für Diagnostik, Therapie, Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen
- Vermeiden von Behandlungs- und Medikationsfehlern
- Angemessene Aufenthaltsdauer

Ergebnisqualität:

- Hohe Kundenzufriedenheit (Patientinnen, Patienten, interne und externe Kunden)
- Erreichen einer optimalen Lebensqualität
- Optimierung der Effizienz (Kann die notwendige Behandlung kostengünstiger erbracht werden, ohne gleichzeitig das Risiko für Patientinnen und Patienten zu erhöhen?)
- Optimierung der Effektivität (Ermöglicht die Behandlung die bestmöglichen Prozesse und Ergebnisse unter gegebenen Umständen und mit vertretbarem Risiko für Patientinnen und Patienten?)
- Optimierung der Compliance und Pharmaökonomie

3. Für die konkrete Umsetzung des QM im Spital können verschiedene Methoden zum Ziel oder zu Teilzielen führen (Methodenvielfalt).
4. Ein partnerschaftlicher Ansatz wird angestrebt, bei dem Leistungserbringer, Versicherer und Kantone gemeinsam Qualitätssicherung und -förderung vorantreiben.
5. Die beteiligten Vertragspartner sollen gemeinsam fortlaufend verbindliche Vorgaben verabschieden, die den Leistungserbringern einen Vergleich der Qualitätsergebnisse und ein Benchmarking ermöglichen. Das Benchmarking soll von einer neutralen Stelle aufgebaut und betreut werden.
6. Der Qualitätsbericht bildet ein zentrales Instrument für die Umsetzung des Konzepts. Der Bericht ist für die Vertragsparteien obligatorisch und bildet die Basis und Philosophie für die schrittweise Vertiefung des Qualitätsmanagements.

7. Im Konzept werden Prioritäten festgelegt und mit einem Terminplan verknüpft.
Dieser zeigt auf, zu welchem Zeitpunkt, welche Bereiche von allen Vertragsparteien bearbeitet werden.
8. Das Konzept ist modular aufgebaut, so dass es Schritt für Schritt konkretisiert, verbessert und an die neusten Erkenntnisse angepasst werden kann.
9. Anreize und Sanktionsmassnahmen werden Bestandteil des geplanten Programms.

Qualitätsprogramm

Die Ausarbeitung eines Qualitätsprogramms ist im Konzept impliziert. Das Programm regelt die Umsetzung und umfasst detaillierte Zeitpläne. Für die Ausarbeitung des Programms war die paritätische Kommission bestehend aus Vertretern von H+ und KSK verantwortlich. Eine Expertengruppe wurde eingesetzt. Die Umsetzung des Qualitätsprogramms wurde im Juli 1999 von den Parteien unterzeichnet.

Das Programm sieht verschiedene Massnahmen vor. Zu den wichtigsten zählen:

1. Jährliche Qualitätsberichte der Spitäler

Jährliche Qualitätsberichte bilden ein zentrales Instrument für die Umsetzung des Konzepts. Sie sind für die Vertragspartner obligatorisch und bildet die Basis für die schrittweise Vertiefung des Qualitätsmanagements. Mit dem Qualitätsbericht soll ein Spital

- ein auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtetes Qualitätsmanagement nachweisen
- Auskunft geben über den aktuellen Stand der Qualitätsprojekte
- die effektiven Verbesserungen in den einzelnen Bereichen aufzeigen
- ein internes Führungsinstrument zur Selbstbewertung haben, welches auch als Basis für interne oder externe Audits dienen kann und
- über einen Leistungsausweis gegenüber den Finanzierern (Versicherern und Kantonen) und dem Bundesamt für Sozialversicherung verfügen.

Damit die Spitäler nicht die grösste Anstrengung auf das Verfassen der Berichte, sondern auf die eigentliche Förderung der Qualität richten, wurden konkrete Fragen formuliert. Diese basieren grundsätzlich auf den im Qualitätskonzept

formulierten Qualitätszielen (vgl. oben). In einem ersten Block wird die institutionelle Eingliederung des Qualitätsmanagements im Spital erfragt, in den weiteren vier Blöcken die effektive Anwendung einzelner Instrumente (siehe Anhang). Die Spitäler sind angewiesen, den Bericht möglichst kurz zu fassen, damit Vergleichbarkeit überhaupt möglich ist. Vorgesehen sind rund drei bis fünf Seiten. Der Bericht muss noch keine Kennzahlen enthalten. Er soll jedoch Auskunft darüber geben, was und wie gemessen wird. Dazu sollen von den paritätischen Gremien konsensfähige Standards festgelegt werden. In einem zweiten Schritt sieht das Qualitätsprogramm vor, Indikatoren zu definieren und zu erheben. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2003 zu erwarten.

In einem ersten Schritt wurden die Spitäler aufgefordert, bis Ende März 1999 einen Fragebogen zum Qualitätsbericht auszufüllen. Neben Eckdaten über Spitalstruktur und Qualitätsmanagement von Seiten der Klinikleitung werden einige Daten über Qualitätsprojekte erhoben. Dazu zählt zum Beispiel eine kurze Selbstbewertung der QS/QF-Aktivitäten. Diese Angaben werden im zweiten Jahresquartal ausgewertet und bilden zusammen mit den Zielsetzungen die Grundlage für den ersten Qualitätsbericht 1999. Der Schwerpunkt der ersten Berichte liegt somit im Bereich institutionalisiertes Qualitätsmanagement. Es geht zunächst um eine Bestandesaufnahme, welche Strukturen und Projekte für das Qualitätsmanagement in den einzelnen Institutionen vorhanden sind. Diese Berichte werden somit zu Beginn nur Teilbereiche abdecken, die Schritt für Schritt gemäss vereinbarter Prioritäten bzw. individuellen Interessen der Spitäler ergänzt werden.

2. Einführung von Qualitätsmessungen (Qualitätsindikatoren)

Qualitätsindikatoren wurden ausgewählt und werden derzeit von der Expertengruppe evaluiert. Im Rahmen eines Pilotprojekts soll geprüft werden, ob diese Indikatoren für eine national flächendeckende Messung geeignet sind. Bis Mitte Juni 1999 soll ein Einführungskonzept stehen. Im zweiten Halbjahr 1999 sollen die Pilotspitäler identifiziert und instruiert werden. Der genaue Messzeitpunkt ist noch nicht festgelegt und leitet sich aus dem Einführungsprogramm ab.

3. Schulung, Beratung und Information der Mitglieder im Bereich Qualitätsmanagement

4. Sanktionsmassnahmen

Die Sanktionsmassnahmen sollen bei Nichtteilnahme an der Berichterstattung und der Erhebung der Indikatoren in Kraft treten und nach einer Einführungszeit - also mittelfristig - bei fehlender Umsetzung der geplanten Massnahmen greifen.

QS/QF-Einzelprojekte auf Verbandsebene

Unter der Aufsicht von H+ wurde eine schweizerische Datenbank über Qualitätsprojekte an Spitäler erstellt, die via Internet zugänglich ist (<http://medprojects.inf.ethz.ch>). Die Datenbank soll bestehende und/oder geplante QS/QF-Aktivitäten in der Schweiz transparent machen.

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

Ein institutionelles internes Qualitätsmanagement besteht in einigen Spitäler schon seit langem. Besonders aktiv sind dabei Privatspitäler. Eine Koordination dieser Aktivitäten auf Verbandsebene ist geplant.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten von H+ Die Spitäler der Schweiz

Fristgerecht per Ende 1997 unterzeichnete H+ mit dem KSK einen Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung. Integraler Bestandteil dieses Vertrags ist ein Qualitätskonzept. Dieses beruht auf den Grundlagen des Qualitätsmanagements und regelt die Umsetzung. Das Qualitätsprogramm wurde im Juli 1999 von den Vertragspartnern genehmigt. Die geplanten Massnahmen umfassen den Nachweis eines auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Qualitätsmanagements in Form von jährlichen Qualitätsberichten und die Festlegung von validierten QS-Indikatoren zur Einführung einer flächendeckenden Qualitätsmessung. Qualitätsberichte und Qualitätsmessungen bilden die Grundlage der Selbst- und Fremdevaluation. Zusätzlich sind Schulungen und Sanktionsmassnahmen Bestandteil des geplanten Massnahmenkatalogs.

4.2.12 Vereinigung der Privatkliniken*

Die Vereinigung der Privatkliniken besteht seit ca. 25 Jahren. In den letzten vier Jahren hat das Thema Qualität auf Verbandsebene an Bedeutung gewonnen.

Qualitätskonzept

Ein Qualitätskonzept wurde nicht formuliert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass viele Privatspitäler dem Rahmenvertrag von H+ beigetreten sind (vgl. Abschnitt 4.2.11) und daher aus Sicht der Vereinigung bisher keine Notwendigkeit bestand, ein eigenes Qualitätskonzept zu formulieren.

Qualitätsprogramm

Die Vereinigung hat kein Qualitätsprogramm erarbeitet, da aus ihrer Sicht keine Notwendigkeit bestand. Dies wiederum, da viele Privatspitäler dem Rahmenvertrag der H+ beigetreten sind.

QS/QF-Einzelprojekte auf Verbandsebene

Auf der Ebene der Vereinigung bestehen keine QS/QF-Einzelprojekte.

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

Gemäss den Auskünften bestehen QS/QF-Aktivitäten einzelner Mitglieder (z.B. ISO-Zertifizierung in einigen Kliniken, Alters- und Pflegeheimen). Es existiert aber keine strukturierte Berichterstattung, so dass keine detaillierteren Angaben möglich sind.

Qualitätsverträge

Einzelne Mitglieder haben Qualitätsverträge abgeschlossen. Auf Ebene der Vereinigung besteht mit Ausnahme des QUALAB (vgl. Abschnitt 4.2.7) kein Qualitätsvertrag.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten der Vereinigung der Privatkliniken

Die Vereinigung der Privatkliniken hat bisher kein Qualitätskonzept bzw. -programm ausgearbeitet, da viele ihrer Mitglieder dem Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung der H+ beigetreten sind.

4.2.13 Spitex Verband Schweiz*

Rahmenvertrag zur Qualitätssicherung

Der Spitex Verband Schweiz verhandelte zum Zeitpunkt der Befragung mit dem KSK den Abschluss eines Rahmenvertrags zur Qualitätssicherung. Der Vertrag soll sich an dem der H+ orientieren (vgl. Abschnitt 4.2.11).

Qualitätskonzept

Der Spitex Verband hat zum Befragungszeitpunkt noch kein Qualitätskonzept verabschiedet.

Gemäss mündlichen Auskünften existieren Vorstellungen über Zielsetzungen und Grundsätze des angestrebten Qualitätsmanagements. Der Verband sieht seine Verantwortung in der Koordination der Aktivitäten der Mitglieder. Umsetzungsstrategien müssen gemeinsam mit kantonalen Verbänden diskutiert und erarbeitet werden. In dieser Zusammenarbeit müssen ebenfalls die Aufgabenbereiche erklärt werden.

Zu den Grundsätzen des Qualitätsmanagements aus Sicht des Spitex Verbands zählen:

- kontinuierliches Qualitätsmanagement auf allen Ebenen
- Unabhängigkeit der Beraterinnen und Berater zum heutigen Zeitpunkt
- Selbst- vor Fremdevaluation
- Kritische Haltung gegenüber ISO-Zertifizierung

Ob das Konzept Methodenvielfalt beinhalten soll, wird derzeit diskutiert. Bis heute sind noch keine Sanktionsmassnahmen vorgesehen. Der Verband erachtet es als wichtig, den Druck von aussen auf seine Mitglieder abzubauen, um damit die Motivation von innen zu fördern.

In einem ersten Schritt wurde ein Arbeitspapier „Qualitätspolitik, Normen und Kriterien des Spitex Verbands Schweiz“ erstellt. Dieses Dokument enthält die Zielsetzungen des Spitex Verbands Schweiz für die Zukunft, um eine Mindestqualität sicherzustellen. Die Vorgaben betreffen folgende Bereiche:

- Dienstleistungen
- Organisation und Strukturen
- Aussenbeziehungen
- Finanzierung

Der Anstoss zur Ausarbeitung dieses Dokuments ging von den Kantonalverbänden aus. In der Arbeitsgruppe waren unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der Kantonalverbände, weitere Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter der Geschäftsleitung vertreten.

Qualitätsprogramm

Ein Qualitätsprogramm steht noch aus. Es existieren noch keine Zeitpläne. Ein Instrument zur Bedarfsabklärung soll entwickelt werden und auf nationaler Ebene eingesetzt werden.

QS/QF-Einzelprojekte auf Verbandsebene

Es existieren keine Einzelprojekte auf Verbandsebene.

QS/QF-Einzelaktivitäten der Mitglieder

In verschiedenen Kantonen bestehen Einzelaktivitäten (z.B. ISO-Zertifizierung in der Westschweiz). Dem Verband fehlt allerdings die Übersicht, da noch keine strukturierte Berichterstattung besteht. Im Jahr 2000 ist diese in Form eines Basisberichts der Mitglieder geplant.

Zusammenfassung des Stands der Aktivitäten des Spitex Verbands

Der Spitex Verband Schweiz hat im Rahmen eines Arbeitspapiers „Qualitätspolitik“ Zielsetzungen für eine gemeinsame nationale Qualitätsbasis formuliert. Ein Qualitätskonzept bzw. -programm bestand zum Befragungszeitpunkt noch nicht. Der Abschluss eines Rahmenvertrags zur Qualitätssicherung stand kurz bevor.

4.2.14 Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft

Zahnärztinnen und Zahnärzte zählen zu den Leistungserbringern gemäss KVG, wobei die Krankenpflegeversicherung nur einen Teil der zahnärztlichen Behandlungen übernimmt²².

Qualitätsförderung ist ein seit mehreren Jahren aktiv verfolgtes Thema in der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO)²⁰. Als Bestandteil des Tarifvertrags wurde vor zwei Jahren eine 10-tägige Weiterbildung der Mitglieder vereinbart. Daneben wurde ein Reglement über die Anerkennung der 2-jährigen zahnärztlichen Weiterbildung nach KVG getroffen. Ein Qualitätskonzept bzw. ein Qualitätsprogramm gemäss den Definitionen der Autoren besteht nicht.

Im Juni 1999 wurde eine Woche Fortbildung zum Thema „Qualität '99, Wissenschaft und Praxis im Dialog“ durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war, zusammen mit zahnärztlichen Universitätszentren und Praktikern für die einzelnen zahnärztlichen Fachgebiete ein Manual zu erarbeiten. Dieses soll den Zahnärztinnen und Zahnärzten erlauben, die Qualität ihrer beruflichen Tätigkeit an Hand der standardisierten Vorgaben selber zu überprüfen und anzupassen.

²² Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch schwere, nicht vermeidbare Erkrankungen des Kausystems, durch eine schwere Allgemeinerkrankung bzw. ihre Folgen bedingt oder zu deren Behandlung notwendig ist (Art. 31, KVG).

4.3 QS-Massnahmen der Leistungserbringer aus der Sicht von weiteren Akteuren der Gesundheitsversorgung

Die oben aufgeführten Angaben wurden durch die Befragung einer Auswahl von weiteren Akteuren (PatientInnen-Vertreter und Versicherer) ergänzt. Dabei wurden die Vertreterinnen und Vertreter dieser Akteure gebeten, die Bemühungen der Leistungserbringer aus ihrer Sicht zu beurteilen. Die kurzen Zusammenfassungen der Aussagen sind selbstverständlich nicht allgemein gültig, sondern sollen vielmehr einen Eindruck vermitteln.

4.3.1 PatientInnen-Vertreter

Dachverband Schweizer Patientenstellen (DVSP)

In den letzten Jahren zeichnet sich ein Umdenken bei den Leistungserbringern ab. Die Qualität der Kommunikation hat an Bedeutung gewonnen und die Leistungserbringer haben erkannt, dass die mitmenschlichen Seite im Kontakt mit Patientinnen und Patienten wichtig ist. Die Umsetzung dieser Erkenntnis steht jedoch in krassem Gegensatz zum immer grösseren Spardruck und Personalmangel. Einerseits besteht ein Überangebot von medizinischen Leistungen, andererseits ein Mangel, ja ein Notstand z.B. in der Pflege.

So lange bei den Leistungserbringern Interessenskonflikte (Honorierungssysteme) eine objektive Beurteilung ihrer Qualität und Selbstkontrolle behindern, werden QS/QF-Massnahmen, trotz gutem Willen und Zeichen eines Umdenkens, kaum optimal umgesetzt werden können.

Diese Entwicklung ist auch auf die verschärften Anforderungen des KVG zurückzuführen. Bisher hat der Dachverband Schweizer Patientenstellen nicht bei der Ausarbeitung von Qualitätskonzepten oder -programmen der Verbände mitgewirkt (ausser aktuell bei einem HMO-Modell). Dagegen ist die Organisation aktives Mitglied der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung (NAQ). Die Formulierung von Qualitätsanforderungen aus Sicht der PatientInnen-Vertretung zu Händen der NAQ ist geplant.

Schweizerische PatientInnen-Organisation (SPO)

Die Aktivitäten der Leistungserbringer im Bereich Qualitätsmanagement sind zögerlich. Es besteht der Eindruck, dass die Leistungserbringer von ihrer qualitativ hochstehenden Arbeit überzeugt sind und es daher nicht für notwendig erachten,

diese auszuweisen. Eine Qualitätskultur fehlt noch weitgehend. Selbstständig Tätige sind aufgrund der bestehenden Konkurrenz im Vergleich zu Leistungserbringern im Angestelltenstatus aktiver. Die steigenden Anforderungen an QS/QF-Aktivitäten, welche die Leistungserbringer selber finanzieren müssen, hemmen die Entwicklung. Erfreuliche Ansätze des Qualitätsmanagements bestehen bei einzelnen Leistungserbringern (HMO und Hausärzte). Bemühungen, Standards zu entwickeln, sind erkennbar und werden begrüßt. Der Schnittstellenproblematik wird noch zu wenig Bedeutung geschenkt. Aktiv eingebunden ist die SPO bei QS/QF-Einzelprojekten mit Gynäkologen, Chirurgen und HMO Praxen. Ein positiver Einfluss des KVG auf die Entwicklung von QM-Bestrebungen kann nicht bestätigt werden.

4.3.2 **Versicherer**

Vertreter 1

Die Aktivitäten der Leistungserbringer sind schwach bis zögerlich. Dies ist auf eine gewisse „Hilflosigkeit“ unter den Leistungserbringern zurückzuführen. Auch herrscht Angst vor Transparenz. Besonders die Ärzteschaft befürchtet, dass ihre Selbstbestimmung eingeschränkt wird. Eine Qualitätskultur ist nur spärlich vorhanden. Dagegen sind die QS/QF-Aktivitäten einzelner Leistungserbringer lobend zu erwähnen (Labore, Physiotherapeuten und Rehabilitations-Kliniken).

Vertreter 2

Die QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer befinden sich noch in der Anfangsphase. Ein Lernprozess findet statt. Dieser benötigt entsprechend Zeit. Wichtig ist die Zusammenarbeit zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern. Gewisse Gruppen zeigen erfreuliche Fortschritte (Pflegeheime, ErgotherapeutInnen). Dagegen sind auf Seiten der Ärzteschaft noch keine umgesetzten Massnahmen erkennbar. Die Versicherer können nur wenig Einfluss auf die QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer nehmen. Ebenso fehlen Daten bzw. diese können nicht kontrolliert werden. Anforderungen von Seiten der Kantone und des Bundes beschleunigen den Prozess. Ein nächster wichtiger Schritt ist die Ausarbeitung von Indikatoren für die Messung der Qualität. Dabei müssen diese in der Praxis anwendbar sein. Kostenaspekte müssen berücksichtigt werden.

Vertreter 3

Die Leistungserbringer entwickeln zu langsam Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement. Dabei existieren kaum Unterschiede zwischen den Verbänden. Konkrete QS/QF-Massnahmen müssen folgen: Kriterien müssen definiert werden und Messergebnisse sollten schneller vorliegen. Das Ziel der Bemühungen sollte weniger ein ausgeklügeltes System als vielmehr konkrete Ergebnisse sein. Das neue KVG hat die Anforderungen an die Qualitätsbemühungen der Leistungserbringer erhöht. Ohne das KVG 1996 wäre eine Diskussion auf dieser Ebene noch nicht möglich. Die Krankenversicherer haben dagegen ihre Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Sie sollten einen gezielteren und grösseren Druck auf die Leistungserbringer ausüben. Bei fehlendem Qualitätsnachweis der Leistungserbringung sollten entsprechend die Tarife gesenkt werden.

Vertreter 4

Eine differenzierte Beurteilung der QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer ist notwendig. Einzelne Gruppen und Verbände (z.B. H+ Die Spitäler der Schweiz) sind ernsthaft interessiert. Für andere Verbände ist Qualitätsmanagement ein neues Thema und mit gewissen Anlaufschwierigkeiten verbunden. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte schenken dem Thema noch zu wenig Bedeutung. Das KVG hat einen wichtigen Beitrag geleistet, Qualitätsmanagement aktiver voranzutreiben. Zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Bewertung der weiteren Entwicklung nur schwer möglich. Es muss sichergestellt werden, dass es sich nicht um Alibiübungen handelt. In diesem Zusammenhang sollte das BSV die Priorität des Themas nach aussen kommunizieren und eine klare Position beziehen. Dazu zählen die aktive Nachfrage nach dem Stand der Umsetzung von QS/QF-Massnahmen, transparente Vergleiche zwischen Leistungserbringern sowie konkrete Aufforderungen an diejenigen Verbände, welche die Auflagen nicht erfüllen. Die Überprüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen muss auf fundierten Daten basieren. Diese fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Bei einer künftigen Teilrevision des KVG sollte berücksichtigt werden, dass Kostenträgern die Möglichkeit geschaffen wird, auf relevante Daten der Leistungserbringung zuzugreifen.

4.4 Die Rolle der Krankenversicherer

Neben den Leistungserbringern übertrug der Gesetzgeber auch den Krankenversicherern die Verantwortung, die Qualität der erbrachten Leistungen im Interesse ihrer Versicherten in den Vertragsverhandlungen auszuhandeln²¹. Damit haben die Krankenversicherer erstmals die rechtliche Grundlage, QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer aktiv mitzugestalten und zu beeinflussen. Die Kostenträger können beispielsweise

- explizite Qualitätskriterien in den Tarifverträgen verankern
- Daten zur Indikations- und Ergebnisqualität verlangen
- in Verträgen mit Managed Care Modellen klare Forderungen an Qualitätskriterien der Leistungserbringung stellen
- mittels Vertragsverhandlungen Druck auf die Leistungserbringer ausüben, damit diese QS-Massnahmen vorantreiben

Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Form die Krankenversicherer ihren Handlungsspielraum wahrnehmen. Wie die Übersicht in Abschnitt 4.1 zeigt, haben die Krankenversicherer mit den meisten Leistungserbringern bereits vertragliche Vereinbarungen²³ getroffen oder bereiten diese zur Zeit vor. Diese regeln das weitere gemeinsame Vorgehen im Bereich Qualitätsmanagement. Daneben sind Kostenträger aktiv an der gemeinsamen Entwicklung von Qualitätskonzepten und -programmen beteiligt. Diese Verhandlungen werden vorwiegend vom Verband der Versicherer auf nationaler Ebene geführt. Inhaltlich wurden Verhandlungen vor allem zu Beginn durch den Umstand erschwert, dass die Versicherer noch keine konkreten Vorstellungen hatten, beispielsweise welche Indikatoren gemessen werden sollten. Daher waren und sind die Kostenträger gefordert, ein entsprechendes Know-how aufzubauen. Die Ernennung eines Qualitätsbeauftragten des KSK im Frühjahr 1999 zielt in diese Richtung.

Während Qualitätsverträge vorwiegend auf nationaler Ebene verhandelt und abgeschlossen werden, führen kantonale Versicherungsverbände die Tarifverhandlungen. Gemäss mündlichen Auskünften des Qualitätsbeauftragten des KSK besteht derzeit aber noch keine einheitliche Strategie zwischen dem KSK und kantonalen Verbänden, um mit Hilfe von Tarifverhandlungen die Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen sowie deren Umsetzung zu beschleunigen.

²³ QS-Rahmenverträge

Erste Vorschläge für Sanktionsmassnahmen sind jedoch in einzelnen Rahmenverträgen zur Qualitätssicherung enthalten und die Modalitäten werden derzeit von der Qualitätskommission des KSK erarbeitet. Die Frage, ob sich die Krankenversicherer ihrer vom Gesetzgeber zugesuchten Rolle bewusst sind, dass sie mittels Tarifverhandlungen Druck auf die Leistungserbringer ausüben können, beantworteten Vertreter der Kostenträger wie folgt:

„...den Krankenversicherern wird ihre Rolle zunehmend bewusst, dass Druck möglich und notwendig ist, um Aktivitäten voranzutreiben...“ „...Aspekte der Qualitätssicherung sind bei kantonalen Tarifverhandlungen ein zentrales Thema...“ oder aber „...das Bewusstsein ist vorhanden und wird zunehmend umgesetzt....“.

In diesem Zusammenhang stellten alle Befragten ihre Möglichkeiten in Frage, Sanktionen in Form von Tarifreduktionen in der Praxis durchzusetzen. Sie argumentierten, dass über die Folgen von Tarifreduktionen nur spekuliert werden könne. Es sei einerseits zu erwarten, dass Tarifreduktionen zu einem Rechtsstreit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern führen würden, dessen Verlauf und Ausgang aufgrund der unklaren Rechtspraxis nur schwer kalkulierbar sei. Andererseits könnten Tarifreduktionen zu einem vertragslosen Zustand führen. Da aber beide Parteien verpflichtet sind, gemeinsam Verträge abzuschliessen (Vertragszwang), muss entweder Einigung erzielt werden oder aber eine Entscheidung auf Bundesebene gefällt werden.

An dieser Stelle sei noch auf die Rolle der kantonalen Gesundheitsdirektionen verwiesen. Alle Tarifverträge bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung; diese prüft den Tarif insbesondere auf seine Wirtschaftlichkeit²⁴. Damit hätten die Kantone zum gegenwärtigen Zeitpunkt ebenfalls die Möglichkeit, Einfluss auf Tarifverhandlungen und somit auf Qualitätsprüfungen zu nehmen.

4.5 *Vernetzungen*

Die Vertreter der meisten hier in dieser Untersuchung eingeschlossenen Verbände sind in der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (NAQ) vertreten. Die Arbeitsgemeinschaft wurde 1995 gegründet. Ihre Aufgaben sieht die NAQ vor allem in der gesamtschweizerischen Koordination der Tätigkeiten, in der Dokumentation und Information, in der Förderung der Forschung und des internationalen Erfahrungsaustauschs sowie in der Unterstützung und Beurteilung von Projekten. Außerdem dient sie als Diskussionsplattform zwischen

²⁴ Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 36

Leistungserbringern, Kostenträgern, weiteren Institutionen der Gesundheitsversorgung, Kantonen und Behörden. Künftig will sie sich vermehrt bemühen, eine schweizerische Qualitätspolitik in ihren Grundzügen zu formulieren und eine Koordination der individuellen Anstrengungen voranzutreiben²².

Soweit anhand der Ergebnisse erkennbar, waren die FMH und die Vereinigung Schweizer Privatspitäler als Vertragsparteien bei der Unterzeichnung des Tarifvertrags im medizinisch-analytischen Laborbereich beteiligt. Bei der Ausarbeitung von Qualitätskonzepten und -programmen sind auf Verbandsebene keine Vernetzungen mit anderen Verbänden erkennbar. Dagegen arbeiten einzelne Gruppen von Leistungserbringern bzw. verschiedene Leistungserbringer im Rahmen von Projekten zusammen. Beispielsweise veranstalten Apotheker und Allgemeinpraktiker im Kanton Fribourg gemeinsam Qualitätszirkel, und die Schweizerische Patientenorganisation arbeitet im Rahmen von QS/QF-Projekten mit Leistungserbringern zusammen.

4.6 Existieren Faktoren, welche QS/QF-Prozesse positiv und/oder negativ beeinflussen?

Im Folgenden werden Faktoren, welche den Stand der Umsetzung im Bereich Qualitätsmanagement positiv und/oder negativ beeinflussen, aus Sicht der Verbände skizziert. Dabei wird zwischen internen und externen Faktoren unterschieden. Interne Faktoren beschreiben Einflüsse, die vorwiegend innerhalb der Berufsgruppe bzw. der Verbandsorganisation spielen. Externe Faktoren beschreiben Einflüsse, welche von aussen auf die Berufsgruppe wirken. Basis dieser Skizze sind die, mit den Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer, geführten strukturierten Interviews (vgl. Abschnitt 4.2). Aus diesen Interviews lassen sich Aussagen über typische Motive und Interessen, Einstellungen und Probleme der Verbände im Rahmen der Durchführung von QS-Aktivitäten gewinnen. Die Frage der Verteilung solcher typischer Motive, Einstellungen etc. bezogen auf die Gesamtheit aller Leistungserbringer muss hier selbstverständlich offen bleiben.

4.6.1 Interne Einflussfaktoren

Die von den Vertreterinnen und Vertretern der Verbände selbst geschilderten internen Einflüsse, die fördernd oder hemmend auf QS/QF-Aktivitäten wirkten bzw. wirken, sind in einer Gegenüberstellung zusammengefasst.

Positive Faktoren	Negative Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • QM wird von den Mitgliedern als sinnvolles Ziel und Entwicklungschance wahrgenommen • QM wird von den Mitgliedern als geeignetes Mittel wahrgenommen, sich vor externer Kritik zu schützen • Verbandsmitglieder zeigen grosse Bereitschaft, sich am QM zu beteiligen • Projekterfahrungen im Bereich QM • ähnliche Interessenslage der Mitglieder • überschaubare Zahl von Mitgliedern. 	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende finanzielle und personelle Ressourcen • fehlende finanzielle Anreize bei administrativem Mehraufwand • bestehende Unklarheiten bezüglich der gesetzlichen Anforderungen • Gefühle der Überforderung bei den Mitgliedern aufgrund einer Vielzahl von neuen gesetzlichen Auflagen • Mitglieder befürchten einen Missbrauch der Ergebnisse • unterschiedliche Prioritäten auf Ebene des Dachverbands und auf Ebene der einzelnen Mitglieder (<i>„politische Gegebenheiten sind den Mitgliedern zum Teil noch schwer zu vermitteln“</i>) • vielschichtige Verbandsstruktur, d.h. zwischen dem Dachverband und der Basis sind weitere organisatorische Instanzen zwischen geschaltet.

4.6.2 Äussere Einflussfaktoren

Der Stand der QS/QF-Aktivitäten ist nach den Ergebnissen der Befragung nicht nur das Resultat einer Auseinandersetzung mit Werthaltungen, Widerständen und Organisationsstrukturen innerhalb des Berufsverbands; er wird auch durch äussere Faktoren (z.B. andere Akteure) beeinflusst. In den Interviews wurden besonders negative äussere Einflüsse aufgelistet. Am deutlichsten wiesen die Leistungserbringer in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Krankenversicherer und die Bundesbehörden keine klare Stellung beziehen. Befürchtungen und Unsicherheiten innerhalb der Verbände werden dadurch verstärkt. Der folgende Auszug aus einem Interview beschreibt die von einem Verbandsvertreter wahrgenommene Situation:

„Es bestehen viele verschiedene Vorgaben, die nicht konkret formuliert sind. Dazu zählen fehlende Angaben darüber, welche Massnahmen von den Krankenversicherern und vom Bundesamt für Sozialversicherung unterstützt werden. Es ist noch unklar, wie fähig die Versicherer sein werden, die Anstrengungen bei der Umsetzung der Massnahmen zu honorieren. Unklar ist ebenfalls, ob das von den Partnern gewählte Vorgehen bei den Verhandlungen mit einzelnen (z.B. kantonalen) Versicherern akzeptiert und umgesetzt wird. (...) Zu viele verschiedene Anforderungen - besonders wenn diese noch divergierend formuliert werde - hemmen den Prozess und fördern die Unsicherheit. Je grösser die Unsicherheit, desto weniger sind die Betroffenen motiviert.“

Die Interviews zeigten ebenfalls, dass zu viele Anforderungen, wie z.B. die von Versicherern und Behörden vorgegebenen straffen Zeitpläne, bei den Leistungserbringern ein Gefühl der Überforderung auslösten. Mittelfristig wirke sich die Überforderung negativ auf die Motivation aus. Diese Situation würde verschärfst, da validierte Instrumente zur Messung der Qualität in vielen Bereichen noch fehlten und zunächst in einem zeitintensiven Prozess erarbeitet werden müssten.

Einzig der bestehende Konkurrenzdruck zwischen den Leistungserbringern sei ein fördernder Faktor.

4.7 Existieren aus Sicht der Leistungserbringer Faktoren, die den Prozess beschleunigen können?

Im Folgenden werden die Antworten der Interviewpartner auf die Frage zusammengefasst, ob und falls ja welche Faktoren existieren, die den Prozess im Bereich Qualitätsmanagement bei den Leistungserbringern beschleunigen könnten.

Die Mehrheit der Befragten möchte den Prozess zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beschleunigen. Dieser Standpunkt gründet auf der Ansicht, dass ein fundiertes Qualitätsmanagement auf einer stufenweise eingeführten, sorgfältigen Entwicklung von Qualitätskonzepten und -programmen basiert und mit einem Lernprozess verbunden ist. Daher sei eine Beschleunigung des Prozesses kontraproduktiv. Besonders die Gefahr von „Schnellschüssen“ könne damit vermieden werden. Es wurden aber auch Strategien aufgezeigt, welche die Entwicklung und den Lernprozess positiv beeinflussen könnten. Dazu zählen:

- Planungssicherheit

Eine hohe Planungssicherheit, d.h. einheitliche Zielvorgaben und Planungsstrategien zwischen den relevanten Partnern, soll angestrebt werden. Damit würden bei den Leistungserbringern Unsicherheiten abgebaut, die kontraproduktiv wirken. Als Beispiel nannte ein Verbandsvertreter, dass die Motivation der Mitglieder deutlich zunahm, nachdem das Bundesamt für Sozialversicherung ihr Qualitätskonzept positiv beurteilte.

- Sinnvoller Umgang mit Ressourcen

Ressourcen sollen auf QS/QF-Massnahmen mit prioritären Zielen fokussiert werden. Bestehende Strukturen (z.B. NAQ) sollen gestützt und als Plattform gebraucht werden. Dazu zählt aber auch, dass Expertenwissen und Erfahrungen aus früheren Projekten besser genutzt werden. Bestehende oder geplante Aktivitäten müssen besser koordiniert werden.

- Stufenweises Vorgehen

Ein stufenweises Vorgehen soll unterstützt werden. Das bedeutet, dass nicht von Anfang an ein ausgeklügeltes System gefordert wird. Vielmehr sollen möglichst einfache Prozesse angestrebt werden.

- Gute Beispiele können als Vorbilder dienen.

Folgende konkrete Vorschläge wurden angeführt:

- finanzielle Unterstützung
 - Bereitstellung von öffentlichen Mitteln z.B. für Pilotprojekte, Expertentagungen, Schulungen
 - ein angemessenes finanzielles Honorierungssystem, welches QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer berücksichtigt
- Aus-, Weiter- und Fortbildung der Leistungserbringer
 - Integration von Qualitätsmanagement in Aus- und Weiterbildung
 - praktische Fortbildungsangebote
- Nutzen von in- und ausländischen Erfahrungen z.B. im Rahmen von Expertentreffen
- Einbinden von Opinion Leaders in QS/QF-Aktivitäten.

4.8 Hat der Bund aus Sicht der Leistungserbringer Möglichkeiten, ihre Anstrengungen im Bereich Qualitätsmanagement zu beschleunigen?

In welchem Masse der Bund eine unterstützende Funktion übernehmen könne, QS/QF-Aktivitäten der Leistungserbringer zu fördern, wurde von den Interviewpartnern kontrovers diskutiert. Die Skepsis wurde unter anderem damit begründet, dass die Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement von der Basis und den Verbänden selbst kommen müssten. Ein möglicher Nutzen sei von der Kompetenz der Gesprächspartner abhängig. Alle Leistungserbringer lehnten Vorschriften und Sanktionsmassnahmen von Seiten des Bundes ab und befürworteten die Bereitstellung von finanziellen Mitteln, um vorhandenes Wissen effizienter umsetzen zu können. Denkbar seien beispielsweise vom Bund finanziell unterstützte Pilotprojekte mit Vorbildfunktionen und die Unterstützung des Wissenstransfers durch Netzwerke und Expertentagungen. Ein engerer Austausch zwischen den Leistungserbringern und politisch Verantwortlichen wurde ebenfalls von der Mehrheit befürwortet. In diesem Zusammenhang wurde auf den Klärungsbedarf bezüglich der gesetzlichen Anforderungen an die Leistungserbringer verwiesen. Folgende weitere konkrete Vorschläge wurden von einzelnen Verbandsvertretern genannt:

- Unterstützung der Zielvorgaben, d.h. Mitwirkung bei der Formulierung der Ziele und Bestätigung der Zielvorgaben
- Offizielle Anerkennung der Tatsache, dass Qualitätsmanagement personelle und finanzielle Ressourcen beansprucht
- Erkennen der Schnittstellenproblematik und Sensibilisierung aller Betroffenen

- Formulierung von konkreten Vorschlägen für minimale Anforderungen (Standards) von Seiten des BSV
- Offizielle Stellungnahmen des BSV zu Qualitätskonzepten und -programmen einzelner Leistungserbringer
- Fachliche Unterstützung z.B. in Form einer Gruppe von Expertinnen und Experten, die bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Qualitätskonzepten und -programmen mitarbeitet.

4.9 *Wie hat das revidierte KVG die Entwicklung von QS-Massnahmen beeinflusst?*

Im Rahmen des detaillierten Interviews wurden die Interviewpartner befragt, wie sie die Wirkung dieser gesetzlichen Auflagen auf den Stand der QS/QF-Aktivitäten in ihrem Verband einschätzen. Mit einer Ausnahme bestätigten alle Interviewpartner, dass die gesetzlichen Auflagen den Anstoss gaben, dem Thema Qualitätsmanagement eine hohe Priorität einzuräumen. Die Diskussion zu diesem Thema wurde sowohl innerhalb des Verbands als auch nach aussen - zwischen Verbänden und Versicherern - intensiviert. Diejenigen Verbände, bei denen zum Zeitpunkt der Gesetzesrevision bereits QS/QF-Aktivitäten bestanden, wurden bestätigt. Ergriffene Massnahmen erhielten die notwendige rechtliche Grundlage. QS/QF-Aktivitäten wurden fokussiert und formuliert. Die Umsetzung von QM-Strategien erhielt eine grössere Bedeutung. Auf den Inhalt der Aktivitäten hatte das revidierte KVG gemäss den Einschätzungen der Befragten keinen Einfluss. Die beschriebenen Wirkungen des KVG wurden von den Interviewpartnern positiv bewertet.

Von einigen wurde kritisch angemerkt, dass das KVG 1996 durch übermässige Anforderungen zu Angst und Verunsicherung der Betroffenen führte. Diese Verunsicherung gefährde bestehende QS/QF-Aktivitäten. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass die Gesetzesrevision zu einer Konsolidierung der ärztlichen Position geführt habe zu Ungunsten anderer Leistungserbringer. Würden diese Leistungserbringer in der Folge in ihrer Existenz bedroht, verliere die Qualitäts- sicherung und -förderung an Wichtigkeit.

5 Diskussion der Ergebnisse

Mit dieser Untersuchung sollte aufgezeigt werden, ob und wie die medizinischen Leistungserbringer die im KVG geforderten Massnahmen zur Qualitätssicherung realisieren. Da der Vollzug in erster Linie bei den Berufsverbänden liegt, konzentrierte sich die Untersuchung auf den Stand der Umsetzung auf Verbandsebene der Leistungserbringer, während zahlreiche - nicht auf gesamtschweizerischem Niveau tätige - Organisationen und Einzelinstitutionen nicht berücksichtigt wurden. Bereits im Vorfeld der Untersuchung zeichnete sich ab, dass der Gesetzgeber zwar einerseits klare zeitliche Vorgaben machte, inhaltliche Auflagen und Verantwortlichkeiten zum Teil aber vage formulierte. Beispielsweise definierte weder der Gesetzgeber noch die einschlägige Fachliteratur die Begriffe „Qualitätskonzept“ und „Qualitätsprogramm“, welche die Leistungserbringer gemäss Art. 77 KVV erarbeiten müssen und die Basis für Qualitätsverträgen mit Kostenträgern bilden sollen. Dieser Umstand eröffnete den Leistungserbringern zwar einerseits einen grossen Handlungsspielraum, führte aber andererseits bei diesen auch zu einer Verunsicherung, wie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen. Für die Bestandesaufnahme war die Definition der Begriffe notwendig. Diese erfolgte in Absprache mit dem BSV. Damit hat diese Studie zur Begriffsklärung beigetragen.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Untersuchung bezüglich des Stands der QS/QF-Aktivitäten nach formellen (Vorhandensein der Dokumente) und inhaltlichen (Qualität der Dokumente) Gesichtspunkten diskutiert werden.

Stand der QS/QF-Aktivitäten nach formellen Gesichtspunkten

Die meisten bis heute unterzeichneten Qualitätsverträge wurden auf der Ebene der Verbände der Leistungserbringer und Krankenversicherer ausgehandelt. Obwohl die Vertragspartner dazu verpflichtet gewesen wären, bereits auf 1. Januar 1998 Qualitätssicherungsverträge abzuschliessen, beschränken sich diese auf allgemein gehaltene Rahmenverträge zur Qualitätssicherung. In diesen verpflichten sich die Parteien zur Zusammenarbeit mit dem Ziel, Qualitätskonzepte und -programme der Leistungserbringer gemeinsam zu genehmigen. Ansatzweise enthalten die Rahmenverträge Zeitpläne. Teilweise sind Sanktionsmassnahmen für Leistungserbringer vorgesehen, die nicht bereit sind, sich an vereinbarten Massnahmen zu beteiligen.

Ebenso hat die Mehrheit der Verbände Qualitätskonzepte ausgearbeitet bzw. ist in Aktivitäten auf diesem Gebiet involviert. Diese berücksichtigen mehrheitlich die Grundsätze eines umfassenden Qualitätsmanagements. Ein Qualitätsprogramm, d.h. ein konkreter Massnahmenkatalog mit integrierten Zeitplänen, existiert im Laborbereich und im Entwurf für Spitäler. Die fortgeschrittenen Aktivitäten dieser

Verbände sind vor allem darauf zurückzuführen, dass diese zu den Ersten zählten, welche Initiativen entwickelten, um Qualitätskonzepte und -programme auszuarbeiten (zum Beispiel der Verband Schweizer Spitäler H+: 1996). Die im Sinne des KVG und dessen Verordnungen vorgesehenen Verträge zur Qualitätssicherung bzw. -förderung existieren nur für medizinisch-analytische Labore.

Neben Laboren und Spitätern konnten sich in erster Linie Berufsverbände, die unter einem gewissen Leistungsdruck stehen (eher kleinere und finanziell schwächere Berufsverbände), mit den Versicherern über ein gemeinsames Vorgehen einigen. Andere kostenrelevante Bereiche vor allem in der ambulanten Gesundheitsversorgung (frei praktizierende Ärzte, Spitex, Apotheken) haben bisher nur zum Teil Vereinbarungen mit den Versicherern getroffen. Im Gegensatz dazu haben einzelne Mitglieder der Verbände vielfältige QS-/QF-Aktivitäten, wie die Angaben der zwei ärztlichen Fachgesellschaften bzw. das Projekt EQAUM im HMO-Bereich exemplarisch belegen. Allerdings besteht bei der Mehrzahl der Verbände keine strukturierte Berichterstattung dieser Aktivitäten von den Mitgliedern zum Dachverband. Eine regelmässige Berichterstattung könnte diese Aktivitäten transparenter aufzeigen und die Möglichkeit einer verbesserten Koordination einzelner QS-/QF-Aktivitäten schaffen.

Abschliessend kann festgestellt werden, dass die Leistungserbringer ihrer Verpflichtung innert drei Jahren nur ansatzweise nachgekommen sind. Da Vergleichsmöglichkeiten fehlen, kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob die vom Gesetzgeber formulierten Zielvorgaben zum jetzigen Zeitpunkt theoretisch hätten erfüllt werden können. Sicher ist, dass bestehende Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement zum Zeitpunkt der Gesetzesrevision eine bessere Ausgangslage für eine spätere Umsetzung schufen. Motivierte Mitglieder und die zunehmende Notwendigkeit, Qualitätsmassnahmen als Marketingstrategie einzusetzen, waren ebenfalls förderlich. Fehlende finanzielle Anreize, knappe finanzielle und personelle Ressourcen sowie Planungsunsicherheiten auf Seiten der Leistungserbringer hemmten dagegen den Prozess. Wie die Erfahrungen des Verbands der Spitäler zeigen, dauerte die Verabschiedung eines Qualitätsprogramms unter günstigen Voraussetzungen dennoch mehr als 3 Jahre. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass die Einführung von QM-Massnahmen für alle einen zeitaufwendigen Lernprozess bedeutet.

Die zögerliche Umsetzung ist auch insofern verständlich, als es aus Sicht der Leistungserbringer wenig Sinn machen würde, auf eigene Kosten Qualitätskonzepte und -programme in ihren Verbänden zu erarbeiten und umzusetzen, wenn die Kostenträger und die Aufsichtsbehörde (BSV) auch kostengünstigere und weniger arbeitsintensive Lösungen akzeptieren. Daher sollten Kostenträger und die Aufsichtsbehörde diejenigen Leistungsanbieter, welche QS/QF-Massnahmen etablieren und umsetzen, vor allem mittel- und langfristig honorieren, bzw.

diejenigen, welche keine QS/QF-Massnahmen etablieren und umsetzen, mittelfristig sanktionieren. Dabei sollten die Kostenträger der Etablierung von QS-Massnahmen einen höheren Stellenwert einräumen als der Sanktionierung von qualitätsabweichenden Massnahmen. Obwohl diese Forderungen auf den ersten Blick überzeugen, ist die praktische Umsetzung von Sanktionsmassnahmen schwierig. Zwar könnten die Kostenträger die Leistungserbringer in grösserem Umfang unter dem Aspekt der Qualitätssicherung entschädigen. Dies würde bedeuten, dass Kostenträger nicht verpflichtet wären, Leistungsanbieter mit fehlenden oder ungenügenden Aktivitäten im QM-Bereich zu bezahlen. Dies würde aber weiter bedeuten, dass einzelne Kostenträger solche Anforderungen gegebenenfalls in juristischen Auseinandersetzungen durchsetzen müssten. Auf der anderen Seite wird nur eine partnerschaftliche Umsetzung des Qualitätsmanagements sichern, dass die Leistungserbringer relevante Daten nicht beschönigen. Sanktionsmassnahmen von Kostenträgern bedeuten daher auch, dass diese Kontrollmechanismen aufbauen und etablieren müssen. Mit demselben Argument dürfte das Interesse des BSV, Sanktionsmassnahmen umzusetzen, eher klein sein.

Weitere entscheidende Komponenten, um die Umsetzung der Qualitätsprogramme durchzusetzen, sind der Informationsfluss und die Koordination der Tätigkeiten zwischen den Versicherern, den Leistungserbringern und der Aufsichtsbehörde. Damit könnte zum Beispiel die von einigen Leistungserbringern geforderte Planungssicherheit verbessert werden. Unter der Annahme einer guten Koordination, besonders zwischen Versicherern und Aufsichtsbehörde, bestehen gute Chancen, die Umsetzung der Qualitätsprogramme zu beschleunigen. Ein erster Schritt in diese Richtung stellt die Einladung der Aufsichtsbehörde zu Gesprächen über die Umsetzung mit allen Partnern im Herbst 1999 dar. Ebenfalls zeigt die per 1.7.1999 in Kraft getretene Verordnung zum Mammographie-Screening, welche die Mindestanforderungen zur Qualität regelt, dass die Aufsichtsbehörde ihre Möglichkeiten ausschöpft. Mit diesem Präzedenzfall wurde die Position der Versicherer in der Diskussion um die Umsetzung von Qualitätskonzepten gestärkt. Dies könnte die Umsetzung von QS-Massnahmen beschleunigen. Interessanterweise waren sich alle Befragten - inklusive Kostenträger - einig, dass eine Beschleunigung des Prozesses nicht oberstes Ziel sein solle. Vielmehr seien die Prozesse fundiert und in Teilschritten zu vollziehen.

Stand der Aktivitäten nach inhaltlichen Gesichtspunkten

Inhaltlich umfassen alle Qualitätskonzepte und -programme der Berufsverbände Ausführungen zur Aus- und Weiterbildung der Mitglieder. In der Schweiz ist eine gute Strukturqualität betreffend Aus- und Weiterbildung schon grösstenteils Realität, und somit besteht kein nennenswerter Handlungsbedarf. Die Definition und Durchsetzung von Aus- und Weiterbildungsrichtlinien schränkt mittelfristig die

Anzahl der Leistungserbringer ein, was in einem sogenannten Anbietermarkt die Preise auf einem hohen Niveau stabilisieren und eine angemessene Konkurrenz unter den Leistungserbringern erschweren dürfte. Die Konkurrenz wird zusätzlich überall dort eingeschränkt, wo dem jeweiligen Berufsverband die Zulassung zur Leistungserbringung übertragen ist.

Konzepte zur Sicherung und Förderung der Strukturqualität (Aus- und Weiterbildung) genügen daher bei weitem nicht. Das BSV trug diesem Umstand Rechnung und veröffentlichte im April 1999 Anforderungen an die Inhalte von Qualitätskonzepten und -programmen²⁵. Diese fordern:

- Die Qualitätskonzepte der Leistungserbringer sollen sich auf die Grundlagen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung abstützen. Im Rahmen von Qualitätsprogrammen ist die konkrete Umsetzung dieser Zielsetzung zu dokumentieren (vgl. KVV 77). Die Qualitätskonzepte und -programme haben einen integralen Bestandteil der Qualitätsverträge zu bilden.
- Die kontinuierliche Qualitätsverbesserung soll zielgerichtet und effizient abgewickelt werden. Sie soll sich deshalb auf konkrete, messbare Jahresziele und einen institutionalisierten Prozess der Initiierung, Durchführung und Evaluation von Qualitätsverbesserungsprojekten stützen. Es sind anerkannte Problemlösungsmethoden anzuwenden.
- Der Verbesserungsprozess soll datenbasiert erfolgen. Er stützt sich dabei auf institutionalisiertes Qualitätscontrolling. Die relevanten Qualitätsindikatoren sind kundenbezogen zu definieren und kontinuierlich zu messen. Durch ein institutionalisiertes Benchmarking vergleichen sich die Leistungserbringer systematisch mit anderen Mitanbietern.
- Durch die konsequente Verbesserung der Patientenprozesse soll eine nachhaltige Senkung der Kosten für medizinische Leistungen mit schlechter Qualität bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität erreicht werden. Dabei sind insbesondere auch die Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Leistungserbringern einzubeziehen.
- Die kontinuierliche Überprüfung der Angemessenheit der Leistungserbringung nach anerkannten Standards (Guidelines) und die Messung der Zugänglichkeit zu den Leistungen (Versorgungsqualität) sind integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements.
- Das Qualitätsmanagement-System und der Verbesserungsprozess sind jährlich in einem Bericht zu dokumentieren. Zentrale Qualitätsmessgrößen sind im Rahmen der Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer in geeigneter Weise zugänglich zu

²⁵ NAQ-News 1999, 2

machen. Die Partner legen zu gegebener Zeit Form und Inhalt einer externen Qualitätsüberprüfung fest.

- Im Rahmen der Implementierung eines strukturierten und auf die kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Qualitätsmanagement unterstützt das BSV den Einsatz einer Vielfalt von Methoden und Instrumenten.

Eine kritische Analyse bestehender Qualitätskonzepte und -programme der Verbände anhand dieser Kriterien war ungerechtfertigt, da diese Anforderungen erst kürzlich bekannt gegeben wurden. Daher wurde als Bewertungskriterium das Vorhandensein von dokumentierten Qualitätsmessungen herangezogen. Dieses Vorgehen beruhte auf der Überlegung, dass Qualitätsmessungen ein zentraler Bestandteil jedes QM-Systems sind. Sie bilden die Basis für Selbst- und Fremdevaluation und sind Voraussetzung für allfällige Verbesserungsprozesse sowie für Benchmarking.

Bezüglich dieses Beurteilungskriteriums übernehmen ebenfalls medizinisch-analytische Labors eine Führungsrolle. Für diese Beobachtung finden sich vor allem zwei Erklärungen:

- Der Qualitätsnachweis einer Laboranalyse lässt sich einfacher standardisieren als der Qualitätsnachweis einer medizinischen Behandlung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass eine medizinische Behandlung komplex ist und für eine Qualitätsbeurteilung sowohl objektive als auch subjektive Aspekte berücksichtigt werden müssen. Die Qualitätsmessungen sind in der Regel nur mit Hilfe von konsensfähigen Indikatoren möglich, welche nur Teilespekte der zu prüfenden medizinischen Behandlung erheben. Hinzu kommt, dass ebenfalls konsensfähige Ist-/Sollwertabweichungen vereinbart werden müssen. Dagegen ist die Qualität einer Laboranalyse klar abgrenzbar, und für die Definition von akzeptablen Ist-/Soll-Abweichungen werden häufig mathematische Berechnungen (z.B. Standardabweichungen) zugrunde gelegt.
- Medizinisch-analytische Labors haben eine lange QS-Kultur, die auch an die QS-Kultur der Industrie anknüpfen kann. Entsprechend begann die Ausarbeitung eines Qualitätskonzepts bereits vor Einführung des KVG.

Die Verbände verfolgen bei der Ausarbeitung von Indikatoren unterschiedliche Strategien. Beispielsweise definierte der HMO-Bereich *optimale* Indikatoren, während der Verband der Pflegeheime die Ausarbeitung von *minimalen* Anforderungskriterien unterstützt. Gegenwärtig werden vorwiegend Indikatoren zur Messung der Struktur- und Prozessqualität definiert und teilweise erhoben. Indikations- und Ergebnisindikatoren fehlen weitgehend. Damit besteht in der Schweiz noch grosser Handlungsbedarf bezüglich dokumentierter Angaben zur

Indikationsqualität und Ergebnisqualität in der Gesundheitsversorgung. Besonders die Indikationsqualität (Angemessenheit bzw. Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen) wird in den bestehenden Konzepten nur ansatzweise berücksichtigt, obwohl vom Gesetz gefordert. Dies mag einerseits in der Komplexität der Materie begründet sein. Es könnte aber auch die Bedenken der Leistungserbringer beziehungsweise ihrer Verbände vor wirtschaftlichen Einbussen widerspiegeln. Auch hier sind die Kostenträger gefordert, die Interessen ihrer Versicherten wahrzunehmen und entsprechende Forderungen durchzusetzen.

Das Bestreben, einen datenbasierten Verbesserungsprozess zu implementieren, setzt aber auch voraus, dass relevante Daten für Qualitätsmessungen verwendet werden können. Die Bestimmungen des Datenschutzes erschweren jedoch zum Teil den Zugriff auf bzw. die Verwendung von Daten. Für diese Problematik muss der Gesetzgeber konforme Lösungen formulieren.

Die Sicht anderer Akteure

Weitere Akteure der Gesundheitsversorgung äusserten sich kritisch über die Anstrengungen der Leistungserbringer im Bereich Qualitätsmanagement. Zwar wurde anerkannt, dass ein Umdenken stattgefunden habe, konkrete Massnahmen würden aber weitgehend fehlen. Die Vertreter der Kostenträger stimmten darin überein, dass vor allem ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte wenig Anstrengungen bezüglich datenbasierter Verbesserungsprozesse zeigten. Diese Einschätzung wird durch Einzelmaßnahmen der FMH bestätigt, welche sich - gemäss den Angaben ihres Konzepts - auf Koordinations- und Überwachungsaufgaben der Aus- und Weiterbildung ihrer Mitglieder, der Förderung von Projekten und der Unterstützung des Wissenstransfers konzentrieren. Ein datenbasierter Verbesserungsprozess wird dagegen nicht explizit angestrebt. Anstrengungen auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements auf der Ebene ihrer Mitglieder sind offenbar nur vereinzelt bekannt. Eine strukturierte Berichterstattung von den Mitgliedern an ihren Dachverband sowie ein transparenter Nachweis nach aussen könnten diese Situation verbessern.

Wirkung des KVG

Gemäss den Einschätzungen der Befragten haben die Anforderungen des KVG dazu beigetragen, dass Bestrebungen zur Qualitätssicherung und -förderung zu einem prioritären Thema wurden. Es muss angemerkt werden, dass Bestrebungen in diesem Bereich bereits vor Einführung des KVG bestanden. Je nach Diskussionsstand innerhalb einer Organisation wurden daher Prozesse initiiert bzw. beschleunigt. Welchen konkreten Beitrag das KVG unter diesem Gesichtspunkt geleistet hat, kann

nicht abschliessend beantwortet werden. Der Umstand, dass heute auch Versicherer die Thematik Qualitätssicherung und -förderung als prioritäres Gebiet erkannt haben, kann zum Teil ebenfalls auf das 1996 eingeführte KVG zurückgeführt werden. Mit den Verordnungen wurden den Versicherern neue Kontrollmöglichkeiten in die Hände gegeben, die - zum Teil - bereits genutzt wurden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Leistungserbringer die Ausarbeitung und Umsetzung von Qualitätskonzepten und -programmen initiiert haben. Je früher mit konkreten QM-Aktivitäten begonnen wurde, desto weiter sind diese fortgeschritten. Formal und inhaltlich ist die Umsetzung jedoch noch weit von den in Art. 77 KVV definierten Anforderungen entfernt. Besonders die Umsetzung von konkreten Massnahmen mit dem Ziel eines datenbasierten Qualitätsnachweises steht auf Verbandsebene mit wenigen Ausnahmen noch aus. Anstrengungen zur Messung der Indikations- und Ergebnisqualität fehlen weitgehend. Der nächste Schritt muss deshalb darin bestehen, Massnahmen zu formulieren, die sich auf messbare Größen konzentrieren. Denn erst wenn konkrete Messergebnisse vorliegen, kann beurteilt werden, ob die Anstrengungen eine gewünschte Verbesserung erzielen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen, dass die Einführung von QM-Massnahmen für alle einen Lernprozess bedeutet, der zeitaufwendig ist. Fehlende finanzielle Anreize, knappe finanzielle und personelle Ressourcen sowie Planungsunsicherheiten auf Seiten der Leistungserbringer wirken hemmend.

Eine positive Wirkung des KVG, Prozesse zu initiieren bzw. zu beschleunigen, wurde im Rahmen dieser Studie bestätigt. Damit in einem nächsten Schritt konkrete Massnahmen umgesetzt werden, ist es wichtig, dass die verantwortlichen Leistungserbringer, Kostenträger und Aufsichtsbehörden ihre Aktivitäten sowohl vertikal als auch horizontal miteinander koordinieren. Gemeinsam müssen realistische Anforderungen und Zeitpläne erarbeitet und umgesetzt werden. Dabei muss von Anfang an davon ausgegangen werden, dass deren Nichteinhaltung mittelfristig Sanktionen nach sich ziehen. Nur so kann das Konzept der Qualitätssicherung Glaubwürdigkeit erlangen.

6

Empfehlungen

Auf die Absichtserklärungen der Leistungserbringer müssen konkrete Massnahmen folgen, welche einen datenbasierten Qualitätsverbesserungsprozess einleiten und vertiefen. Aus unserer Sicht haben Kostenträger und besonders der Bund folgende Möglichkeiten, diesen Prozess zu unterstützen und zu fördern:

Die Kostenträger und ihre Aufsichtsbehörde müssen den Leistungserbringern Planungssicherheit schaffen.

- Die Kostenträger und das BSV müssen bei der Planung und Umsetzung von QS/QF-Massnahmen der Leistungserbringer mit konkreten und realistischen Forderungen und Vorschlägen einen aktiven Beitrag zur Diskussion leisten. Sie sollten eine klare und einheitliche Haltung vertreten und diese nach aussen kommunizieren. Die vom BSV 1999 formulierten Anforderungen an die Umsetzung von QM-Massnahmen bilden eine wertvolle Grundlage dazu. Damit wird die Planungssicherheit der Leistungserbringer gefördert.

Bestehende Ressourcen müssen sorgfältig und sinnvoll eingesetzt werden.

- QS/QF-Massnahmen verursachen - zumindest kurzfristig - einen Mehraufwand für die Leistungserbringer. Diese sind in der Regel bereits mit den Anforderungen ihrer bisherigen Tätigkeit ausgelastet. Kostenträger und Bund können nicht davon ausgehen, dass die Leistungserbringer zusätzliche Aufgaben für QS/QF-Massnahmen ohne weiteres bewältigt können. Der QS-Verbesserungsprozess kann nur effektiv gefördert werden, wenn die nötigen personellen Kapazitäten - zum Beispiel im stationären Bereich - vorhanden sind.
- QS/QF-Massnahmen sollten sich auf Bereiche mit hohem Verbesserungspotential fokussieren. Die Kostenträger sollten in Gesprächen mit Leistungserbringern darauf hinwirken, dass konkrete QS/QF-Massnahmen für Bereiche mit einem grossen Verbesserungspotential (z.B. die Notfallversorgung) ausgearbeitet werden, und auf diese fokussieren. Dieses Vorgehen sichert einen sinnvollen Umgang mit vorhandenen Ressourcen.

Eine hohe Transparenz der geplanten oder bereits umgesetzten QS/QF-Aktivitäten in der Schweiz muss geschaffen werden.

- Das BSV sollte alle geplanten und bereits umgesetzten QS/QF-Aktivitäten auf Verbandsebene der Leistungserbringer transparent machen. Der vorliegende Bericht liefert einen ersten wichtigen Beitrag dazu. Künftig wäre beispielsweise ein jährlich publizierter Qualitätsbericht ein geeignetes Mittel. Zusätzlich könnte das BSV die schweizerische Datenbank über Qualitätsprojekte an Spitäler (vgl. Abschnitt 4.2.11) unterstützen. Falls sich der Ansatz bewährt, könnte die

Datenbank gegebenenfalls als gesamtschweizerische Plattform für Projekte im Bereich Qualitätsmanagement genutzt werden. Die vom BSV initiierten Qualitätsgespräche mit den Leistungserbringern und dem KSK sind ebenfalls zu begrüssen und sollten regelmässig durchgeführt werden. Eine grosse Transparenz ermöglicht:

- einen Vergleich der QS/QF-Aktivitäten zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Diese Informationen können für politisch Verantwortliche in Diskussionen mit Leistungserbringern ohne QS/QF-Aktivitäten wertvoll sein.
- von den Erfahrungen anderer zu profitieren. Sinnvolle Synergien können genutzt werden.
- Strukturierte Berichterstattungen über QS/QF-Massnahmen innerhalb der Verbände sollten ein fester Bestandteil der Qualitätsverträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern sein.

Ein optimaler Informationsfluss und eine gute Koordination der Tätigkeiten zwischen allen Beteiligten ist unabdingbar.

- Ein optimaler Informationsfluss ist für eine konstruktive Zusammenarbeit unabdingbar. Mit der Koordination der Tätigkeiten werden Doppelprüfungen vermieden. Die Organisation von Expertentagungen und die Förderung von bestehenden Netzwerken (z.B. NAQ) sind dazu geeignete Mittel.

Der Bund muss Auflagen zum Datenschutz dahingehend anpassen, dass relevante Daten zur Überprüfung der Qualität verwendet werden können.

- Die Überprüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen muss auf fundierten Daten basieren. Relevante Daten können in der Praxis aber zum Teil aus Gründen des Datenschutzes nicht genutzt werden. Der Bund muss daher die Auflagen zum Datenschutz dahingehend anpassen, dass relevante Daten zur Überprüfung der Qualität verwendet werden können.
- Der Bund sollte den Auf- und Ausbau von nationalen Registern forcieren. Nur so wird sichergestellt, dass die Wirksamkeit von Massnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung effizienter überprüft werden kann.

Pilotprojekte sind dazu geeignet, das Prinzip und den Nutzen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aufzuzeigen.

- Das BSV unterstützt Pilotprojekte im Bereich Qualitätsmanagement. Dieser Ansatz ist unbedingt weiterzuverfolgen. Dies, weil Pilotprojekte geeignet sind, das Prinzip und den Nutzen der kontinuierlichen Verbesserung aufzuzeigen und die

Beteiligten zu motivieren. Gleichzeitig fördern Pilotprojekte die Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringern und weiteren Akteuren.

Der Bund sollte themenfokussierte und für die Praxis relevante Forschungsprojekte fördern.

- Themenfokussierte und für die Praxis relevante Forschungsprojekte im Bereich Qualitätsmanagement sollten mit öffentlichen Geldern unterstützt werden. Damit hätte der Bund die Möglichkeit, Themenbereiche zu fördern, denen bislang nur wenig Beachtung geschenkt wurde. Beispielsweise könnte er einen Forschungsschwerpunkt „Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung - Schnittstellenproblematik“ lancieren, um so schnellere Fortschritte auf diesem bisher wenig untersuchten Gebiet zu erzielen. Das Nationale Forschungsprogramm „Probleme des Sozialstaats“, welches im Juni 1999 vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung ausgeschrieben wurde und einen Forschungsschwerpunkt „Das Gesundheitssystem“ beinhaltet, ist ein begrüssenswerter Schritt in diese Richtung.

Qualitätsmanagement muss ein fester Bestandteil der Berufsausbildung in der Gesundheitsversorgung werden.

Zur Förderung einer Qualitätskultur müssen Aspekte des Qualitätsmanagements ein fester Bestandteil der Berufsausbildung in der Gesundheitsversorgung werden. Erst wenn alle Beteiligten die ständige Qualitätssicherung und -förderung als selbstverständlich erachten, sind Fortschritte zu erwarten. Das BSV als Bundesbehörde sollte in Gesprächen mit politisch Verantwortlichen auf diese Forderung drängen.

Die Strategie der Kostenträger und des BSV muss darauf abzielen, Leistungserbringer, welche QS/QF-Massnahmen etablieren und umsetzen, mittel- und langfristig zu honorieren, beziehungsweise diejenigen, welche keine QS/QF-Massnahmen etablieren und umsetzen, mittelfristig zu sanktionieren.

- In erster Linie sollten positive Anreize, zum Beispiel in Form eines vom Bund jährlich verliehenen Qualitätspreises für erfolgreiche Qualitätssmassnahmen, geschaffen werden. Damit könnten die Motivation der Leistungserbringer gefördert bzw. die geleisteten Anstrengungen gewürdigt werden.
- Kostenträger müssen der Etablierung von QS-Massnahmen einen höheren Stellenwert einräumen als der Sanktionierung von schlechten Arbeitsergebnissen. Die Androhung von Sanktionen bei unbefriedigenden Arbeitsergebnissen alleine wird dazu führen, dass Leistungserbringer ihre Daten beschönigen statt QS-Verbesserungsprozesse einzuleiten.

- Krankenversicherer müssen Leistungserbringer dann sanktionieren, wenn diese die vertraglichen Vereinbarungen nicht erfüllen. Gegebenenfalls müssen Kostenträger dazu Kontrollsysteme aufbauen (z.B. Stichproben). Tarifreduktionen können als Sanktionsmassnahmen wirksam eingesetzt werden. Ohne mittelfristigen Tarifdruck (Tarifanbindung) werden die QS/QF-Massnahmen voraussichtlich wenig Wirkung zeigen. Eine gemeinsame Strategie zwischen den Verhandlungspartnern der QS-Verträge (KSK) und den Verhandlungspartnern für Tarife (kantonale Verbände der Kostenträger) könnten die Umsetzung von QS/QF-Massnahmen beschleunigen.
- Falls Leistungserbringer und Kostenträger zu keinen Rahmenverträgen, Qualitätskonzepten, -programmen oder definitiven Qualitätsverträgen gelangen, muss die Aufsichtsbehörde einschreiten. Für diesen Fall muss das BSV eine klare Strategie haben, beispielsweise festlegen, nach welcher Zeitspanne das BSV intervenieren wird. Dies kann ein termingerechtes Vorgehen und eine rasche Einigung zwischen den Vertragspartnern unterstützen, weil die Vertragspartner erfahrungsgemäss Bundeslösungen a priori vermeiden möchten.

Literaturverzeichnis

1. Schilling J, Cranovsky R, Faisst K, Guillain H, Straub R, Ischi H. H-9001/2, Qualitätsmanagementsysteme für Institutionen der Gesundheitsversorgung. Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis 1997;5(6):1-28.
2. Brook RHM, McGlynn EP. Measuring Quality of care. The New England Journal of Medicine 1996;335(13):966-70.
3. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor 1980;163.
4. Schilling J, Cranovsky R, Gutzwiller F. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung: die Terminologie zum Strukturwandel in der Medizin. Schweiz. Rundschau für Medizin 1996;85(22):714-20.
5. Schilling J. Qualitätssicherung in der Medizin: Methodik zur Indikationsforschung in der interventionellen Kardiologie und in der Gynäkologie. Frankfurt am Main: pmi Verlagsgruppe GmbH, 1998.
6. Berwick D. A primer on leading the improvement of systems. BMJ 1996;312:619-22.
7. Wüthrich-Schneider E. Qualitätsmanagement in Spitälern. Universität St. Gallen, 1998.
8. Verordnung über das schweizerische Akkreditierungssystem, 1991.
9. Veska. Leitfaden zum Qualitätsmanagement. Aarau: Vereinigung Schweizer Krankenhäuser, heute H+ Die Spitäler der Schweiz, 1996.
10. FMH. QS-QF-Konzept der FMH. http://www.hin.ch/fmh/qs_qf_d.htm 1998.
11. FMH. Guideline für Guidelines. Schweizerische Ärztezeitung 1999;80(10):581-3.
12. FMH. FMH-Jahresbericht (Berichtsperiode vom 10. Mai 1998 bis zum 9. Mai 1999). Schweizerische Ärztezeitung 1999;80(22):1347-59.
13. Grol R, Baker R, Roberts R, Booth B. Systems for quality improvement in general practice. A survey of 26 countries. Europ J Gen Pract 1997;3:65-8.
14. Batalden P, Stoltz P. A framework for the continual improvement of health care. Joint Commission Journal of Quality Improvement 1993;19:424-47.
15. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patient priorities on general practice. An international comparison (in press). Fam Pract .
16. Wensing M. Patients evaluate general practice. A method for assessing and improving care (Thesis), Nijmegen: SSN, 1996.

17. Grol R, Wensing M, et al. submitted for publication. BMJ 1999.
18. Haller U, Wyss P, Schilling J, Gutzwiller F. Quality assessment in gynecology and obstetrics projects and experience in Switzerland. Obstetrics Gynecology 1997.
19. Bugnon O, Buchmann M. Pharmazeutische Betreuung von Pflegeheimen. Managed Care 1998;3:13-7.
20. Weber A. Zahnärzte und Qualitätsförderung. KSK Aktuell 1999(3):43-4.
21. Langenegger M. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - Rahmenbedingungen des BSV zur Umsetzung. Soziale Sicherheit 1999;3:151-2.
22. Haudenschild C. NAQ: Nationale Qualitätsstrategie. KSK Aktuell 1999;3:43.

Anhang

Leistungserbringer gemäss KVG

Gemäss Art. 35 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung sind die Tätigkeiten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung von denjenigen Leistungserbringern zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Art. 36-40 erfüllen. Dazu zählen:

- Ärztinnen und Ärzte
- Apothekerinnen und Apotheker
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Chiropraktorinnen und Chiropraktoren
- Hebammen
- Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen sind gemäss Art. 46 KVV
 - Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
 - Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
 - Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger
 - Logopädinnen und Logopäden
- Organisationen, die Personen beschäftigen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen sind gemäss Art. 51 und 52 KVV
 - Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause
 - Organisationen der Ergotherapie
- Laboratorien
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen
- Spitäler
- Einrichtungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen
- Pflegeheime
- Heilbäder

Vorgesehene Inhalte des Qualitätsberichts von H+ Die Spitäler der Schweiz

Institutionalisiertes Qualitätsmanagement <ul style="list-style-type: none">• Wer ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement?• Wie ist das Steuerungsorgan für das Qualitätsmanagement („Q-Ausschuss“) zusammengesetzt?• Besteht eine schriftlich formulierte Qualitäts-Politik? Schematische Darstellung des Ablaufs für Initiierung, Durchführung und Evaluation von Qualitätsverbesserungsprojekten Beilagen:<ul style="list-style-type: none">– Qualitätspolitik des Spitals– Liste der aktuell laufenden Projekte gemäss untenstehender Struktur– Liste der im Berichtsjahr abgeschlossenen Projekte
Qualitätsverbesserungen <ul style="list-style-type: none">• In welchen Bereichen wurden Verbesserungen erzielt?• Wie wurden die Verbesserungen gemessen?• Welche Anreize wurden für den Verbesserungsprozess gesetzt?
Versorgungsqualität <p><i>Zugang zu den Leistungen</i></p> <ul style="list-style-type: none">• welche Messgrössen werden erhoben - für verzugsfreien Zugang zur Notfallversorgung (ambulant/stationär) - für den Zugang zu den Wahleingriffen (z.B. die 10 häufigsten)?
Prozessqualität <p><i>Angemessenheit der Leistungserbringung</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Werden bei der Behandlung international abgesicherte medizinische Leitlinien (Guidelines) verwendet?• Wie und bei welchen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen erfolgt eine dokumentierte Überprüfung der Angemessenheit?• Erfolgt eine systematische Überprüfung der Angemessenheit der Aufenthaltsdauer (z.B. Appropriateness Evaluation Protocol)?• Besteht eine ethische Kommission? <p><i>Prozesseffizienz</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Welche Patientenprozesse werden systematisch verbessert und wie werden die Ergebnisse gemessen? (z.B. Wartezeiten vor ambulanten Konsultationen; Zeitbedarf total je Fall bei ambulanten Konsultationen/Notfällen; Zeitbedarf für gewisse Behandlungsprozesse; Vollständigkeit der Patientendossiers bei Arzt-Patientenkontakten; nicht medizinisch indizierte Verschiebung des Operationstages; Zeitraum bis zum Vorliegen von Austrittsberichten).
<p><i>Vermeiden von Behandlungsfehlern</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Erfolgt eine dokumentierte Infektionskontrolle?• Werden Komplikationsraten und Reoperationen systematisch erhoben und ausgewertet?• Wie hoch ist die Quote der ungeplanten (medizinisch/sozial bedingten) Rehospitalisationen?• Wie hoch ist die Quote der unerwarteten Reoperationen?
Ergebnisqualität / Kundenzufriedenheit <ul style="list-style-type: none">• Werden Ziele für die Behandlungsprozesse formuliert? Wie wird die Zielerreichung gemessen?• Erfolgt eine systematische Befragung der Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeitern und zuweisenden Ärzten? Mit welcher Methode?• Besteht eine systematische, dokumentierte Behandlung von Reklamationen von Patienten und Mitarbeitern (z.B. Nach wie vielen Tagen erhält ein Patient Antwort bei Reklamationen? Wer ist zuständig für die Beantwortung der Reklamationen? Wie wird der Vollzug sichergestellt?)

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartamentale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infras: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infras: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. Nº 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. Nº 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. № 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. № 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr. 4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	OCFIM* 318.010.6/99 d

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source Nº de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	OCFIM* 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	OCFIM* 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	OCFIM* 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. Nr. 10/99	OCFIM* 318.010.10/99 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna