VERBESSERUNG DER QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT DES SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESENS

Charles Vincent & Anthony Staines

Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Die englische Version ist massgebend.

25. Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

Danksagung ... 3
Vorwort ... 4
1 Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen weltweit ... 6
1.1 Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit ... 7
2 Schweizer Ansatz zur Gesundheitsversorgungsqualität ... 9
2.1 Entwicklungen seit dem Jahr 2000 ... 9
2.2 Kommentar ... 10
3 Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen – Was wissen wir? ... 14
3.1 Routinemässig erhobene Daten zu Qualität und Sicherheit ... 14
3.2 Stationäre Versorgung ... 15
3.2.1 Chirurgie ... 15
3.2.2 Anästhesie ... 16
3.2.3 Versorgung älterer Menschen im Spital ... 16
3.2.4 Schädigende Ereignisse im Spital ... 17
3.2.5 Nosokomiale Infektionen ... 17
3.3 Grundversorgung ... 18
3.4 Psychische Gesundheit ... 19
3.5 Pflegeheime ... 20
3.6 Home Care (Krankenpflege ambulant) ... 21
3.7 Medikationssicherheit ... 22
3.8 Kommentar ... 25
4 Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit in der Schweiz ... 28
4.1 Nationale Initiativen ... 28
4.2 Regionale und lokale Initiativen ... 29
4.2.1 Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheit des Medikationsprozesses ... 29
4.2.2 Checklisten für Chirurgie und Anästhesie ... 30
4.2.3 Simulationstraining im Team ... 30
4.2.4 Wirtschaftliche Beurteilung der Programme ... 31
4.3 Unterstützung für Patientinnen und Patienten, Betreuende und Personal nach schädigenden Ereignissen ... 32
4.3.1 Offenlegung schädigender Ereignisse ... 32
4.3.2 Unterstützung der Mitarbeitenden nach Fehlern und schädigenden Ereignissen ... 33
4.4 Kommentar ... 33
5 Aufbau notwendiger Voraussetzungen und Fähigkeiten für die Qualitätsverbesserung und Innovation ... 35
5.1 Patientinnen, Patienten und betreuenden Angehörigen zuhören und mit ihnen zusammenarbeiten ... 35
5.2 Sicherheitskultur und Qualitätsverbesserung ... 36
5.3 Ausbildung und Schulung zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit ... 37
5.4 Engagement der Führungskräfte für Verbesserung und Innovation ... 38
5.5 Aufbau einer Qualitätsinfrastruktur ... 39
5.6 Kommentar ... 40
6 Governance, Regulierung und rechtlicher Rahmen ... 44

6.1 Rechtlicher und regulatorischer Rahmen 44
6.2 Patientenrechte 46
6.3 Zertifizierung 46
6.4 Kommentar 47
7 Empfehlungen 49
7.1 Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Betreuenden als Partnerinnen und Partner 50
7.2 Motivation und Unterstützung der Gesundheitsfachkräfte 52
7.3 Verbesserung und Nutzung von Qualitäts- und Sicherheitsinformationen 54
7.4 Unterstützung für Patientinnen, Patienten, Betreuende und Personal nach schädigenden Ereignissen 56
7.5 Ausbildung, Schulung und Forschung zu Qualität und Patientensicherheit 57
7.6 Aufbau der notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten für eine sichere, hochwertige Versorgung 59
7.7 Nationale Programme zur Verbesserung der Patientenversorgung 61
7.8 Führung, Steuerung und Regulierung für eine sichere, hochwertige Gesundheitsversorgung ... 63
Schlusswort 65
Bibliografie 66
Anhang 77
I Kurzberichte und Literaturanalysen 77
II Prozess zur Erarbeitung des nationalen Berichts zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen 79
III Der Weg zur Verbesserung: Aufbau von notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten 80
IV Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen 82
V Verzeichnis der Abkürzungen und Akronyme 83

Danksagung

Dieser Bericht ist mit der Unterstützung, den Anregungen, den Ideen und der konstruktiven Kritik folgender Personen und Institutionen entstanden, denen die Autoren an dieser Stelle ihren herzlichen Dank aussprechen möchten:

- dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), insbesondere Pascal Strupler und Thomas Christen, die uns mit der Erstellung des Berichts beauftragt haben; Carlo Tschudi und Elvira Häusler für ihre Unterstützung und Ermutigung sowie Therese Grolimund und Jan Lörtscher für ihre Hilfe;
- Tanja Manser, Jan Schmutz und Jasmina Bogdanovic, die uns bei der Aufarbeitung der Fachliteratur zu Qualitäts- und Sicherheitsmassnahmen unterstützt haben;
- Bernard Burnand und Muaamar Al-Gobari, die uns bei der Aufarbeitung der Fachliteratur zum Stand der Qualität und Patientensicherheit im Schweizerischen Gesundheitswesen geholfen haben;
- den Autorinnen und Autoren der Kurzberichte: Pascal Briot, Johanna Bouzid, Julia Boysen, Petra Busch, Arnaud Chiolero, Pierre Chopard, Gaëlle Choupay-Dessard, Rachel Christinat, Mieke Deschodt, Petra Dörr, Olga Frank, Michele Genoni, Olivier Guillod, Annegret Hannawa, Stephan Harbarth, Sarah Heiniger, Thomas Ihde-Scholl, Christoph Küng, Markus Lampert, Tanja Manser, Jonas Marschall, Carla Meyer-Massetti, Stuart McLennan, Patrik Muff, Nithaya Nothum, Nicolas Rodondi, Wulf Rössler, Hugo Sax, Matthias Schlegel, Sven Staender, Roger Staub, Nicolas Troillet, Jean-Blaise Wasserfallen, Andreas Widmer, Erika Ziltener, Stephanie Züllig und Franziska Zúñiga;
- den Autorinnen und Autoren der auf Einladung verfassten Berichte: Paula Bezzola, Christoph Bosshard, Alessandro Ceschi, Christoph Cottier, Martin Hošek, Roswitha Koch, Esther Kraft, Roxane Kübler, Maja Mylaeus-Renggli, Christelle Progin und Philipp Schneider;
- Philippe Garnerin, Pierangela Greco, Manfred Langenegger, Luca Merlini, Anne-Claire Raë, Hans-Ulirch Rothen und Sven Staender, die uns über den Schweizer Ansatz zur Gesundheitsversorgungsqualität informiert haben; sowie
- Brian Björn, Bernard Burnand, Pierre Chopard, Tanja Manser, Holger Pfaff, René Schwendimann und Christian von Plessen, die als Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des BAG den Bericht geprüft haben.

Vorwort

Das schweizerische Gesundheitssystem wird sowohl von den Bürgerinnen und Bürgern als auch von den Gesundheitsfachpersonen generell als qualitativ hochstehend beurteilt. Ein Bericht über die Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen könnte daher als überflüssige Übung erscheinen. Aufgrund internationaler Erfahrungen dürfte es aber auch hierzulande erhebliche Ergebnisunterschiede, signifikante Fehlerquoten und verschiedene Schwachstellen geben, die bei Patientinnen und Patienten zu Leid, Verzögerungen und manchmal auch Schädigungen führen können.

Bund und Kantone sowie zahlreiche Organisationen unternahmen in den letzten 20 Jahren grosse Anstrengungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der schweizerischen Gesundheitsversorgung. 2016 legte das Bundesamt für Gesundheit dem Schweizer Parlament ein neues Gesetz vor, das ein ehrgeiziges nationales Programm zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen beinhaltete. 2017 empfahl der wissenschaftliche Beirat dem Bundesamt für Gesundheit, einen nationalen Bericht über die Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen in der Schweiz in Auftrag zu geben. In der Folge wurden wir mit der Erstellung dieses Berichts betraut und trugen Daten und Informationen zur Beurteilung von Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen zusammen. Unsere Analyse soll als Grundlage für Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung dienen.

Dieser Bericht kann seinen Zweck nur unter der Voraussetzung erfüllen, dass er von den Adressaten aufgenommen und genutzt wird. Er ist das Ergebnis der Zusammenarbeit vieler Experten und Organisationen in der Schweiz. Wir haben insgesamt 28 Berichte (short reports) und Literaturanalysen angefordert und erhalten. Sie bilden die Grundlage für den vorliegenden Bericht. Die vollständige Liste der short reports und beitragenden Autoren ist in Anhang I enthalten. Alle Kurzberichte und Literaturanalysen sind öffentlich zugänglich. Wir haben auch die breitere internationale Literatur und unsere eigenen Erfahrungen in der Forschung und Qualitätsverbesserung einbezogen. Anhang II beschreibt die Entstehung des Berichts.

Unseres Erachtens beinhaltet unser kooperativer Ansatz drei besondere Stärken: Erstens konnten wir auf ein viel breiteres Spektrum an Fachwissen und Erfahrung zurückgreifen als bei üblichen Expertenberichten. In den Kurzberichten sind verschiedenste klinische und akademische Fachrichtungen vertreten. Zweitens können wir darauf vertrauen, dass die Empfehlungen des Berichts von den beteiligten Personen und Organisationen mitgetragen werden. Drittens hat dieser Prozess Menschen zusammengebracht, die sich mit Nachdruck für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz einsetzen und die gemeinsam die Empfehlungen zum Wohl der Schweizer Bevölkerung umsetzen können.

Wir sind überzeugt, dass dieser Bericht die Grundlage für ein wirksames Programm zur langfristigen Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit in der Schweiz bilden kann. Wir hoffen, dass er all jenen als Informationsquelle dienen wird, die sich für eine optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einsetzen. Wir ermutigen die Leserinnen und

Leser, ihr Verständnis zu vertiefen und mit der Lektüre der besonders interessanten short reports zusätzliche Einsichten zu gewinnen. Allen unseren Kolleginnen und Kollegen danken wir für ihre unermüdliche Unterstützung bei der Erstellung des Berichts. Wenn immer möglich haben wir uns um einen Konsens bemüht, für die Endfassung und die Schlussfolgerungen des Berichts sind wir aber allein verantwortlich.

Charles Vincent & Anthony Staines

1 Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen weltweit

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert sich in vielen Ländern rasant. Die Menschen leben länger, und viele früher tödliche Krankheiten sind heute behandelbar, so dass die Menschen mit guter Lebensqualität überleben. Zu verdanken ist dies einer Kombination aus neuen und wirksameren Behandlungen, einer effizienteren Gesundheitsversorgung sowie besseren Sozial- und Umweltbedingungen.

Trotz vieler Fortschritte weisen massgebliche Berichte und Studien in vielen Ländern auf Mängel in der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger hin. In Grossbritannien warnte der Berwick-Bericht (Berwick, 2013) vor Problemen mit der Patientensicherheit im gesamten staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS). In den Vereinigten Staaten zeigte der Bericht «Crossing the quality chasm» eine grosse Kluft auf zwischen der Gesundheitsversorgung, die die Menschen erhalten sollten, und derjenigen, die sie tatsächlich erhalten (Institute of Medicine, 2001; McGlynn et al., 2003). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Weltbank stellten fest, dass solche Probleme systemisch sind und in sämtlichen Gesundheitssystemen, ob öffentlich oder privat, vorkommen (WHO, 2018).

Studien in vielen Ländern ergaben, dass die Gesundheitsversorgung häufig unter dem erwarteten Niveau liegt und den Patientinnen und Patienten sogar Schaden zufügt. So zeigte eine australische Studie, dass erwachsene Patientinnen und Patienten bei einer Vielzahl von häufigen Erkrankungen durchschnittlich nur 57 % der empfohlenen Behandlungen erhalten (Runciman et al., 2012). In vielen Ländern ergaben anhand von Krankenakten durchgeführte Studien, dass einer von 10 Spitalpatienten von einem unerwünschten Ereignis (adverse event) betroffen ist (Schwendimann et al., 2018). Die meisten sind geringfügig und haben keine langfristigen Folgen, aber einige sind gravierend oder sogar tödlich. Ferner gibt es viele Hinweise auf gänzlich oder weitgehend unnötige Behandlungen (OECD, 2017).

Die erheblichen Unterschiede bei der Nutzung und den Ergebnissen (outcomes) der Gesundheitsversorgung, welche sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch im internationalen Vergleich bestehen, werden zusehends anerkannt. Nach Erscheinen des Dartmouth Atlas of Health Care in den Vereinigten Staaten haben mehrere europäische Länder nationale Atlanten der Unterschiede in der Gesundheitsversorgung veröffentlicht: Spanien, England, Deutschland und die Niederlande (Peiro & Maynard, 2015). So ist beispielsweise die Anwendung gängiger chirurgischer Verfahren von Region zu Region sehr unterschiedlich. Die regionalen Diskrepanzen bei den Operationsraten lassen sich nur marginal mit Unterschieden der Krankheitslast, Diagnoseverfahren und der Einstellung der Patientinnen und Patienten zu medizinischen Eingriffen erklären (Birkmeyer et al., 2013). In der Schweiz ergab eine Studie über sechs Verfahren einen durchschnittlichen Unterschied von Faktor 2 zwischen den Kantonen. So waren Kniearthroskopien (Kniegelenkspiegelung) beispielsweise in den Spitälern, die dieses Verfahren am meisten anwenden, 3,4-mal häufiger als in den Spitälern, wo es am wenigsten angewandt wurde (Pellegrini et al., 2014). Eine umfassende europäische Studie zu 46’539 chirurgischen Eingriffen lieferte ein Beispiel für die unterschiedlichen Ergebnisse. Die Sterblichkeitsraten

zwischen den Ländern wichen massiv voneinander ab (von 1,2 % in Island bis zu 21,5 % in Lettland). Die postoperative Mortalität in Polen war sechsmal höher als in Grossbritannien und der Schweiz (Pearse et al., 2012). Studien in vielen Ländern deuten darauf hin, dass selbst in den besten Gesundheitssystemen Überversorgung, unnötige oder nicht angemessene Behandlungen in erheblichem Mass vorkommen. (Peiro & Maynard, 2015).

Vulnerable oder benachteiligte Bevölkerungsgruppen dürften in allen Ländern aus verschiedenen Gründen eine schlechtere Gesundheitsversorgung erhalten (Kruk et al., 2018). Die Versorgungsqualität ist für viele Gruppen unterdurchschnittlich. Dazu gehören insbesondere Armutsbetroffene, Personen mit tiefem Bildungsniveau, Jugendliche, Menschen mit schwerwiegenden psychischen Problemen und Randständige, wie beispielsweise Strafgefangene. Diese benachteiligten Gruppen sind weniger gut in der Lage, sich Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verschaffen, und erhalten dann oft eine Behandlung von geringerer Qualität (Kim et al., 2014; Priester et al., 2016).

1.1 Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit

In den letzten zehn Jahren hat sich das Verständnis der Ursachen von schlechter Versorgungsqualität und mangelnder Patientensicherheit deutlich verbessert, und die Erkenntnisse vieler Länder gleichen sich. Studien über Prozessmängel, Teamarbeit, Unterbrechungen und Ablenkungen zeigen eine Reihe systemischer Schwachstellen in der Chirurgie, Allgemeinmedizin und Grundversorgung auf (Vincent et al., 2004; Manser et al., 2009).

Schlechte Kommunikation, einerseits zwischen Gesundheitsfachpersonen und andererseits zwischen Patientinnen oder Patienten und Gesundheitsfachpersonen, ist eine der Hauptursachen für Fehler und schädigende Ereignisse. Häufige Probleme sind ein ungenauer Informationsaustausch, ungenügende Dokumentation, unklare Entlassungsanweisungen und sprachbedingte Kommunikationsmängel (Hannawa, 2019). Sowohl im Operationssaal als auch im weiteren Gesundheitssystem wird das Verständnis von Teamarbeit zusehends differenzierter (Neily et al., 2010; Russ et al., 2012). Eine Reihe von Massnahmen wurde ergriffen, um die Kommunikation und Teamarbeit zu verbessern. So identifiziert und vermittelt das TeamSTEPPS-Programm vier Kernkompetenzen (Führung, Situationsmonitoring, gegenseitige Unterstützung und Kommunikation), die im Gesundheitswesen breit einsetzbar sind (Clancy, 2007; Staines et al., 2016; Hannawa, 2019).

Beispiele für Massnahmen, die nachweislich eine weitreichende Wirkung hatten, sind relativ selten. Es gibt aber einige bemerkenswerte Ausnahmen. Dazu gehören die Reduzierung von Blutbahninfektionen durch erfolgreiche internationale «Handhygiene-Initiativen» (Pittet et al., 2000; Pittet et al., 2005), die Reduzierung von Infektionen durch Zentralvenenkatheter (Pronovost et al., 2006) und die Senkung von chirurgischen Komplikationen und Mortalität nach der weltweiten Einführung der WHO-Checkliste für sichere Chirurgie (Haynes et al., 2009). Die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse, wie z. B. Arzneimittelreaktionen und Infektionen, ist in einigen Gruppen von allgemeinmedizinischen Patientinnen und Patienten in den Vereinigten Staaten rückläufig (Wang et al., 2014), und es gibt Hinweise darauf, dass Eingriffsverwechslungen abnahmen (Neily, 2018). National kamen auch in der Notfallchirurgie Methoden zur

Qualitätsverbesserung zum Einsatz, die zwar die Prozesszuverlässigkeit anhoben, die Ergebnisse aber nicht signifikant veränderten (Peden et al., 2019).

Grösste unmittelbare Wirkung zeitigten bislang Qualitäts- und Sicherheitsverbesserungen, die sich auf ein klinisches Kernproblem oder einen bestimmten klinischen Prozess oder Behandlungspfad konzentrierten (Shekelle et al., 2011). Eine andere Kategorie von Massnahmen legt den Fokus auf die Verbesserung des Grundsystems: Das Personal erhält Unterstützung, um effizienter zu arbeiten und die klinische Versorgung bereichsübergreifend zu optimieren (Vincent & Amalberti, 2016). So liessen sich Medikationsfehler durch die Standardisierung von Arzneimittelverzeichnissen und Protokollen, die Einbeziehung von Apothekerinnen und Apothekern in die Visiten und die Einführung der computergestützten Verschreibung reduzieren (Miller et al., 2011; Avery et al., 2012). Auch gut durchdachte Arbeitsbedingungen senken das Fehlerrisiko, z. B. durch eine effizientere Schnittstellengestaltung oder durch Minimierung der Unterbrechungen und Ablenkungen, die die Fehleranfälligkeit stark erhöhen (Vincent, 2010).

Einige Verfahren in der Gesundheitsversorgung wie Strahlentherapie und Bluttransfusionen haben heute dank jahrzehntelanger systematischer Verbesserungen ein sehr hohes Sicherheits- und Zuverlässigkeitsniveau erreicht. Zu verdanken ist dies einer Kombination standardisierter Prozesse, einer sinnvollen Nutzung von Automatisierung und Technologie sowie einer breit abgestützten Sicherheits- und Qualitätsverbesserungskultur (Murphy et al., 2009). Voraussetzung für den Erfolg aller Massnahmen sind eine gute Basisinfrastruktur, angemessene Ressourcen, eine Qualitätsinfrastruktur, eine effiziente Führung und die Offenheit gegenüber organisatorischen Veränderungen, auf die wir im Folgenden noch zurückkommen werden (Vincent & Amalberti, 2016).

2 Schweizer Ansatz zur Gesundheitsversorgungsqualität

Wie in vielen anderen Ländern stammen einige der ersten systematischen Arbeiten zur Versorgungsqualität aus dem Bereich der Infektionskontrolle. Die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene wurde 1974 gegründet und begann Anfang der 1980er-Jahre mit der systematischen Überwachung der Infektionsraten. Von Anbeginn vertrat die Gesellschaft verschiedene Fachrichtungen und Berufe. Swissnoso wurde 1994 zur Beratung und Abgabe von Empfehlungen im Bereich der Infektionskontrolle gegründet. Die erste Prävalenzstudie zu nosokomialen Infektionen wurde 1995 von Swissnoso durchgeführt (Sax et al., 2019).

Das Universitätsspital Basel begann Ende der 1980er-Jahre mit Schulungen für das Krisenmanagement in der Anästhesie, die später auf ganze OP-Teams ausgeweitet wurden. Im selben Jahr wurde die Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen gegründet, die schon früh die Qualitätsentwicklung in den Spitälern förderte.

Die formelle Zertifizierung der Schweizer Spitäler begann 1995 mit der ISO 9001-Zertifizierung der Klinik Bethanien in Zürich. 1995 wurde die Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie gegründet mit dem Ziel, umfassende Daten über Standards und Ergebnisse zu erheben. 1996 trat ein neues Krankenversicherungsgesetz in Kraft, das einen Schwerpunkt auf die Sicherstellung eines hohen Versorgungsstandards legte (Art. 43 Abs. 6 KVG). Im selben Jahr definierte die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation Qualitätskriterien und führte eine freiwillige Datenerfassung ein.

Das Departement Anästhesiologie des Universitätsspitals Basel setzte 1995 erstmals ein Meldesystem für kritische Ereignisse ein (Staender, 2019). Ab 1997 stand dieses System unter der Leitung der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation landesweit zur Verfügung. 1997 richtete das Universitätsspital Genf eine eigene Abteilung für Versorgungsqualität ein, 1998 folgte das Spital La Carità in Locarno. Das Bundesamt für Gesundheit, die Kantone, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und mehrere Universitätsspitäler riefen 1998 das «Swiss Network for Health Technology Assessment» als Partnerschaft ins Leben. Die Stiftung Externe Qualitätsförderung in der Ambulanten Medizin (EQUAM) wurde 1999 gegründet, um Qualitätsinitiativen in der Grundversorgung und im Managed Care zu fördern (Hosek & Bezzola, 2019).

2.1 Entwicklungen seit dem Jahr 2000

Der wegweisende Bericht «To err is human» des US-amerikanischen «Institute of Medicine» aus dem Jahr 1999 zeigte auf, dass in den Vereinigten Staaten medizinische Fehler an die 100 000 Todesfälle pro Jahr verursachen könnten. Wie eine Medienmitteilung des Bundesamtes für Sozialversicherungen damals festhielt, würden diese Zahlen aus den Vereinigten Staaten auf die Schweizer Spitäler hochgerechnet pro Jahr zwischen 2000 und 3000 Todesfälle aufgrund vermeidbarer unerwünschter Ereignisse (adverse events) bedeuten. Der Bundesrat erklärte die Patientensicherheit zu einem Schwerpunktthema der schweizerischen Gesundheitsversorgung. Die Gründung der Stiftung für Patientensicherheit im Jahr 2003 gemäss den Empfehlungen der Taskforce Patientensicherheit (2001) war ein wichtiger Meilenstein (Zuellig,

2019). 2006 folgte eine Reihe von Initiativen, darunter Befragungen von Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten sowie die Entwicklung von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren (Busch, 2019). Das «Critical Incident Reporting & Reacting NETwork» (CIRRNET®, Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme) wurde ebenfalls 2006 von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation eingerichtet. Die Stiftung für Patientensicherheit identifiziert hierbei häufige Probleme und gibt Warnhinweise und Verbesserungsempfehlungen (sog. Quick-Alerts) heraus (Frank, 2019).

2007 kritisierte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerates den Bundesrat scharf und forderte eine Strategie für die Qualität in der Gesundheitsversorgung. Die Qualitätsstrategie 2009 verdeutlichte, wie wichtig eine Qualitäts- und Sicherheitskultur, eine engere Integration von stationären und ambulanten Leistungen sowie die Information und Befähigung der Patientinnen und Patienten sind. Im Hinblick auf die Entwicklung und Umsetzung von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren wurde 2009 der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) gegründet. 2012 starteten nationale Programme zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Im Jahr 2013 setzte das Bundesamt für Gesundheit einen wissenschaftlichen Beirat ein, der Empfehlungen zur nationalen Qualitäts- und Sicherheitsstrategie abgibt.

Die Zufriedenheit der Öffentlichkeit mit dem Schweizer Gesundheitssystem ist sehr hoch und hat in den letzten Jahren zugenommen: Über 80 % der Bevölkerung bewerteten das Gesundheitssystem 2014 eher positiv oder sehr positiv. Allerdings ist der Anteil der Bevölkerung, der die Qualität des Gesundheitssystems als sehr gut einstuft, seit 2010 deutlich gesunken, von über 40 % auf etwa 23 % im Jahr 2014 (De Pietro et al., 2015). Die Schweizer Bürgerinnen und Bürger sind sich auch zunehmend der Risiken in der Gesundheitsversorgung bewusst. Studien der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz zeigten, dass 11 % der Schweizerinnen und Schweizer in den letzten zwei Jahren einen medizinischen Fehler in ihrer Versorgung zu vermelden hatten. Am häufigsten nannten sie schlechte Koordination der Versorgung, fehlende Testergebnisse und Krankenakten, widersprüchliche Informationen verschiedener Leistungserbringer und unnötige Wiederholungen von Untersuchungen (Schwappach, 2012).

2014 schlug der Bund die Schaffung einer nationalen Koordinationsstelle für die Qualität in der Gesundheitsversorgung vor. Die Mehrheit der Akteure lehnte den Vorschlag ab, da sie einen Schritt in Richtung einer übermässigen staatlichen Kontrolle der Gesundheitsversorgung befürchteten. Im Jahr 2019, zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts, sucht das Schweizer Parlament nach einem Konsens über die Einsetzung einer ausserparlamentarischen Kommission und die finanzielle Unterstützung von Programmen zur Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Tabelle 2.1 zeigt einen Überblick über die verschiedenen Massnahmen für Qualität und Patientensicherheit seit dem Jahr 2000.

2.2 Kommentar

In den letzten 20 Jahren gab es viele wichtige und wertvolle Entwicklungen, aber auch erhebliche Meinungsverschiedenheiten über die Zuständigkeiten für die Qualität und Patientensi-

cherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Zu verschiedenen Punkten wurden ehrgeizige nationale Programme und Stellen vorgeschlagen, die dann aber mangels Konsens über die Ausgestaltung einer nationalen Koordinationsstelle und wegen der Vorbehalte gegenüber einer übermässigen zentralen Kontrolle blockiert wurden. Nur wenige Initiativen zielten darauf ab, die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten zu analysieren oder ihre Erfahrungen zu verbessern. Die Schweizer Patientenorganisationen scheinen bei der nationalen Strategie nicht im Vordergrund zu stehen. Die schweizerischen Organisationen im Bereich der Patientensicherheit und Versorgungsqualität leisten individuell wertvolle Arbeit, aber die Lancierung koordinierter Programme scheint schwierig.

Tabelle 2.1 Meilensteine der Qualitäts- und Sicherheitsentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen seit dem Jahr 2000

2000	• Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht im Anschluss an den US-amerikanischen Bericht «To err is human» (Irren ist menschlich) eine Medienmitteilung. Daraus kann geschlossen werden, dass medizinische Fehler in Schweizer Spitälern 2000 bis 3000 vermeidbare Todesfälle pro Jahr verursachen könnten. • Das Bundesamt für Sozialversicherungen erklärt die Patientensicherheit zu einer Priorität für das Schweizer Gesundheitswesen. • Das Eidgenössische Departement des Innern setzt eine Taskforce Patientensicherheit ein. • Gründung von FoQual, Qualitätsforum für die Qualitätsbeauftragten der französisch- und italienischsprachigen Spitäler.
2001	• Die Taskforce Patientensicherheit empfiehlt die Gründung einer nationalen Stelle und die Umsetzung eines nationalen Programms zur Patientensicherheit. • Gründung von SanaCERT Suisse (Schweizerische Stiftung für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen) und der Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie.
2003	• Gründung der Stiftung für Patientensicherheit (später Patientensicherheit Schweiz).
2004	• Die Parlamentarische Kommission des Nationalrates schlägt vor, dass der Bundesrat die Gesamtverantwortung für die Versorgungsqualität trägt.
2005	• Der Bundesrat unterstreicht, dass die Qualität unter der Aufsicht der Kantone in der Verantwortung der Leistungserbringer bleiben soll.
2006	• Ein OECD-Bericht über das Schweizer Gesundheitswesen beschreibt fehlende Governance und mangelhafte Koordination der Qualitäts- und Patientensicherheitsinitiativen in der Schweiz. • Gründung des «Critical Incident Reporting & Reacting Systems Network» (CIRRNET). • Das Bundesamt für Gesundheit führt die ersten Qualitätsindikatoren für den stationären Bereich ein.

2007	• Die Kommission des Ständerates kritisiert den Bundesrat scharf und fordert eine Strategie für die Qualität im Gesundheitswesen. • Patientensicherheit Schweiz organisiert einen Kongress zur Patientensicherheit.
2008	• Gründung des Zürcher Medical Boards (später Swiss Medical Board).
2009	• Die Qualitätsstrategie des Bundes für das Gesundheitswesen wird veröffentlicht und vom Bundesrat gutgeheissen. • Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).
2011	• Kantone, Versicherer und der Verband der Spitäler (H+) unterzeichnen den ersten Qualitätsvertrag, der die Finanzierung und Anwendung von Qualitätsindikatoren im stationären Bereich landesweit regelt. • Ein zweiter OECD-Bericht über das schweizerische Gesundheitswesen stellt fest, dass die Schweiz nur über begrenzte Ressourcen verfügt, um die Qualität der Gesundheitsleistungen zu messen. • Das Zürcher Medical Board, kantonale Behörden und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften gründen das Swiss Medical Board. • Patientensicherheit Schweiz organsiert den zweiten Kongress zur Patientensicherheit.
2012	• Der Bund beginnt mit der Finanzierung nationaler Programme für Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen. • Die Abrechnung über diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) wird eingeführt. ANQ-Indikatoren bewerten die Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems auf die Versorgungsqualität. • Für jedes Schweizer Akutspital werden Qualitätsindikatoren für stationär behandelte Patientinnen und Patienten veröffentlicht (Swiss Inpatient Quality Indicators, CH-IQI). • Das zuständige Bundesamt für Gesundheit lanciert zwei nationale Programme zur Patientensicherheit: «Sichere Chirurgie» und «Sichere Medikation», die Patientensicherheit Schweiz umsetzt.
2013	• Ein wissenschaftlicher Beirat für Qualität und Patientensicherheit wird bestellt, um den Direktor des Bundesamtes für Gesundheit zu beraten. Der erste Bericht des wissenschaftlichen Beirats wird veröffentlicht.
2014	• Der Bund schlägt die Einsetzung einer eidgenössischen Qualitätskommission im Gesundheitswesen vor. Die Mehrheit der politischen Akteure lehnt den Vorschlag ab. • Die Kampagne «Smarter Medicine» wird in Verbindung mit der internationalen Bewegung «Choosing Wisely» lanciert, um unnötige Eingriffe zu reduzieren.
2016	• Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) gründet die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM), 67 Ärzteorganisationen unterzeichnen die Qualitätscharta. • Ein nationales Programm für das Monitoring der Anästhesie-Qualität (A-QUA) wird eingeführt.

2017	• Der Bundesrat verabschiedet die Übergangsfinanzierung für die Weiterführung der nationalen Qualitäts- und Sicherheitsprogramme in den Jahren 2018–2020. • Der zweite Bericht des wissenschaftlichen Beirats empfiehlt, einen Bericht über das Schweizer Gesundheitswesen in Auftrag zu geben.
2018	• Das Bundesamt für Gesundheit gibt einen Bericht über die Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen in Auftrag.
2019	• Das Schweizer Parlament nähert sich einem Konsens über die Einsetzung einer ausserparlamentarischen Kommission und die finanzielle Unterstützung von Programmen zur Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung.

3 Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen – Was wissen wir?

Verlässliche und zugängliche Informationen über Prozesse und Ergebnisse sind eine wesentliche Grundlage für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Diese Daten braucht es für das Monitoring der Versorgungsstandards, zur Einschätzung des Verbesserungsbedarfs und zur Evaluation ergriffener Massnahmen und Veränderungen im Gesundheitssystem. Die langfristige Beobachtung der Leistungen einzelner Abteilungen oder Organisationen ist unerlässlich für die Gewährleistung und Verbesserung der Versorgungsqualität.

Organisationen und Einzelpersonen können sich über Versorgungsstandards informieren, indem sie sich an gleichartigen Organisationen messen. Allerdings können die Ergebnisse voneinander abweichen, weil die Patientinnen und Patienten älter oder kränker sind, und nicht, weil sich die Versorgungsqualität in den einzelnen Einrichtungen unterscheidet. Risikoadjustierungen zur Korrektur solcher Unterschiede sind zwar möglich, aber selbst hochdifferenzierte Ansätze reichen möglicherweise nicht aus, um alle relevanten Unterschiede zu korrigieren. Politische und andere Entscheidungsträger waren manchmal auch versucht, eine einzige Messgrösse wie die Spitalmortalität als Indikator für die Gesamtleistung einer Organisation zu verwenden. Dieser Ansatz weist jedoch viele Schwächen auf und greift zu kurz. Es bedarf einer Reihe von Messgrössen, um die Aktivitäten und Ergebnisse einer Einheit oder Organisation zuverlässig abzubilden.

Im folgenden Abschnitt des Berichts geben wir einen kurzen Überblick über die in der Schweiz routinemässig erhobenen Daten und gehen dann auf Versorgungsstandards in verschiedenen Settings ein. Wir verweisen ferner auch auf die Literaturanalyse (Burnand & Al-Gobari, 2019) und die ergänzenden Berichte zu spezifischen Themen.

3.1 Routinemässig erhobene Daten zu Qualität und Sicherheit

Daten über die Gesundheitsversorgung können auf institutioneller, kantonaler oder nationaler Ebene erhoben werden. Unseres Wissens gibt es keinen Gesamtüberblick darüber, welche Daten die einzelnen Kantone sammeln. In der Schweiz gibt es nur wenige gesamtschweizerische Indikatoren. Diese konzentrieren sich hauptsächlich auf die Spitäler und die Akutsomatik (Burnand & Al-Gobari, 2019; Schneider, 2019). Der ANQ erfasst die Häufigkeit von potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen anhand von Entlassungsstatistiken sowie von Prävalenzerhebungen über Stürze und Dekubitus. Der ANQ sammelt auch Daten über die funktionelle Rehabilitation und psychische Symptome (Busch, 2019).

Qualitätsbewertungen aus Patientensicht gewinnen in vielen Ländern an Bedeutung (Troillet et al., 2017). Der ANQ führt Patientenbefragungen in vielen verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens durch. Auf mehreren Gebieten des Gesundheitswesens, darunter auch in der Grundversorgung, kommen langsam Patient-reported outcome measures (PROMs, Patienteneinschätzungen) zum Einsatz. Hierzu stehen Instrumente zur Verfügung, um den wahrgenommenen Gesundheitszustand, die funktionelle Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu messen (Busch, 2019).

Swissorthopaedics (Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie) betreibt das Schweizerische Implantate-Register SIRIS als Instrument zur Qualitätsmessung bei allen Arten von medizinischen Implantaten. SIRIS dient als Frühwarnsystem für Implantatversagen, als Indikator für Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen, als Massstab für Vergleiche auf Industrie- und Spitalebene sowie als Datenbank für Langzeitergebnisse und Überlebensanalysen (Genoni, 2019).

Swissnoso beobachtet die postoperativen Wundinfektionen mittels systematischer Überwachung (Surveillance) und Punktprävalenzerhebungen. Meldungen sind jedoch freiwillig, und nicht alle Organisationen beteiligen sich. ANQ veröffentlicht die Ergebnisse der teilnehmenden Spitäler jedes Jahr auf der ihrer Website, aufgeschlüsselt nach Art der Operation und anderen Risikofaktoren, (Sax et al., 2019). Bemerkenswert ist zudem, dass in jedem Spital auch die Qualität der Überwachung selbst bewertet wird. Die entsprechende Punktzahl ergänzt die anderen Ergebnisse. Eine kürzlich erfolgte Bewertung des Programms in 147 Schweizer Spitälern ergab, dass es zwar eine klar definierte Überwachungsmethodik gibt, in der tatsächlichen Umsetzung aber grosse Unterschiede bestehen. Im Fokus stehen sollten qualitative Verbesserungen bei der Überprüfung der Krankengeschichte und der Genauigkeit der Datenerhebung (Kuster et al., 2017).

3.2 Stationäre Versorgung

Die Spitalversorgung umfasst ein breites Spektrum an Fachgebieten und Tätigkeiten. Hier konzentrieren wir uns auf die Chirurgie, die Anästhesie und die Versorgung älterer Menschen in der Allgemeinmedizin, die für alle Spitäler und Kantone oberste Priorität haben.

3.2.1 Chirurgie

Die wenigen verfügbaren Informationen deuten darauf hin, dass die Schweizer Operationsergebnisse denjenigen anderer fortschrittlicher Gesundheitssysteme ähnlich sind. In einer umfassenden Studie über die Ergebnisse nach grossen Eingriffen (Pearse et al., 2012) lagen die Sterblichkeitsraten in der Schweiz über dem europäischen Durchschnitt und entsprachen in etwa denjenigen von Grossbritannien. Für bestimmte Operationsformen (z. B. Kolorektalchirurgie) gibt es in der Schweiz standardisierte Mortalitätsdaten. Die Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie verfügt über eine Datenbank mit 1,5 Millionen Fällen, mit der sie Statistiken erstellt, die nur von den Mitgliedern für Vergleichs- und Qualitätssicherungszwecke verwendet werden können (www.aqc.ch).

Swissnoso hat kürzlich Daten über postoperative Wundinfektionen (SSI surgical site infections) zu mehr als 180 000 Operationen über einen Zeitraum von vier Jahren veröffentlicht. Zwischen 2011 und 2015 lagen die kumulierten SSI-Raten in den Spitälern zwischen 0,9 % bei der Kniearthroplastik und 14,4 % bei der Kolonchirurgie. Swissnoso hat auch bei der Langzeitnachversorgung Pionierarbeit geleistet und bei einigen Operationsarten hohe SSI-Raten nach der Entlassung festgestellt. Nach Erachten der Ärzte und Ärztinnen, die diese Daten veröffentlichen, ist die systematische Überwachung zwar entscheidend, aber ohne strukturierte,

zwingende Massnahmen zur Qualitätsverbesserung dürften die SSI-Raten kaum sinken (Troillet et al., 2017; Sax et al., 2019).

Es gibt ein paar wenige Studien, welche die Übereinstimmung der chirurgischen Praxis mit internationalen Richtlinien bewerten (Burnand & Al-Gobari, 2019). So zeigte eine kürzlich durchgeführte Studie zur Behandlung von Prostatakrebs im Kanton Tessin, dass die Behandlungsmodalitäten den internationalen Richtlinien zu entsprechen scheinen und dass die Schweizer Ergebnisse mit den Ergebnissen der wenigen verfügbaren internationalen Studien vergleichbar sind. Evidenzbasierte Richtlinien wurden in etwa zwei Dritteln der Fälle befolgt, eine aktive Überwachung fand hingegen in weniger als der Hälfte der Fälle statt (Ortelli et al., 2018).

3.2.2 Anästhesie

Die Anästhesie gilt als sehr sicher für relativ gesunde Patientinnen und Patienten, die sich elektiven Eingriffen unterziehen. Das Mortalitätsrisiko durch Komplikationen und Nebenwirkungen der Anästhesie dürfte in Europa heute bei etwa 1:100 000 Fällen liegen (Staender, 2019). Schweizer Anästhesistinnen und Anästhesisten beteiligen sich im europäischen Kontext aktiv an der Entwicklung von Ergebnis-Indikatoren. Die Anästhesie in der Schweiz scheint sehr sicher und dürfte auf der Höhe anderer fortschrittlichen Versorgungssysteme sein. Es ist aber schwierig, sich ein Bild über die tatsächlichen Komplikationen zu machen, da es an einer Routineüberwachung fehlt (Staender, 2019). In einer Analyse der abgeschlossenen Versicherungsfälle zwischen 1987 und 2011 bewertete der Prüfausschuss die Qualität der Versorgung in 55 % der Fälle als mangelhaft. In 46 % aller Fälle wurde die Haftung übernommen. Die Schadenhäufigkeit und die damit verbundene Sterblichkeit waren von ähnlicher Grössenordnung wie in Grossbritannien (Staender et al., 2011); allerdings sind Versicherungsfälle ein schlechter Indikator für die Gesamtqualität der Versorgung. Die Nutzung des Systems zur Meldung kritischer Ereignisse ist unter Schweizer Anästhesistinnen und Anästhesisten weit verbreitet. Ziel ist, die Patientensicherheit zu überwachen und auf Sicherheitsrisiken zu reagieren.

3.2.3 Versorgung älterer Menschen im Spital

Ältere Menschen haben ein stark erhöhtes Risiko für akute und chronische Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und Demenz (Rechel et al., 2013). Im Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit für längere Spitalaufenthalte, erhöhten Pflegebedarf nach der Entlassung, Rehabilitation, Aufnahme in ein Pflegeheim und Rehospitalisierung (Buurman et al., 2011).

Einige wenige Studien haben die Qualität der allgemeinen medizinischen Versorgung älterer Menschen in Schweizer Spitälern untersucht (Burnand & Al-Gobari, 2019). So wurde die Versorgung von 1’260 Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom in vier medizinischen Zentren mit den Behandlungsrichtlinien verglichen. Die Verschreibung empfohlener präventiver Medikamente war sehr hoch (meist über 90 %), bei der Verschreibung von Beta-Blockern gab es allerdings noch Verbesserungspotenzial (Auer et al., 2014). Zwischen 2001 und 2012 nahm die Einhaltung der Richtlinien stetig zu und führte zu einer entsprechenden Verbesserung der Ergebnisse (Schoenenberger et al., 2016).

Ein umfassendes geriatrisches Assessment gewährleistet die Früherkennung von und den angemessenen Umgang mit geriatrischen Syndromen (Deschodt, 2019). Bei diesem Ansatz bewerten Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen die medizinischen, psychologischen und funktionellen Fähigkeiten eines gebrechlichen älteren Menschen und erarbeiten einen koordinierten Behandlungsplan mit langfristigem Follow-up. Im internationalen Kontext haben einige Spitäler akutgeriatrische Fachabteilungen eingerichtet, die darauf spezialisiert sind, eine Abnahme funktioneller Fähigkeiten und damit verbundene Komplikationen während des Spitalaufenthaltes zu verhindern (Baztan et al., 2009; Deschodt, 2019). Über die in den Schweizer Spitälern verfügbare Infrastruktur, die Assessment-Ansätze oder die Ergebnisse in Bezug auf funktionelle Fähigkeiten und Lebensqualität liegen allerdings kaum Daten vor.

3.2.4 Schädigende Ereignisse im Spital

Eine Studie zur Versorgung in einem Schweizer Spital ergab, dass 12,3 % der Patientinnen und Patienten von unerwünschten Ereignissen (adverse events) betroffenen sind, von denen fast die Hälfte mit einem guten Versorgungsstandard hätte vermieden werden können (Halfon et al., 2017). Über 60 % dieser Ereignisse hatten keine gravierenden Folgen, aber fast ein Viertel führte im Laufe der Zeit zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse dieser Studie fallen ähnlich aus wie bei analogen ausländischen Studien. Generell gibt es keinen Grund zur Annahme, dass Behandlungsfehler in der Schweiz häufiger oder seltener vorkommen als in anderen fortgeschrittenen Gesundheitssystemen (Zuellig, 2019).

In der Schweiz werden bestimmte Daten von Patientenschädigungen an Spitäler, Haftpflichtversicherer, Kantonsärzte und Patientenschutzorganisationen übermittelt. Die Datenerhebung erfolgt jedoch nicht systematisch. ANQ führt Prävalenzstudien zu Stürzen und Wundliegen (Dekubitus) durch, zwei wesentliche und nicht selten auftretende unerwünschte Ereignisse (adverse events), die Patienten schädigen können. Bei Erwachsenen liegt die Dekubitus-Rate seit mehreren Jahren mehr oder weniger unverändert bei rund 4 %. Auch die Sturzrate, die 2017 bei 3,8 % lag, ist seit vielen Jahren relativ stabil (Zuellig, 2019).

3.2.5 Nosokomiale Infektionen

Nosokomiale Infektion können im Rahmen allgemeiner Studien zu behandlungsbedingten Schädigungen von Patientinnen und Patienten erkannt werden, gezielte Erhebungen liefern aber präzisere Kennzahlen. 2017 führte Swissnoso in 96 Spitälern eine eintägige Punktprävalenzstudie durch. Die Gesamtprävalenz von Patientinnen und Patienten mit mindestens einer HAI in Schweizer Spitälern betrug 5,9 % (gegenüber 6 % in der letzten europäischen Umfrage). In einer anderen Untersuchung lag die Prävalenz von nosokomiale in zwei Universitätsspitälern (tertiary care hospitals) und einem Regional- bzw. Kantonsspital (secondary care hospital) bei 5,6 % und damit nahe an den in anderen europäischen Ländern gemeldeten Raten (Metsini et al., 2018). Ein Bericht über virale HAI in einer Abteilung für Infektionskrankheiten und drei allgemeinpädiatrischen Abteilungen in Finnland und der Schweiz wies eine Häufigkeit von 12 % aus. Dabei entwickelten 2 % der Patientinnen und Patienten im Spital eine Infektion, meist Gastroenteritis, und 10 % innerhalb von 72 Stunden nach der Entlassung. Clostridium-difficile-Infektionen sind in Schweizer Spitälern relativ selten, wobei in

einem Tertiärspital eine Inzidenz von 2,3/10 000 Patiententage festgestellt wurde. In den meisten Fällen erfolgte die Ansteckung durch einen anderen Patienten oder eine andere Patientin wegen inadäquater Infektionskontrollverfahren (Kohler et al., 2013).

3.3 Grundversorgung

Über die Qualität der Grundversorgung in der Schweiz gibt es derzeit nur sehr wenige Routinedaten (Burnand & Al-Gobari, 2019). Einige Informationen zur Infrastruktur sind verfügbar, Ergebnisdaten aber kaum (Chiolero & Rodondi, 2019). Ein ehrgeiziges Überwachungssystem wurde vorgeschlagen, aber die praktische Umsetzung wäre aufgrund der unterschiedlichen Datenqualität und der Kosten für die Datenerhebung und -analyse eine grosse Herausforderung (Ebert et al., 2017). Qualitätsindikatoren liessen sich auch aus Abrechnugsdaten der Kranken- und Unfallversicherer ableiten (Blozik et al., 2018). beispielsweise um den Anteil der Diabetespatientinnen und -patienten zu überprüfen, deren Lipidwerte regelmässig kontrolliert werden.

Die Qualität der Schweizer Grundversorgung war Gegenstand einiger wissenschaftlicher Studien. So wurden bei über 80 % der Patientinnen und Patienten die zur Langzeitbehandlung ihrer koronaren Herzkrankheit vier empfohlenen Assessments durchgeführt und sie erhielten die erforderliche medikamentöse Behandlungen. (Scherz et al., 2016). Bei einigen Erkrankungen scheint die Versorgung nicht den klinischen Richtlinien zu entsprechen. In vier universitären Grundversorgungseinrichtungen erhielten nur 20 % der Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck, 41 % mit Dyslipidämie und 36 % mit Diabetes mellitus alle notwendigen Therapien (Weiler et al., 2014). Obwohl es oft gute Gründe gibt, von klinischen Richtlinien abzuweichen, lässt sich daraus schliessen, dass viele Schweizer Patientinnen und Patienten nicht optimal behandelt werden.

Die Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie beurteilt das Disease Management bei Diabetes insgesamt als gut. In einigen Bereichen, zum Beispiel in der Ernährungsberatung, gibt es aber noch Verbesserungspotenzial. Eine detailliertere Analyse in einem Kanton ergab, dass Routinetests wie die Messung von Blutdruck und Lipidwerten bei über 90 % der Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden, bei vielen aber die Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen fehlten (Peytremann-Bridevaux et al., 2013). Und, nur 70 % der Befragten liessen sich im Vorjahr von einem Augenarzt untersuchen, obwohl beinahe alle wussten, dass der Diabetes ihr Sehvermögen beeinträchtigen könnte (Konstantinidis et al., 2017).

Noch weniger wissen wir über die präventive Versorgung. Die wenigen verfügbaren Daten lassen aber auf erhebliche Unterschiede bei der Versorgung vergleichbarer Patientinnen und Patienten schliessen. So erhielten in einer randomisierten Stichprobe von 1’002 Patientinnen und Patienten zwischen 50 und 80 Jahren aus allen universitären Grundversorgungseinrichtungen der Schweiz 83 % eine Empfehlung für eine Vorsorgeuntersuchung kardiovaskulärer Risikofaktoren, aber nur 35 % für die Früherkennung von Darmkrebs (Collet et al., 2011). Zudem erhalten Flüchtlinge trotz flächendeckender Gesundheitsversorgung weniger präventive Grundversorgung als Schweizer Patientinnen und Patienten (Martin et al., 2014).

Qualitätszirkel der medizinischen Grundversorgerinnen und -versorger (z.B. Hausarztpraxen) treffen sich regelmässig in kleinen Gruppen auf freiwilliger Basis, um ihre Praxis zu reflektieren und zu verbessern (Rohrbasser et al., 2018). In einigen Regionen tauschen sie Daten und Indikatoren aus (z. B. Verschreibungsmuster von Medikamenten und Kosten) und führen lokale Leistungsvergleiche und Peer Reviews durch. In der Schweiz beteiligen sich rund 80 % der Hausärztinnen und Hausärzte aktiv an Qualitätszirkeln (Chiolero & Rodondi, 2019). Auf nationaler Ebene fehlt eine klar definierte und nachhaltige Strategie zur Qualitätsverbesserung der Grundversorgung, es gibt jedoch eine Reihe lokaler und kantonaler Initiativen.

3.4 Psychische Gesundheit

Die Psychiatrie und die Psychotherapie bilden nach der Allgemeinmedizin gemeinsam das zweithäufigste Fachgebiet in der Schweiz. Allerdings sind Einrichtungen und Fachpersonen nicht gleichmässig verteilt. Kleinere Kantone kaufen spezifische Bettenkapazitäten in stationären Einrichtungen ein, die von grösseren, oft weiter entfernt liegenden Kantonen betrieben werden. Das bedeutet, dass weite Teile der Schweiz nach den Standards moderner Gemeindepsychiatrie lokal unterversorgt sind (Ihde-Scholl & Rössler, 2019).

Die Ressourcen scheinen auf die stationäre Versorgung, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich konzentriert zu sein. In der Schweiz ist die Zahl der fürsorgerischen Unterbringungen (FU) hoch. Bei grossen regionalen Unterschieden, wird durchschnittlich jeder/jede fünfte stationäre Patient/in unfreiwillig hospitalisiert (Schuler et al., 2018; Hotzy et al., 2019).

Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie fokussieren idealerweise auf die Prävention und auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten, aber die Ausgestaltung der Leistungen scheint diesen Zielsetzungen nicht wirklich zu entsprechen (Ihde-Scholl, 2019). Vergleichsweise wenig Bedeutung wird Leistungen für Menschen mit chronischen psychischen Problemen oder Krisenbewältigungsangeboten eingeräumt, die eine Hospitalisierung verhindern könnten. Es gibt auch wenig Unterstützung für junge Menschen mit sich anbahnenden psychischen Problemen. Besonders gefährdete Gruppen wie Obdachlose und Flüchtlinge werden nur dann gut betreut, wenn ihre Symptome eine Hospitalisierung erforderlich machen.

Es scheinen nur sehr wenige Daten über die Qualität der psychiatrischen Dienstleistungen in der Schweiz vorzuliegen. Der ANQ veröffentlicht Daten über die Symptome psychiatrischer Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme und Entlassung aus stationären Einrichtungen, aber es gibt keine Evaluation der Wirksamkeit von Therapien. Es ist zwar wichtig, die Symptomlast der Patientinnen und Patienten zu kennen, aber die Versorgungsqualität allein aufgrund dieser Informationen zu ermitteln, ist doch sehr schwierig.

Wie in vielen Ländern gibt die somatische Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Problemen Anlass zur Sorge. Eine Auswertung internationaler Studien ergab, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Problemen im Durchschnitt 10 Jahre kürzer ist als diejenige von Menschen ohne solche Probleme (Walker et al., 2015). Dies liegt zum Teil daran, dass viele Menschen mit psychischen Problemen Selbstmord begehen. Es

gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen (wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs), die auch psychische Gesundheitsprobleme haben, ein deutlich schlechteres Langzeitergebnis haben als Patientinnen und Patienten, die ausschliesslich an somatischen Erkrankungen leiden. Die Gründe dafür sind komplex, aber schlecht integrierte Gesundheitsversorgungsdienstleistungen könnten ein wichtiger Faktor sein (Ihde-Scholl & Rössler, 2019).

3.5 Pflegeheime

Oberstes Ziel in der Pflegeheimversorgung ist, für die dort lebenden Menschen eine gute Lebensqualität zu erhalten und gleichzeitig ihre Sicherheit zu gewährleisten. Die Betreuung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen ist aufgrund von Multimorbidität, Polypharmazie, eingeschränkter Mobilität sowie der mit Demenz verbundenen Verhaltensstörungen und psychologischen Symptome oft komplex. Neben der wirksamen medizinischen Behandlung ist natürlich die Wahrung von Autonomie, Würde und Wohlbefinden zu berücksichtigen (OECD, 2013; Zúñiga, 2019a).

Es gibt keine routinemässig erhobenen nationalen Indikatoren für die Heimpflege. Nach den wenigen verfügbaren Informationen bieten Schweizer Pflegeheime mit dem Ausland vergleichbare Standards, allerding mit erheblichen Unterschieden zwischen einzelnen Heimen. So schwankt beispielsweise die Dekubitusrate bei den Bewohnerinnen und Bewohner zwischen 0 und 19,6 % und die Priorisierung vorbeugender Massnahmen ist sehr unterschiedlich (Courvoisier et al., 2018). Weiterhin besteht in einigen Pflegeheimen erhebliches Verbesserungspotenzial bei der Schmerzkontrolle und Polypharmazie besteht (Zúñiga, 2019a). 2018 führte die Waadtländer Stelle für Infektionsprävention und -kontrolle eine Studie in acht Pflegeheimen durch und stellte fest, dass sich 4,4 % der 562 Bewohnerinnen und Bewohner eine Infektion zugezogen hatten (BAG, 2019).

Über die Erfahrungen der Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen ist wenig bekannt. In einer nationalen Studie in 51 Pflegeheimen bewerteten 71 % der befragten Bewohnerinnen und Bewohner ihre allgemeine Lebensqualität als gut. Sie gaben an, dass ihre Privatsphäre und Würde respektiert würden. Sie fühlten sich jedoch nicht als Individuen behandelt (Sommerhalder, 2015). Nur 33 % gaben an, dass die Pflegefachpersonen Interesse an ihrem Leben zeigten, was die Bildung vertrauensvoller Beziehungen und bereichernde Gespräche zwischen Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern beeinträchtige. Pflegefachpersonen in Schweizer Pflegeheimen berichten von einer Rationierung der Betreuung, insbesondere von sozialen Aktivitäten, emotionaler Unterstützung und Rehabilitation. Folglich leiden viele Bewohnerinnen und Bewohner unter mangelnder persönlicher Zuwendung der Pflegefachpersonen, die wiederum selbst angaben unter Stress und Zeitdruck arbeiten (Zúñiga et al., 2015; Zúñiga, 2019a).

Mehrere nationale Programme befassen sich mit Sicherheits- und Qualitätsfragen in Pflegeheimen. So fördert beispielsweise die Nationale Demenzstrategie die Entwicklung von Gesundheitsleistungen, die Pflegekoordination und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Neben

der Verbesserung der demenzrelevanten Kenntnisse und Kompetenzen unterstützen die teilnehmenden Organisationen betreuende Angehörige und fördern neue Versorgungsmodelle der Pflege und das Datenmonitoring. Die Nationale Strategie Palliative Care fördert die Versorgungsqualität am Lebensende, einschliesslich der Umsetzung einer fortschrittlichen Versorgungsplanung unter Berücksichtigung von Werten und Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner (Zúñiga, 2019a).

3.6 Home Care (Krankenpflege ambulant)

Die alternde Bevölkerung und damit verbundene wachsende Zahl von Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen führen dazu, dass immer mehr Krankenpflege ambulant geleistet werden muss. International haben die Hauspflegedienste in den letzten 10 Jahren rasant zugenommen, ein Trend, der anhalten dürfte (Gershon et al., 2013). Damit nutzen Patientinnen, Patienten und betreuende Angehörige heute in steigendem Masse komplexe medizinische Technologien, die früher Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten im Spital vorbehalten waren.

Die Wahrung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit für gebrechliche ältere Menschen zu Hause ist mit besonderen Herausforderungen verbunden: Betreuende Angehörige tragen oft die Hauptlast der Pflege in einer Umgebung, die primär nicht für die Gesundheitsversorgung geschaffen ist (Lang et al., 2006; Zúñiga, 2019b). Ausgebildetes Pflegefachpersonal verbringt oft nur begrenzt Zeit bei den Klientinnen und Klienten um Beurteilungen vorzunehmen sowie sie und ihre Angehörigen zu beraten und zu betreuen. Zwischen ihren Besuchen haben die Gesundheitspersonal damit wenig direkten Einfluss auf die häusliche Gesundheitsversorgung. Ein proaktiver Ansatz und eine schnelle Reaktion auf auftretende Gesundheitsprobleme können jedoch sehr positive Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Patientinnen und Patienten und auch auf ihre Lebensqualität haben. In Genf konnten durch ein integriertes Versorgungsmodell mit einem multidisziplinären geriatrischen Team für Hausbesuche, das regelmässig Informationen mit den Spitexdiensten austauscht, unnötige Hospitalisierungen und Besuche in Spitalnotaufnahmen reduziert werden (Di Pollina et al., 2017).

Gefährdungen durch Arzneimittel gehören zu den häufigsten Patientensicherheitsrisiken in der häuslichen Pflege. Wichtige Probleme sind Medikationsdiskrepanzen aufgrund widersprüchlicher Informationsquellen sowie Fehler bei der Aufbereitung und Dosierung der Medikamente, wie zum Beispiel unsachgemässes Teilen von Tabletten. Internationale Studien fanden ein hohes Mass an unerwünschten Arzneimittelereignissen (adverse drug events) bei zu Hause versorgten Patientinnen und Patienten, mit über 40 % potenziell inadäquaten Medikationen (Meyer-Massetti et al., 2018). Es gibt nur wenige Schweizer Daten, aber wohl keinen Grund zur Annahme, dass die Schweiz hier eine Ausnahme ist (Zúñiga, 2019b).

In der Schweiz berichtete ein Viertel der Befragten über 65 Jahren, die zu Hause lebten, über mindestens einen Sturz in den vorangegangenen 12 Monaten. Weitere typische unerwünschte Ereignisse (adverse events) zu Hause sind Verletzungen, Infektionen und Probleme mit Medizinprodukten. Potenziell inadäquate Medikationen, Medikationsfehler und unerwünschte Reaktionen auf Arzneimittel sind weit verbreitet (Zúñiga, 2019b).

Die Schweiz hat keine nationalen Standards für die Hauspflege, und bestehenden Standards in den Kantonen sind sehr unterschiedlich ausgestaltet (Zúñiga, 2019b). Zudem gibt es nur wenige evidenzbasierte internationale Richtlinien, die angewendet werden könnten (Harrison et al., 2013; Czakert et al., 2018). 2008 wurde eine Reihe von Qualitätsindikatoren für die Hauspflege entwickelt. Dazu gehören das Vorkommen von Stürzen und Dekubitus, die Durchführung von Medikationsüberprüfung sowie die Registrierung von Überforderung der Pflegenden (Burla et al., 2010). Bislang gibt es aber weder kantonal noch gesamtschweizerisch behördliche Erhebungen solcher Daten oder öffentlich gemeldete Indikatoren für die Versorgungsqualität zu geben.

3.7 Medikationssicherheit

Patientensicherheit Schweiz hat einen umfassenden Überblick über die verfügbaren Informationen zum Umgang mit Heilmitteln und Medikationssicherheit erstellt (Fishman, 2018). Ihre Prüfung der empirischen Forschung ergab, dass die Sicherheit der Medikation im schweizerischen Gesundheitswesen beeinträchtigt ist. Unerwünschte Arzneimittelereignisse und Medikationsfehler sind häufig, und die Polypharmazie und damit verbundene Risiken weit verbreitet (Dörr, & Küng, 2019). Über 27 % der Patientinnen und Patienten erleiden während ihres Spitalaufenthaltes eine unerwünschte Reaktion auf Arzneimittel, und 8–15 % der Patientinnen und Patienten insgesamt haben schon ein unerwünschtes Arzneimittelereignis in irgendeiner Form erlebt (Fishman et al., 2018). Internationale Studien deuten darauf hin, dass 3,5 % der Notfallaufnahmen in europäischen Spitälern auf unerwünschte Arzneimittelereignisse zurückzuführen sind (Bouvy et al., 2015).

Polypharmazie, definiert als die Einnahme von mindestens fünf verschiedenen Medikamenten, kommt bei älteren Menschen häufig vor und weist möglicherweise auf unnötige oder inadäquate Medikationen hin. In einer kürzlich durchgeführten europäischen Studie lagen die Polypharmazie-Raten zwischen 26 % und 40 %. Die Schweiz gehörte hier zu den Ländern mit der niedrigsten Gesamtprävalenz, was aber immer noch bedeutet, dass ein Viertel der älteren Schweizerinnen und Schweizer potenziell inadäquate Medikamente einnimmt (Midao et al., 2018). In einer kürzlich durchgeführten Studie mit Daten von vier Krankenversicherern erhielten 22,5 % der über 65-Jährigen in der Schweiz potenziell inadäquate Medikationen, was ein erhöhtes Risiko für Notaufnahmen im Spital birgt (Reich et al., 2014). Kontraindizierte oder potenziell kontraindizierte Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln betreffen in der Schweiz mehr als eine/n von hundert Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung (Bucher et al., 2016).

Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten haben für die ganze Schweiz die Einführung eines systematischen Medikationsabgleichs bei Spitaleintritt empfohlen. Ein solcher wird derzeit jedoch nur in einem Schweizer Spital durchgeführt (Muff et al., 2019). Die Umsetzung anderer Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheit der Medikation wie z. B. computergestützte Verschreibungssysteme und standardisierte Medikationsabläufe brachten Fortschritte mit sich (Ceschi, 2019). Die Pharmakovigilanz wurde durch die verstärkte Nutzung von On-

line-Meldeverfahren, die internationale Zusammenarbeit und die Harmonisierung von Systemen gestärkt. Swissmedic hat zudem eine Arbeitsgruppe mit Patienten- und Konsumentenorganisationen als Plattform für den Informationsaustausch eingerichtet (Dörr, & Küng, 2019).

Die in einigen Regionen der Schweiz lancierte «Smarter Medicine»-Kampagne soll Massnahmen und Interventionen zur Optimierung medikamentöser Behandlungen fördern und unnötige medizinische Tests, Behandlungen und Verfahren wie z. B. nutzlose Arzneimitteltherapien verhindern. So hat ein Spitalnetzwerk in der Südschweiz ein System zur kontinuierlichen Überwachung von Neuverschreibungen eingeführt. Der Fokus lag zunächst auf Protonenpumpenhemmern und Benzodiazepinen und es wurden positive Ergebnisse erzielt; eine Ausweitung auf andere Medikamente ist vorgesehen (Ceschi, 2019).

Tabelle 3.1 Internationale Vergleiche: relevante Ergebnisse

Klinischer Kontext	Studienzweck	Ergebnisse
Grössere chirurgische Eingriffe (Pearse et al., 2013)	Kohortenstudie zur nicht-kardialen Chirurgie bei Erwachsenen in 498 Spitälern in 28 europäischen Ländern mit 60-tägigem Follow-up	Die nicht adjustierten Sterblichkeitsraten waren in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich (1,2–21,5 %). Die Spitalsterblichkeitsrate in der Schweiz war niedrig und entsprach Platz 9 von 28 Ländern bei der bereinigten Sterblichkeit.
Nosokomiale Infektionen (Metsini et al., 2018)	Prävalenzuntersuchung zu healthcare-assoziierten Infektionen in drei grossen Schweizer Gesundheitszentren	Nosokomiale Infektionen wurden bei 5,6 % der Patientinnen und Patienten festgestellt, was nahe beim europäischen Durchschnitt von 5,9 % lag.
Probleme in der Grundversorgung (Macinko et al., 2015)	Befragung von 20 000 erwachsenen Patientinnen und Patienten in 11 Ländern zur Beurteilung verschiedener Aspekte der Grundversorgung wie Zugang, Versorgungskoordination und Kommunikation	Die durchschnittliche Anzahl der von Patientinnen und Patienten angegebenen Probleme in der Grundversorgung betrug in der Schweiz 1,8 und lag damit unter dem Durchschnitt von 2,1 in allen Ländern.
Grundversorgung (Riordan et al., 2018)	Befragung von 532 älteren Menschen, die nicht in Pflegeeinrichtungen lebten	Die Prävalenz potenziell inadäquater Verschreibungen betrug in der Schweiz 17 %, in den Niederlanden 13 % und in Irland 9 %. Die unterlassenen Verschreibungen beliefen sich auf 25 % in der Schweiz und den Niederlanden und auf 14 % in Irland.
Polypharmazie bei älteren Menschen (Erhebung über Gesundheit, Altern und Ruhestand in Europa) (Midao et al., 2018)	Daten zu Gesundheit, sozioökonomischem Status sowie sozialem und familiärem Netz von etwa 140 000 Personen ab 50 Jahren in 27 europäischen Ländern	Im Durchschnitt nehmen 32,1 % der älteren Menschen in Europa fünf oder mehr Medikamente pro Tag. Die Polypharmaziequote lag damit zwischen 26 % und 40 %. Die Schweiz gehörte zu den Ländern mit der geringsten Prävalenz (26 %).
Sicherheitsklima und Qualitätswahrnehmung in Schweizer Spitälern (Ausserhofer et al., 2013)	Befragung von 33 659 Pflegefachpersonen in 488 Spitälern in 12 europäischen Ländern, darunter 1593 Pflegefachpersonen in 120 Abteilungen in 34 Schweizer Spitälern	Ein Fünftel der Schweizer Pflegefachpersonen gaben an, dass ihre Abteilung eine schlechte oder mässige Versorgungsqualität aufweist (internationaler Median 23 %), während 4 % von einer schlechten oder mässigen Versorgungssicherheit berichteten (internationaler Median 6 %).

Unterlassene Pflegeleistungen im Spital (Ausserhofer et al., 2014)	Befragung von 33 659 Pflegefachpersonen in 488 Spitälern in 12 europäischen Ländern, darunter 1593 Pflegefachpersonen in 120 Abteilungen in 34 Schweizer Spitälern	Die am häufigsten fehlenden Pflegeleistungen waren 'Zuspruch für / Gespräch mit Patientinnen und Patienten' (53 %), 'Weiterentwicklung oder Aktualisierung von Pflegeplänen' (42 %) und 'Schulung von Patient/innen und Familien' (41 %). Die Schweizer Ergebnisse lagen über dem Durchschnitt und ähneln denjenigen der Niederlande und Schwedens.

3.8 Kommentar

Die auffälligste Erkenntnis aus dieser kurzen Übersicht ist, dass über die Qualität und Sicherheit in der schweizerischen Gesundheitsversorgung relativ wenig bekannt ist. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gibt es nur sehr wenige nationale Indikatoren, und sowohl einrichtungsinterne wie auch interregionale Überwachungssysteme für die Qualität der Versorgung scheinen sich auf ein Minimum zu beschränken. Die OECD hielt vor einigen Jahren fest, dass die Bewertung der Versorgungsqualität im gesamten Schweizer Gesundheitssystem nicht ausreicht, um das Qualitätsniveau zu überwachen und damit Patientinnen und Patienten, Versicherern und Regierungen zu ermöglichen, fundierte Entscheidungen in Bezug auf Leistungserbringer und Art der Versorgung zu treffen (OECD, 2011). Die Verfügbarkeit von Informationen sowie die Mechanismen zur Qualitätssicherung wurden insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung als fragmentiert und unzureichend kritisiert (De Pietro et al., 2015). Es bedarf umfassender nationaler Anstrengungen, um die Daten zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitssystem zu verbessern.

Gemäss den vorliegenden Informationen (Tabelle 3.1) entspricht das Niveau der Versorgung generell anderen fortschrittlichen Gesundheitssystemen, ist aber wesentlich teurer. Die Gesamteinschätzung dürfte jedoch erhebliche Unterschiede innerhalb der Schweiz überdecken, und die aufgezeigten Probleme in der Patientenversorgung sind bedenklich (Kasten 3.1). Wie in vielen Ländern gibt die Versorgung von gebrechlichen älteren Menschen und Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen Anlass zur Sorge. Die Studie über die schädigenden Ereignisse in einem einzelnen Spital zeigt vergleichbare Werte wie in anderen europäischen Ländern. Es ist erstaunlich, dass die Schweiz im Gegensatz zu vielen anderen Ländern nicht versucht hat, das Ausmass behandlungsbedingter Schädigungen im gesamten Gesundheitssystem zu ermitteln.

Der Mangel bei der Medikationssicherheit scheint im schweizerischen Gesundheitssystem ein dringendes Problem darzustellen. Studien deuten auf eine hohe Rate unerwünschter Arzneimittelereignisse und inadäquater Verschreibungen unter verschiedensten Umständen hin. Es gibt aber kaum routinemässige Datenerhebungen, insbesondere in der ambulanten Versorgung. In der Schweiz gibt es keine umfassende nationale Strategie zur Medikationssicherheit und die Vorschriften hierzu sind in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich.

Es gibt einige gut entwickelte und wirksame nationale Überwachungssysteme. So stellen die Erhebungen von Swissnoso zu postoperativen Wundinfektionen, die Teil der nationalen ANQ-Indikatoren sind, ein hervorragendes Beispiel für eine rigorose, systematische Datenerhebung von wichtigen Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren und ein beeindruckendes Engagement für Transparenz und öffentliche Berichterstattung dar (Troillet et al., 2017; Kuster et al., 2017). Dieser Ansatz kann als Modell für die Entwicklung und Veröffentlichung einer umfassenden Palette aussagekräftiger Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren im gesamten Schweizer Gesundheitssystem dienen.

Box 3.1 Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen: einige beunruhigende Fakten

In einer kürzlich durchgeführten Studie mit Daten von vier Krankenversicherern war die Medikation von 22,5 % der über 65-Jährigen in der Schweiz potenziell inadäquat, was mit einem höheren Risiko für Notaufnahmen im Spital verbunden war.

Zwischen 8 und 15 % der Patientinnen und Patienten werden während ihres Spitalaufenthaltes Opfer eines unerwünschten Arzneimittelereignisses.

Eine Studie in einem Schweizer Spital ergab, dass 12,3 % der Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in irgendeiner Form zu Schaden kommen. Der grösste Teil dieser Schädigungen war zwar geringfügig, aber einige hatten gravierend Folgen oder waren tödlich. Fast die Hälfte dieser behandlungsbedingten Schädigungen hätte mit einem guten Versorgungsstandard verhindert werden können. Die Ergebnisse dieser Studie und internationaler Studien lassen darauf schliessen, dass in der Schweiz jedes Jahr rund 100 000 Spitalpatientinnen und -patienten durch die Gesundheitsversorgung zu Schaden kommen.

Fachverbände empfehlen die Einführung eines systematischen Medikationsabgleichs bei Spitaleintritt. Heute ist dies jedoch nur in einem Schweizer Spital üblich.

Bei hospitalisierten Erwachsenen beträgt die Dekubitusrate insgesamt 4 % und die Sturzrate 3,8 %.

Bei der letzten nationalen Handhygiene-Kampagne ergab die Auswertung, dass das Spitalpersonal die Richtlinien zur Handhygiene nur in 53 % der Fälle einhält.

Eine nationale Studie in 163 Pflegeheimen zeigte, dass 1,7 % der Bewohnerinnen und Bewohner während ihres Aufenthalts an Dekubitus litten, 2,0 % waren gestürzt und hatten sich dabei verletzt, und 5,1 % hatten sich in den letzten 30 Tagen Harnwegsinfektionen zugezogen. Und, etwa 10 % der Pflegefachpersonen hatten mehr als einmal im Monat verbale oder emotionale Gewalt gegen ältere Menschen und deren Vernachlässigung durch das Personal miterlebt.

Die Einführung von Offenlegungsrichtlinien in den Schweizer Spitälern verlief schleppend. Im Jahr 2011 ergab eine Querschnittsbefragung in Schweizer Spitälern, dass 38 % (78/205) keine Richtlinien planten, die das Personal unterstützen, Fehler offen mit den Patientinnen und Patienten zu besprechen.

Bei einer Umfrage unter Schweizer Anästhesistinnen und Anästhesisten im Jahr 2012/2013, bei der die emotionalen Auswirkungen von medizinischen Fehlern untersucht wurden, gaben nur 10 % der Anästhesistinnen und Anästhesisten an, dass ihre Spitäler sie bei der Stressbewältigung nach medizinischen Fehlern angemessen unterstützen. Nur wenige hatten eine Schulung durchlaufen, um Patientinnen und Patienten über Fehler zu informieren.

(Diese Beispiele stammen alle aus den in Anhang I aufgeführten Kurzberichten.)

4 Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit in der Schweiz

In der Schweiz setzen sich Gesundheitsfachpersonen auf vielfältige Weise dafür ein, die Gesundheitsversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dieses Engagement lässt sich in einem einzigen Bericht nicht abbilden. Stattdessen beschreiben wir im Folgenden neuere nationale Initiativen und ausgewählte Verbesserungsprojekte, um die unternommenen Anstrengungen zu veranschaulichen und das Potenzial für weiterführende Innovationen und Verbesserungen aufzuzeigen.

4.1 Nationale Initiativen

Patientensicherheit Schweiz führt seit 2012 nationale Programme zur Verbesserung der Patientensicherheit durch. Die Initiative «Sichere Chirurgie» war integraler Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes. Sie umfasste ein Kooperationsprogramm in zehn Pilotspitälern zur Einführung der WHO-Checkliste für sichere Chirurgie und zur Verbesserung des Sicherheitsklimas und der Teamarbeit. Zentrale Elemente waren vier überbetriebliche Workshops sowie betriebsinterne Aktivitäten wie die Anpassung der Checkliste, die Ausbildung und Schulung der Mitarbeitenden (Mascherek et al., 2013; Genoni, 2019). Das Programm verbesserte sowohl das Wissen über die Checkliste als auch deren Anwendung (Mascherek et al., 2017).

Das zweite Pilotprogramm (2014–2017) befasste sich mit dem Medikationsabgleich in Akutspitälern. Dieser umfasst die systematische Erstellung einer Liste aller Arzneimittel, die eine Patientin oder ein Patient derzeit einnimmt, und den konsequenten Gebrauch dieser Liste durch alle beteiligten Leistungserbringer, die Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen. Die Methode verbessert nachweislich die Kommunikation an Behandlungsschnittstellen und reduziert Medikationsfehler und unerwünschte Arzneimittelereignisse (Kwan et al., 2013). Sie wurde in mehreren Spitälern eingeführt, und nützliche Schulungsmaterialien wurden erarbeitet. Allerdings war keine Auswertung der klinischen Wirkung möglich.

2015–2018 führten Patientensicherheit Schweiz und Swissnoso gemeinsam das dritte nationale Pilotprogramm «Sicherheit bei Blasenkathetern» durch. Dieses hatte zum Ziel, den Einsatz von Blasenkathetern und damit die Häufigkeit von Blasenkatheter assoziierten Harnwegsinfektionen zu reduzieren, eine der häufigsten Ursachen für nosokomiale Infektionen. In den sieben Pilotspitälern wurde die Notwendigkeit einer Katheterlegung häufiger überprüft und die Katheternutzung ging signifikant zurück. Auch traten weniger nichtinfektiöse Komplikationen auf. Die Häufigkeit von Harnwegsinfektionen war in den Pilotspitälern von Beginn an sehr niedrig und ging nicht weiter zurück (Niederhauser et al., 2018; Sax, 2019). Gegenstand des derzeit laufenden vierten Programms ist die sichere Medikation in Pflegeheimen. Im Juni 2019 hat Patientensicherheit Schweiz das nächste nationale Programm zum Thema sichere Chirurgie namens «COM-Check» angekündigt.

Diese Programme haben das Bewusstsein für Verbesserungen von Behandlungsqualität und Patientensicherheit geschärft und wichtige Beiträge zu spezifischen klinischen Zielen geleistet. Der Nachweis der klinischen Wirkung gestaltete sich dagegen schwieriger. Auch stellten sich

zahlreiche Herausforderungen, aus denen sich aber wichtige Schlüsse ziehen lassen für künftige regionale oder nationale Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit in der Schweiz. Beispielsweise waren sich leitende Mitarbeitende in den Spitälern ihrer Rolle in den Programmen und generell im Bereich der Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit nicht voll bewusst. Ausserdem ist nur ein kleiner Anteil des klinischen Personals im Bereich der Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit geschult. Deshalb brauchte es zuerst eine Grundausbildung, bevor ein Programm umgesetzt werden konnte (Kobler et al., 2013).

4.2 Regionale und lokale Initiativen

Die meisten Verbesserungsaktivitäten werden nicht in Fachartikeln publiziert, was aber ihren Wert und ihre Bedeutung sowohl für das Personal als auch die Patientinnen und Patienten nicht schmälert (Schneider, 2019). So wurde zum Beispiel die Allianz Peer Review Schweiz mit dem Ziel gegründet, ein national einheitliches interprofessionelles Peer-Review-Verfahren in der Akutpflege einzuführen (Bosshard et al., 2019; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK 2019). Qualitätszirkel, in denen Gruppen von Gesundheitsfachpersonen gemeinsam ihre Alltagspraxis reflektieren und verbessern, sind in der schweizerischen Grundversorgung weit verbreitet (Rohrbasser et al., 2018; Chiolero & Rodondi, 2019).

In der Regel bilden publizierte Untersuchungen fortgeschrittene und besser evaluierte Programme besser ab und können Hinweise auf breiter abgesteckte Aktivitäten im Bereich Qualität und Patientensicherheit geben. Massnahmen zur Steigerung der Qualität und der Patientensicherheit zielen auf die Verbesserung der klinischen Ergebnisse, der Patientenerfahrung, der Effizienz, des Zugangs, der Gleichbehandlung sowie weitere Themen ab. Zur Veranschaulichung der schweizerischen Verbesserungsstudien fassen wir nachfolgend kurz die Ergebnisse zu drei Themenbereichen zusammen, die in der begleitenden Literaturanalyse vertieft betrachtet wurden (Manser et al., 2019).

4.2.1 Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheit des Medikationsprozesses

Die Medikationssicherheit hat weltweit seit vielen Jahren Priorität, und verschiedene Studien haben medikationsassoziierte unerwünschte Ereignisse (adverse drug events) in der Schweizer Gesundheitsversorgung untersucht (Huckels-Baumgart & Manser, 2014). Die Literaturanalyse identifizierte sieben Studien, welche die Verbesserung der Sicherheit auf verschiedenen Stufen des Medikationsprozesses beleuchten. Die meisten bestanden aus einer eng definierten Massnahme, wie zum Beispiel der standardisierten Medikationsanamnese oder spezifischen Verbesserungen in der Arbeitsplatzgestaltung (Manser et al., 2019). Pagnamenta et al. (2012) setzten während 24 Monaten eine komplexe Intervention auf einer Intensivstation um, mit der die Anzahl Medikationsfehler signifikant reduziert werden konnte. Sie kombinierten dabei mehrere prozess- und betriebsmittelorientierte Komponenten, zum Beispiel die Einführung eines elektronischen Basisrezepts und die klare, standardisierte Kennzeichnung von Medikamenten, die in einer Infusion (und nicht als Bolus) verabreicht werden müssen. In einem kürzlich erschienenen Artikel zeigten Giannini et al. (2019), dass eine optimierte, von einer Pharmazeutin oder

einem Pharmazeuten geleitete Medikamentenanamnese den Medikationsabgleich bei Spitaleintritt verbessert.

Ein weiteres Beispiel einer komplexen, längerfristigen Massnahme ist die von der «Fédération des hôpitaux vaudois» lancierte «Breakthrough Collaborative» zur Verringerung von unerwünschten Arzneimittelereignissen. Eine Reihe verschiedener Massnahmen (z.B. die Identifizierung von Hochrisikomedikationen und verbesserte Prüfabläufe) wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten implementiert. In sämtlichen Spitälern wurden Abweichungen zwischen den verschriebenen und den zur Verabreichung vorbereiteten Arzneimitteln sowie unerwünschte Arzneimittelereignisse beobachtet. In den Spitälern, die das Programm länger als zwei Jahre aufrechterhielten, nahmen die Fehlverabreichungen von Arzneimitteln und unerwünschten Arzneimittelereignisse um 50 Prozent ab. Zu den Erfolgsfaktoren gehörten der betriebsinterne Status des Projekts, die Unterstützung der Führungskräfte und eine anhaltende Fokussierung auf Messungen (Staines et al., 2015).

4.2.2 Checklisten für Chirurgie und Anästhesie

Die WHO-Checkliste für sichere Chirurgie bezweckt die Prüfung patientensicherheitsrelevanter Informationen vor, während und nach operativen Eingriffen zu verbessern (Vats et al., 2010). Cullati et al. (2013) beobachteten in Schweizer Spitälern zwar eine verbreitete Nutzung der Checkliste, aber unterschiedliche Compliance beim abschliessenden Sign-out-Verfahren. Mascherek et al. (2017) erfassten in einem nationalen Programm eine signifikante Zunahme der selbstberichteten Häufigkeit der Checklistenanwendung sowie verbessertes Anwendungswissen und damit einhergehend eine höhere Nutzungszufriedenheit. Nur eine Schweizer Studie zeigte eine Auswirkung auf die Patientenergebnisse: eine signifikante Abnahme der Re-operationsrate infolge postoperativer Wundinfektionen (Lubbeke et al., 2013). Alle anderen Ergebnismessungen zeigten keine signifikante Änderung.

Zwei weitere Studien evaluierten eine Checkliste für das Anästhesieteam. Tscholl et al. (2015) und stellten keine Auswirkung auf die klinische Leistung fest. Es zeigte sich aber, dass die Checklistenanwendung zu besseren Kenntnissen über patientensicherheitsrelevante Informationen und einer verstärkten Wahrnehmung der Teamarbeit beitrug. Auch videobasierte Schulungen zur Teamarbeit erhöhten die Protokolleinhaltung bei der Ausführung patientensicherheitsrelevanter Tätigkeiten (Kandler et al., 2016).

4.2.3 Simulationstraining im Team

In der Schweiz arbeitet das Departement Anästhesiologie des Universitätsspitals Basel seit 1994 in Forschung und Ausbildung mit Patientensimulatoren. Mehrere profilierte Forschungsgruppen, die Teamleistungen untersuchen, sind in der Schweiz ansässig und haben massgebend zur Literatur über Schulungen von Teamarbeit in diesen Settings beigetragen (Seelandt et al., 2014). Bei der Literaturanalyse stiess man auf lediglich drei Studien zu Massnahmen zur Schulung von Teamarbeit, die sehr unterschiedliche Verbesserungsziele hatten (Manser et al., 2019). Alle drei Studien verwendeten Simulationstechnologien, allerdings bewertete keine deren Einfluss auf die tatsächliche Teamleistung oder die klinischen Resultate. In einem grossen

Spital wurden alle Mitglieder eines Geburtshilfeteams geschult, aber die Evaluation ihrer Wirkung basierte nur auf Selbstberichten anstelle von objektiveren Indikatoren der Teamleistung und der Patientensicherheit (Haller et al., 2008). Zimmermann et al. stellten positive Trainingseffekte sowohl in technischen als auch nichttechnischen Leistungsaspekten fest, die wiederum auf der Analyse von selbstberichteten Einschätzungen der Studienteilnehmenden basierte (Zimmermann et al., 2015). Eine dritte Studie wies eine positive Auswirkung auf die technische Leistung von Chirurginnen und Chirurgen in Ausbildung bei spezifischen Tätigkeiten nach (Rosenthal, 2013). Nur sehr wenige Publikationen werteten andere Formate für Schulungen von Teamarbeit aus, wie zum Beispiel die international sehr verbreitete TeamSTEPPS-Methode (Weld et al., 2015; Staines et al., 2019).

4.2.4 Wirtschaftliche Beurteilung der Programme

Massnahmen im Bereich Patientensicherheit und Qualität haben in erster Linie die Verbesserung der Patientenversorgung und des Arbeitsalltags des Personals zum Ziel. Aber jede Massnahme verursacht natürlich Kosten in Form des Arbeitszeitaufwands des Personals und erfordert oftmals zusätzliche Ressourcen. Auf lokaler Ebene ist das Management aufgrund finanzieller Vorgaben oder anderer Sachzwänge solchen Initiativen gegenüber manchmal zurückhaltend, selbst wenn sich diese nachweislich positiv auswirken könnten. Finanzielle Anreize können die Qualität der Versorgung gar beeinträchtigen, dann nämlich, wenn Versicherer oder die öffentliche Hand Behandlungen vergüten, die erst aufgrund vermeidbarer Komplikationen nötig geworden sind (Wasserfallen, 2019).

Überraschenderweise finden sich, insbesondere in der Schweiz, nur wenige Daten zu den ökonomischen Aspekten von Qualitäts- und Sicherheitssystemen und ihren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Es gibt aber einige wenige Beispiele von Qualitätsverbesserungsprogrammen, die auch eine wirtschaftliche Evaluation beinhalten. Die «Enhanced Recovery After Surgery»-Initiative (ERAS) wurde in den späten 1990er-Jahren initiiert. Das Ziel von ERAS ist die Verbesserung der Patientenvorbereitung vor dem Eingriff, die Reduktion chirurgischer oder anästhetischer Traumata während des Eingriffs und die Verbesserung der Erholung nach dem Eingriff durch eine Kombination von 20 Einzelmassnahmen im Versorgungsprozess (Ljungqvist et al., 2017). Die erste Einführung von ERAS generierte in einem Schweizer Tertiärspital einen Kostenanstieg von CHF 1’200 pro Patient/in. Dieser wurde aber kompensiert durch die gleichzeitige Einsparung von CHF 1’981 pro Patient/in, die sich hauptsächlich aus der fast 50% kürzeren Spitalaufenthaltsdauer nach abdominalchirurgischen Eingriffen und noch grösseren Einsparungen nach thoraxchirurgischen Eingriffen ergab (Wasserfallen, 2019).

Da das Programm auf eine Verbesserung der Patientenversorgung statt auf Kosteneinsparungen abzielt, sind chirurgische Teams offen für ERAS. Der wirtschaftliche Aspekt gibt ERAS zusätzliche Legitimität und rechtfertigt die Einführung im gesamten Gesundheitswesen. Nicht alle Verbesserungsmassnahmen können unter wirtschaftlichen Aspekten evaluiert werden. Aber es spricht einiges dafür, bei grösseren regionalen oder nationalen Programmen neben der klinischen Evaluation auch eine wirtschaftliche Auswertung einzubeziehen (Wasserfallen, 2019).

4.3 Unterstützung für Patientinnen und Patienten, Betreuende und Personal nach schädigenden Ereignissen

Vielen Patientinnen und Patienten werden während einer Behandlung Opfer von Fehlern – manchmal auch ohne dass sie es selber bemerken –, und bei einigen führt es zu Gesundheitsschädigungen. Dabei kann es sich um kleinere Unannehmlichkeiten handeln, die störend oder unangenehm sind, wobei auch schwere Behinderungen oder gar Todesfälle vorkommen. So gravierende Ereignisse haben in den meisten Fällen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Personal psychische Folgen, die von Besorgnis und Ängsten bis zu Depressionen oder gar Verzweiflung gehen können. Diese Erfahrungen werden oft nicht in ihrer vollen Tragweite erfasst. Vorbedingung für eine nützliche und wirksame Unterstützung sind jedoch Kenntnisse über die Auswirkungen solcher behandlungsbedingten Verletzungen (Vincent, 2010).

4.3.1 Offenlegung schädigender Ereignisse

In vielen Ländern wird die Offenlegung von Fehlern gegenüber Patientinnen und Patienten heute generell als ethische, professionelle und gesetzliche Pflicht angesehen und gilt als zentral für die Wiederherstellung des Vertrauens zwischen der Patientin oder dem Patienten und dem Behandlungsteam. Der Offenlegungsprozess kann variieren, umfasst aber in der Regel ein Eingeständnis des Fehlers oder Schadens, eine sachliche Erklärung über das Geschehene, ein Ausdruck des Bedauerns oder eine Entschuldigung. Dazu kommen das Angebot praktischer und emotionaler Unterstützung und eine Erläuterung der zur Bewältigung des Vorfalls eingeleiteten Schritte und vorbeugenden Massnahmen, um eine Wiederholung auszuschliessen. Eine faire und respektvolle Offenlegung wird mit einigen positiven Auswirkungen in Verbindung gebracht: Unter anderem fördert sie die Genesung der Patientinnen und Patienten und die Erholung der betreuenden Angehörigen, stellt das Vertrauen in das Behandlungsteam wieder her und kann die Notwendigkeit einer Wiedergutmachung, wo finanzielle Unterstützung nicht wesentlich ist, reduzieren (McLennan, 2019).

Patientensicherheit Schweiz hat diverse unterstützende Schulungsmaterialien und Ausbildungskurse zum Thema Offenlegung von Fehlern gegenüber Patientinnen und Patienten entwickelt. Solche Gespräche sind emotional anspruchsvoll und erfordern Einfühlungsvermögen, Kommunikationsgeschick und ein präzises Verständnis des Offenlegungsprozesses (Hannawa, 2017). In jeder Versorgungseinrichtung sollte ein Kernteam ein Fachtraining erhalten, um Kolleginnen und Kollegen sowie betreuenden Angehörigen beistehen zu können und den Offenlegungsprozess zu unterstützen (Hannawa, 2019; McLennan, 2019).

Die Implementierung von Richtlinien zur Offenlegung von Fehlern in Schweizer Spitälern geht nur langsam voran (Staender, 2019). 2011 hatte weniger als die Hälfte aller Spitäler solche Standards eingeführt, und mehr als ein Drittel hatte keine in Planung (McLennan et al., 2013). Viele Spitäler verweisen die Patientinnen und Patienten und ihre Betreuenden schon früh an die Beschwerde- oder die Rechtsabteilung, was eine gütliche Lösung deutlich erschwert (McLennan, 2019).

Juristische Befürchtungen und die formalen Anforderungen von Versicherungen wurden als die zwei grössten Hindernisse für die Meldung und die Bewältigung von medizinischen Fehlern identifiziert. Auch wenn die Fokussierung auf das Gesetz oft fehl am Platz ist, haben Studien in der Schweiz einige potenziell beträchtliche rechtliche Hürden für die Unterstützung von Opfern aufgezeigt (McLennan et al., 2015a). Die meisten Haftpflichtversicherungen in der Schweiz raten offenbar davon ab, nach einem Fehler das Gespräch mit der geschädigten Person zu suchen, und unterbinden jegliche Kommunikation, sobald ein Schaden geltend gemacht wird (McLennan, 2019). Diese Haltung behindert die Unterstützung der Betroffenen nach einem medizinischen Fehler massiv.

4.3.2 Unterstützung der Mitarbeitenden nach Fehlern und schädigenden Ereignissen

Fachpersonen, die an einer Behandlung, bei der eine Patientin oder ein Patient zu Schaden kam, beteiligt waren, können verschiedene negative Folgen erleiden (Wu, 2000). Nach gravierenderen Fehlern kann es zu Burnout, Schlafproblemen, Depressionen, Flashbacks und Selbstkritik kommen, was nicht nur ihrer eigenen Gesundheit schadet, sondern auch die Fähigkeit beeinträchtigt, Patientinnen und Patienten sicher und einfühlsam zu versorgen (McLennan et al., 2015b).

Patientensicherheit Schweiz hat als erste Organisation in Europa die Problematik der «Zweitopfer» systematisch aufgearbeitet (Von Laue et al., 2011) und eine umfassende Übersicht zum Thema sowie Empfehlungen vorgelegt, was Führungskräfte, Kolleginnen und Kollegen und Betroffene nach einem unerwünschten Ereignis (adverse event) wissen und tun sollten. Dennoch scheint es in vielen Spitälern noch immer kein offizielles Unterstützungsprogramm zu geben, und Hilfe wird nur unsystematisch und punktuell geleistet. Die FMH bietet Ärztinnen und Ärzten über das Unterstützungsnetzwerk ReMed Hilfe an (McLennan, 2019).

4.4 Kommentar

Erwiesenermassen gibt es in diesen ausgewählten Bereichen eine ganze Reihe von Implementierungs- und Forschungsarbeiten zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Allerdings dürften ihre Reich- und Tragweite landesweit begrenzt sein. Die Messung der klinischen Auswirkungen der meisten Massnahmen ist zudem wenig zuverlässig und auf die Nachhaltigkeit von Verbesserungen wird kaum je eingegangen.

Die nationalen Programme waren wertvoll, aber auch sie bewegten sich mit generell weniger als zehn mitwirkenden Organisationen und kaum systematisch durchgeführten Folgeauswertungen in einem eher kleinen Rahmen. Die Checkliste für sichere Chirurgie beispielsweise dürfte heute in der Schweiz zwar stärker verbreitet sein als zum Zeitpunkt des ersten nationalen Kooperationsprogramms. Bislang existieren aber in der Schweiz nur vereinzelt Nachweise der international beobachteten positiven Auswirkungen auf die Teamarbeit, die Kommunikation und die Patientenergebnisse.

Auch hinsichtlich der Wirksamkeit von Simulationstrainings im Team ist die Evidenz relativ bescheiden. Schulung von Teamarbeit ist ressourcenaufwändig und die Wirkungsevaluation

methodologisch nicht einfach. Trotzdem hätten wir uns angesichts der Pionierarbeit der Schweiz ein umfangreicheres Portfolio an Studien zu Massnahmen zur Schulung von Teamarbeit erhofft, einschliesslich der erforderlichen Kontrollen und Evaluation der Teamleistung sowie der klinischen Ergebnisse.

Die Schweiz hat einige wichtige Schritte in Richtung eines gerechteren und sorgsamen Umgangs mit jenen Menschen gemacht, die Opfer von medizinischen Fehlern wurden. Allerdings gibt es landesweit sehr unterschiedliche Regelungen, und ihre Umsetzung ist lückenhaft. Es braucht nationale Strategien und Richtlinien, ergänzt mit Unterstützung und Schulung, denn die Offenlegung von Fehlern und die Unterstützung von Betroffenen kann emotional belastend sein. Dass gewisse Versicherungsunternehmen offensichtlich von der Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten abraten, ist in diesem Zusammenhang stossend und bedarf der Klärung.

Die Schweiz verfügt sowohl über die Ressourcen als auch das Fachwissen, um substanzielle Verbesserungsprogramme zu lancieren und massgeblich zur internationalen Forschungsliteratur im Bereich Implementation Science und Evaluation beizutragen. Dies bedingt jedoch die Planung und Umsetzung grösserer Studien und Programme mit solider wissenschaftlicher Basis und formeller Evaluation der klinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen sowie deren Nachhaltigkeit in der klinischen Praxis.

Obwohl viele Fachpersonen sich individuell in Qualitätszirkeln und anderen Foren engagieren, scheint die Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit für die Gesundheitseinrichtungen keine strategische Priorität zu haben. Leistungserbringende Organisationen im Gesundheitswesen müssen ihren Fokus auf die Kapazitätsoptimierung und die Durchführung lokaler Programme, die die nationalen Initiativen ergänzen und unterstützen, deutlich verstärken.

5 Aufbau notwendiger Voraussetzungen und Fähigkeiten für die Qualitätsverbesserung und Innovation

Informationen und Massnahmen zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit sind notwendig, reichen aber zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung nicht aus. Gesundheitseinrichtungen müssen auch über entsprechende Voraussetzungen und Fähigkeiten verfügen diese in der Alltagspraxis zu implementieren (Burnett et al., 2010). Für den Erfolg eines Programms sind das Engagement des obersten Kaders und die Einbindung der Ärzteschaft entscheidend. Darüber hinaus bedarf es ausreichender Ressourcen, eine sorgfältige Programmleitung und die Auseinandersetzung mit Werten, Einstellungen und Kultur.

Sich zu verbessern ist eine Herausforderung. Noch anspruchsvoller ist es allerdings, den Wandel über lokal vorhandene Exzellenz hinaus in der ganzen Organisation zuverlässig und effektiv umzusetzen und nachhaltig zu verankern. Um die Gesundheitsversorgung umfassend zu verbessern, gilt es, den Fokus ebenso auf die Verbesserungsfähigkeit der Organisation wie auf die Umsetzung der Massnahmen zu richten. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit braucht es eine entsprechende Verankerung in der Organisationskultur sowie eine Vision und langfristige Strategie (Øvretveit & Staines, 2007). Weiter müssen die Organisationen eine Infrastruktur für die Qualitätsverbesserung aufbauen. Dazu gehören ein Informationssystem für die Nachverfolgung von Veränderungen, langfristig verfügbare Ressourcen, ein Ausbildungsprogramm und eine Abteilung (oder ein Institut), welche die Verbesserungen unterstützt (Staines, 2007).

Wir können an dieser Stelle nicht auf alle Facetten der organisatorischen Verbesserungsfähigkeit eingehen; dies wurde andernorts bereits ausführlich getan (Nelson et al., 2007; Burnett et al., 2009; Braithwaite et al., 2014). Stattdessen konzentrieren wir uns auf einige gemeinhin als fundamental eingestufte Voraussetzungen und Fähigkeiten für Verbesserungen.

5.1 Patientinnen, Patienten und betreuenden Angehörigen zuhören und mit ihnen zusammenarbeiten

Patientinnen, Patienten und betreuende Angehörige können bei der Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit eine wichtige Rolle spielen. Sie können beobachtete Fehler und erfahrene Schädigungen genau schildern und erkennen oft auch Probleme, derer sich Gesundheitsfachpersonen nicht bewusst sind. Kritische Aspekte, die Gesundheitsfachleuten oft entgehen, erleben sie ganz direkt, etwa die Versorgungskoordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern oder die Erfahrungen und die Belastungen von Personen, die chronisch Kranke pflegen und betreuen.

Leistungserbringer im Gesundheitsbereich gehen sehr unterschiedlich vor, um Erfahrungen und Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu erfassen. Angewandte Verfahren zu Beschwerden und Rechtsfälle sind zwar wichtig, aber kein hinreichender Ausdruck für die Gesamtqualität der Versorgung und sollten deshalb nicht als Indikator benutzt werden. Viele Organisationen nutzen mittlerweile eine ganze Palette an proaktiveren

und rasch einsetzbaren Methoden wie Patientenumfragen, spezialisierte Teams, die sich zeitnah um Anliegen und Beschwerden kümmern, regelmässige Foren für Patientinnen und Patienten und ihre Familien und das Monitoring via soziale Medien.

Einige Institutionen verwenden einen fiktiven idealtypischen Patienten, der bei Qualitätsverbesserungen die Richtung weist. So zum Beispiel Esther, eine 88-jährige Schwedin, die mit mehreren chronischen Erkrankungen bei guter Lebensqualität selbstständig lebt. In Jönköping haben Ärztinnen und Ärzte sowie Managerinnen und Manager Esthers Weg durch alle Stationen des Gesundheitssystems nachgezeichnet und dabei versucht, diesen aus Esthers Perspektive zu sehen und entsprechend ihren Bedürfnissen zu strukturieren (Staines, 2007).

Es gibt viel Spielraum, um Patientinnen und Patienten und betreuende Angehörige in Verbesserungsprojekte und in das Management von Gesundheitseinrichtungen einzubeziehen und zu beteiligen. Sie können in die Steuerung der Organisation einbezogen werden, andere Patientinnen und Patienten coachen oder bei der Schulung von Gesundheitsfachpersonen mitwirken. Nicht zuletzt bringen sie auch Sichtweisen aus anderen Branchen ein, in denen gegebenenfalls höhere Sicherheitsstandards gelten als im Gesundheitswesen.

5.2 Sicherheitskultur und Qualitätsverbesserung

Die Kultur einer Organisation ist das Produkt aus den Werten, Haltungen und Verhaltensmustern der einzelnen Individuen und der Gruppe als Ganzes. Zusammen bestimmen sie das Engagement für die Qualitätsarbeit und Patientensicherheit. Organisationen mit einer positiven Sicherheitskultur zeichnen sich dadurch aus, dass die Kommunikation auf gegenseitigem Vertrauen beruht und alle Beteiligten sich einig sind über den hohen Stellenwert der Patientensicherheit. Solange Mitarbeitende Sicherheits- und Qualitätsprobleme nicht offen ansprechen können, ist es kaum möglich, diese anzugehen und zu lösen. Die Beweislage, die den Zusammenhang zwischen Sicherheitskultur und Patientenergebnissen stützt, wächst stetig und lässt darauf schliessen, dass der Aufbau einer starken Sicherheitskultur eine wichtige Voraussetzung für Verbesserungen der Behandlungsqualität ist (Manser, 2019).

Verschiedene international etablierte Instrumente zur Beurteilung der Sicherheitskultur im Gesundheitswesen wurden an den schweizerischen Kontext angepasst und validiert und in Universitätsspitälern und anderen Settings eingesetzt (Zimmermann et al., 2013). 2015 führte die Konferenz der ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der lateinischen Schweiz eine umfassende Umfrage zur Sicherheitskultur bei 32 000 Mitarbeitenden in allen öffentlichen Spitälern der französisch- und der italienischsprachigen Schweiz durch, um gemeinsame Verbesserungsmassnahmen zu definieren. Dabei dürfte es sich um den umfassendsten Datensatz zur Sicherheitskultur im schweizerischen Gesundheitswesen handeln (Manser, 2019). Die Universität Zürich und weitere Zentren arbeiten an verschiedenen Methoden zur Verbesserung der Sicherheitskultur, darunter «Sicherheitsdialoge», Kaderrundgänge (Executive walk rounds) und weitere Ansätze (Manser, 2019).

Bewertungen der Sicherheitskultur konzentrieren sich nach wie vor auf die Spitalversorgung. In letzter Zeit steht das Thema aber auch in der Grundversorgung und Langzeitpflege in der

Schweiz verstärkt im Fokus. Auf internationaler Ebene beschränkt sich die Bewertung der Sicherheitskultur meist auf einzelne Organisationen, teilweise sogar auf einzelne Abteilungen. Einige etablierte Netzwerke haben nun aber begonnen, die Sicherheitskultur betriebsübergreifend zu betrachten. Die so gesammelten Erfahrungen könnten grösseren regionalen und nationalen Initiativen in der Schweiz beim Aufbau von Sicherheits-, Lern- und Verbesserungskulturen als Leitlinie dienen (Manser, 2019).

Zwar konzentrierte sich die Forschung bislang vor allem auf die Sicherheitskultur. Andere kulturelle Merkmale sind für die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit aber ebenso wichtig. Organisationen wie die «Intermountain Healthcare» in den USA fördern eine Kultur, in der die Fokussierung auf Messungen und Feedback als organisationsweite Werte eingebettet ist (Staines, 2007). Das Charakteristische an dieser Kultur ist das Bemühen um eine konstante, datenbasierte Neubeurteilung der Praxis. Einige sprechen auch von einer Lernkultur und unterstreichen damit den Wert des Experimentierens und den Reiz des Erwerbs und Austauschs neuer Erkenntnisse (Bate & Robert, 2008).

5.3 Ausbildung und Schulung zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit

Die Aufgabe von Gesundheitseinrichtungen ist die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten. Sie müssen jedoch auch lern-, entwicklungs- und anpassungsfähig sein. Gesundheitsfachpersonen müssen deshalb einerseits Versorgungsleistungen erbringen, sich andererseits aber auch in der Verbesserung ihrer Einrichtung und des Gesamtsystems einbringen. Die bisherigen Aus-, Weiter- und Fortbildungen von Gesundheitsfachpersonen konzentrieren sich vor allem auf technische Fähigkeiten und Fachkompetenzen und räumen Themen wie Teamarbeit, Verbesserungen und Organisationswandel noch wenig Platz ein.

Jahrelang überliessen die Gesundheitseinrichtungen und -systeme bei der Qualitätsverbesserung das Feld interessierten «Laien». Inzwischen zeigt sich aber zusehends, dass es für nachhaltige, messbare Verbesserungen der Qualität und der Patientensicherheit eines wissenschaftlichen Ansatzes sowie einschlägiger Kenntnisse und Fähigkeiten bedarf. Das US amerikanische «Institute of Medicine» erklärte Ausbildung und Schulung auf dem Gebiet der Qualitätsverbesserung zum Kernstück seiner Strategie. Die Weltgesundheitsorganisation und weitere Institutionen haben Lehrpläne zu den Themen Versorgungsqualität und Patientensicherheit entwickelt. Das «Institute of Healthcare Improvement» hat eine Trainingsplattform lanciert, die auf verschiedene Zielgruppen zugeschnitten ist (Ärzteschaft, Manager/innen, Führungskräfte) (Choupay-Dessard et al., 2019).

In der Schweiz wurden zahlreiche Weiter- und Fortbildungsprogramme in den Bereichen Qualitätsmessung und -verbesserung aufgebaut. Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin hat beispielsweise ein Certificate of Advanced Study zur Qualität in der Medizin entwickelt (Bosshard et al., 2019). Einige Universitäten bieten Programme auf Masterstufe wie auch kürzere fachspezifische Kurse an. Hingegen sind die Themen Qualität und Patientensicherheit in der Grundausbildung von Medizinstudierenden und anderen Gesundheitsfachpersonen noch nicht verankert. Patientensicherheit Schweiz bietet seit vielen Jahren Schulungen zur Analyse von Zwischenfällen und weiteren Themen an, und viele Fachverbände verfügen

über Kurse für ihre Mitglieder. Vielfach wurden diese Programme durch zusätzliche Themen wie patientenorientierte Gesundheitsversorgung und Teamarbeit ergänzt und gestärkt.

Die aus-, Weiter- und Fortbildung zur Qualität und Patientensicherheit sind hierzulande hauptsächlich auf das klinische Personal ausgerichtet. Die internationalen aber auch die schweizerischen Erfahrungen deuten allerdings darauf hin, dass in allen Gesundheitsberufen auf diesen Gebieten Schulungen angeboten werden müssten, und zwar in der Grundausbildung, in der Weiterbildung und der beruflichen Fortbildung (Choupay-Dessard et al., 2019). Das Jönköping Health System, seit vielen Jahren führend in der Qualitätsverbesserung, hat 50 % seiner Mitarbeitenden in Qualitätsverbesserungsmethoden geschult (Staines, 2007).

Zusätzlich zu den von Universitäten und Fachschulen angebotenen Lehrgängen müssen die Organisationen interne Schulungsprogramme als Teil ihrer Qualitätsinfrastruktur aufbauen. Diese Programme müssen sich an der Vision, den Werten und den strategischen Prioritäten der Organisation ausrichten. Sie dienen dazu, die für Verbesserungsprogramme Verantwortlichen in der praktischen Umsetzung von Verbesserungen zu unterstützen und die Rahmenbedingungen zu stärken.

5.4 Engagement der Führungskräfte für Verbesserung und Innovation

Führungskräfte können die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit direkt beeinflussen, indem sie Initiativen ergreifen, Ausschüsse einsetzen und dem Personal Zeit für die Teilnahme an Verbesserungsprogrammen freistellen. Indirekt können sie Einfluss nehmen, indem sie Qualität und Patientensicherheit zum Thema machen, darüber sprechen und der Förderung der Versorgungsqualität einen hohen Stellenwert einräumen. Sie sind auch bereit, Fehler und Probleme im Zusammenhang mit Patientensicherheit konstruktiv zu diskutieren. Die Versorgungsstandards werden ebenfalls stark durch Vorgesetzte geprägt, zum Beispiel durch die leitenden Pflegefachpersonen auf den einzelnen Stationen. Sie unterstützen effiziente Prozesse und fördern Haltungen und Werte bei den Mitarbeitenden ihres Teams (Fulop & Robert, 2015).

Eine andere Art von Führung ist gefragt, wenn es um organisatorische und systemische Verbesserungen geht. Die Verbesserung von Versorgungssystemen ist nicht nur kompliziert, sondern auch komplex, so dass die Auswirkungen vieler Massnahmen nicht immer plan- und voraussehbar sind. Derartige Verbesserungen lassen sich nicht immer von Anbeginn an am Arbeitsplatz umsetzen. Vielmehr besteht die Aufgabe darin, Strategien zu entwickeln und Voraussetzungen für Veränderungen zu schaffen. Es gilt, eine gemeinsame Vision für die Qualität und Patientensicherheit zu entwickeln, eine offene Diskussionskultur zu unterstützen, erfolgreiche Verbesserungsteams zusammenstellen, den Einsatz von Messungen und Informationstechnologien zu fördern und Führungsqualitäten auf allen Ebenen des Systems zu entwickeln und zu fördern (Ferlie & Shortell, 2001; Ovtretveit, 2011).

Auch die Sprache, die Führungskräfte zur Vermittlung ihrer Vision und zur Beschreibung von Qualitätsverbesserungsinitiativen verwenden, kann eine wichtige Rolle spielen. Formulierungen wie «Umgestaltung», «Perfektion anstreben» oder «Null-Fehler-Toleranz» können die Mitarbeitenden abschrecken, weil sie das Ziel als unrealistisch oder unerreichbar erscheinen

lassen (Dixon-Wood et al., 2012). Als das Jönköping Health System am Kooperationsprojekt «Pursuing Perfection» unter der Federführung der USA teilnahm, mussten Sprache und Präsentation des Projekts entsprechend angepasst werden (Staines et al., 2015). Auch in der Schweiz wird es nötig sein, eine Sprache und einen Führungsstil zu finden, die den hiesigen Kultur- und Sprachgemeinschaften entsprechen.

5.5 Aufbau einer Qualitätsinfrastruktur

In allen Gesundheitseinrichtungen der Schweiz und in den meisten vergleichbaren Systemen sind bestimmte Personen zuständig für Patientensicherheit, Qualität, Risiken und Governance. Häufig haben sie jedoch wenig Zeit oder Ressourcen, die Probleme, die sie erkannt haben und überwachen, auch zu lösen. Andere Aufgaben haben meist Vorrang, und Qualitätsverbesserungen werden sehr schnell einmal aufgrund anderweitiger kurzfristiger Prioritäten und Dringlichkeiten zurückgestellt. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist es zentral, einerseits Leiter von Verbesserungsprojekten, die im Arbeitsprozess an der Front arbeiten, und andererseits solche in Führungspositionen zu ermitteln. Diese Personen müssen innerhalb ihrer Funktion ein bestimmtes Zeitbudget einsetzen um sich der Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen widmen zu können (Staines et al., 2015).

Die Förderung konkreter Verbesserungen in einzelnen Bereichen ist als solche wertvoll und eine zentrale Grundlage für die Wirksamkeit grösserer Programme. Erfolgreiche Verbesserungsprogramme haben einige Gemeinsamkeiten (Nelson et al., 2007), darunter Ausdauer, die Investition von Zeit und Ressourcen in Verbesserungen, die Einbindung von Informationen und Technologien in die Arbeitsabläufe, sowie die fortlaufende Ergebnismessung und organisationsweite Unterstützung.

Ein gut funktionierendes Informationssystem ist ein wichtiger Bestandteil der Infrastruktur, die zur Unterstützung von Qualitätsverbesserungen benötigt wird. Das klinische Personal wird bereitwillig Daten erfassen, solange dies einfach ist und in die Arbeitsabläufe passt. An Verbesserungen beteiligte Mitarbeitende müssen wenige, relevante und grafisch gut aufbereitete Messwerte einsehen und deren Verlauf regelmässig im Team besprechen können. Für die Wahl der richtigen Messgrössen, die Verarbeitung und Auswertung der Daten und die Darstellung auf einer Informationstafel (Dashboard) sind Datenanalysefachleute hinzuzuziehen, die im Bedarfsfall auch Coaching und Schulungen anbieten können (Staines et al., 2015).

Auch wenn Führungskräfte auf einen raschen Wandel hoffen, braucht der Aufbau einer Qualitätsinfrastruktur Zeit. In der ersten Phase, die einige Jahre dauern kann, muss man in Ausbildung, Schulung und eine Qualitätsinfrastruktur investieren, ohne mit schnellen positiven Ergebnissen zu rechnen. In diesem Stadium setzen Führungskräfte auf Engagement, Begeisterung und Teamgeist und die Wahrnehmung, ein gemeinsames Ziel anzustreben. In der nächsten Phase dürften sich in bestimmten Bereichen erste Verbesserungen abzeichnen. Möglicherweise sind sie noch unvollständig, unbeständig oder aufgrund anderer Änderungen und Entwicklungen schwer erkennbar. Längerfristig, wenn die Messungen, notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten voll zum Tragen kommen, sollten die Patientenerfahrungen und -ergebnisse sich

nachhaltig verbessern (Ovretveit & Staines, 2007). In Anhang III beschreiben wir einen fiktiven Weg zur Verbesserung im Schweizer Kontext und veranschaulichen daran sowohl Erfolge als auch Herausforderungen, die den Weg zum Ziel säumen.

5.6 Kommentar

Der Aufbau von Entwicklungs- und Verbesserungsfähigkeit ist eine Herausforderung, die alle Versorgungssysteme im Gesundheitsbereich teilen. Tabelle 5.1 fasst die Voraussetzungen und Grundlagen für Verbesserungen zusammen, wie sie in zahlreichen Organisationen und Systemen beobachtet wurden. In der Schweiz sind kaum Informationen über das Vorhandensein von Qualitätsinfrastruktur vorhanden, wie viele Mitarbeitende entsprechend geschult wurden oder inwiefern Patientinnen, Patienten und betreuende Angehörige in die systematische Überwachung und Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit einbezogen werden. Eine Erhebung in Schweizer Einrichtungen über Erkenntnisse, Voraussetzungen und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Verbesserung wäre eine wertvolle Basis für künftige nationale Programme.

Trotz der spärlichen Informationen vermuten wir, dass im Schweizer Gesundheitswesen die Gewinnung von Informationen zu Patientenerfahrungen und die Einbindung von Patientinnen, Patienten und Betreuenden in die Führung und Kontrolle (Governance) von Einrichtungen deutlich höher gewichtet werden sollten. Der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen unterstrich, dass die Schweizer Bürgerinnen und Bürger sehr wenig Einfluss auf das Gesundheitssystem haben und kaum wirksame Mechanismen vorhanden sind, über die sich Patientinnen und Patienten Gehör verschaffen können (Ziltener, 2019). Ausschüssen und Führungsgremien dient die Patientenperspektive oftmals als Wegweiser und Korrektiv. Damit lässt sich sicherstellen, dass die Anliegen von Patientinnen, Patienten und betreuenden Angehörigen zu den obersten organisatorischen Prioritäten gehören.

Um die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten aufzubauen und Veränderungen durchzuführen, müssen die Führungskräfte entsprechend geschult werden. In der Schweiz gibt es hierzu viele wertvolle Programme. Es bedarf aber einer Ausweitung von Ausbildung und Schulung auf alle Berufsgruppen. Zu begrüssen wäre auch, in einem früheren Stadium der beruflichen Laufbahn damit zu beginnen. Schulungsprogramme für Führungsgremien wurden in der Schweiz schon durchgeführt und könnten landesweit angeboten und evaluiert werden.

Im Allgemeinen ist der Fokus verstärkt auf die Umsetzung von Massnahmen zu richten, die sich bereits bewährt haben. Die Schweiz war ein Pionier in der Entwicklung von Schulungen zur Teamarbeit in der Chirurgie, doch die Implementierung im grösseren Rahmen blieb aus. Ein anderes Beispiel ist der international inzwischen weit verbreitete Medikationsabgleich. . Hierzu wurde ein gesamtschweizerisches Pilotprogramm durchgeführt, die endgültige Umsetzung im ganzem Land erfolgte aber unsystematisch.

Lokale und nationale Massnahmen müssen sich auf die Methodik der Implementation Science stützen. Aus den Fortschritten der letzten Jahre gingen zahlreiche Erkenntnisse darüber hervor,

wie sich Massnahmen zur Qualitätsverbesserung im Arbeitsalltag umsetzen und verankern lassen. Eine verstärkte Koordination zwischen den nationalen Gremien würde regionale und nationale Programme erheblich stärken und vereinfachen. Zum Beispiel könnte Patientensicherheit Schweiz ein nationales Programm entwickeln und leiten, während der ANQ parallel dazu einen passenden Indikator einführt und überwacht. Die Kantonsregierungen könnten das Programm ihrerseits unterstützen und mit Anreizen fördern. Fachgesellschaften könnten sich für den organisatorischen Kapazitätsaufbau engagieren, der für die langfristige Nachhaltigkeit von Qualitätsverbesserungen nötig ist. All dies erfordert eine kritische Masse auf nationaler Ebene, interinstitutionelle Koordination und politischen Willen.

Tabelle 5.1 Voraussetzungen für erfolgreiche systemische Verbesserungen (in Anlehnung an Baker et al., 2008)

Merkmal	Elemente
Kultur	• Offene Diskussion von Problemen hinsichtlich Patientensicherheit und Qualität • Organisationsgrundsätze und praktische Umsetzung unterstützen Lernprozesse und Innovation • Organisationsgrundsätze und praktische Umsetzung befähigen alle Mitglieder, zur Verbesserung beizutragen • Organisationsgrundsätze und praktische Umsetzung richten den Fokus auf Patientinnen, Patienten und Betreuende • Führungskräfte legen Wert auf Zusammenarbeit und Teamarbeit
Führung	• Führungskräfte setzen klare Prioritäten für Verbesserungen • Führungskräfte zeigen gleichzeitig Zielorientierung und Flexibilität • Führungskräfte würdigen und beteiligen sich an Verbesserungsmassnahmen • Führungsgremien setzen Ziele und verlangen Ergebnisberichte über Verbesserungsmassnahmen • Ärztinnen, Ärzte und Führungskräfte aller Disziplinen beteiligen sich als Teammitglieder an den Verbesserungsmassnahmen
Strategie und Umsetzung	• Verbesserungsziele sind Teil der Gesamtstrategie • Anreize, Belohnungen und Anerkennung fördern Verbesserungsarbeiten • Grundsätze und Verfahren der Betriebsführung, einschliesslich Personalpolitik, enthalten Zeitbudgets, Belohnungen und Anerkennung • Die Zuständigkeiten bei Verbesserungen sind klar definiert
Informationen	• Erforderliche klinische und administrative Daten sind sofort verfügbar • Informationen zur effizienten Umsetzung konkreter Verbesserungsmassnahmen sind verfügbar • Steuerungs- und Aufsichtsausschüsse bieten Orientierungshilfen
Ressourcen	• Mitarbeitende der Organisation können sich während der Arbeitszeit erforderliche Fertigkeiten aneignen und sich an Verbesserungsmassnahmen beteiligen • Finanzielle und personelle Ressourcen für Verbesserungen stehen zur Verfügung • Eine Kerngruppe von Verbesserungsexpertinnen und -experten steht den Teams unterstützend zur Verfügung • Eine für Qualitätsverbesserungen zuständige Abteilung koordiniert und unterstützt Massnahmen
Kommunikationskanäle	• Die Organisation kommuniziert mit allen Akteuren über Prioritäten, Initiativen, Ergebnisse und Erkenntnisse • Breites Kommunikationsangebot, u.a. Newsletter, Foren, Sitzungen, Intranet

Ausbildung und Schulung	• Schulungen zu Verbesserungsmethoden, Implementation Science, Team- und Gruppenarbeit sowie Projekt- und Sitzungsmanagement

6 Governance, Regulierung und rechtlicher Rahmen

Die Gesundheitsversorgung der Schweiz wird über eine Kombination von Krankenversicherungsprämien, Steuern und Eigenleistung («Out of pocket») finanziert. Die Schweiz ist ein föderalistisches, stark dezentral regiertes Staatswesen mit 26 Kantonen. Für die Gesundheitsversorgung sind in erster Linie die Kantone und nicht der Bund zuständig. Dies hat insofern Vorteile, als die Verantwortlichen einfacher und potenziell schneller auf die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung reagieren können. Allerdings zeigen mehrere Kurzberichte dieses Reports , dass diese sehr dezentrale Steuerung auch Probleme birgt. Im ganzen Land bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen Bestimmungen, Regulierungen, Indikatoren, Anreizen, Finanzierungssystemen und Qualitätssicherungsmechanismen (Guillod & Christinat, 2019).

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind zu einem hohen Grad autonom, was Innovation und unternehmerisches Denken fördert, eine integrierte Versorgung über den gesamten Behandlungsverlauf hingegen behindern kann. Innerhalb einer Region obliegt die akutmedizinische Versorgung in der Regel nicht dem gleichen Leistungserbringer wie die psychische Versorgung, die Grundversorgung, die Rehabilitation, die Heim- oder die Hauspflege. Zum Teil haben sich Erbringer unterschiedlicher Leistungen zusammengeschlossen, fast überall sind sie jedoch separate juristische Personen. Diese Vielzahl an Leistungserbringern ist eine Herausforderung für eine lückenlose, koordinierte Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten.

6.1 Rechtlicher und regulatorischer Rahmen

Zurzeit gibt es keine nationale Rechtsgrundlage, die die Patientensicherheit und die Qualität der schweizerischen Gesundheitsversorgung regelt. Die Gesetzgebung teilt die Zuständigkeit zwischen den nationalen und den kantonalen Behörden auf. Der Bundesrat ist zum Beispiel für die Sicherung der Qualität jener Versorgung verantwortlich, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert wird. In der Praxis wird diese Verantwortung aber weitgehend an die Tarifpartner, Leistungserbringerverbände und Versicherer delegiert (De Pietro et al., 2015). Die Verträge zwischen diesen Partnern sollen hohe Versorgungsstandards sicherstellen. In der Praxis wurden die verfügbaren vertraglichen und anderen Mechanismen allerdings nicht genutzt, um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit direkt zu beeinflussen. Dies veranlasste den Ständerat 2007 dazu, vom Bundesrat eine ehrgeizigere Qualitätsstrategie einzufordern. Eine solche Strategie wurde erarbeitet, ihre gesetzliche Umsetzung ist jedoch langwierig. Im Parlament rückt ein Konsens näher, die Tarifpartner legen in ihren Verträgen aber nach wie vor keine hohen Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit fest und nach wie vor gibt es kaum Daten, die eine Beurteilung der Versorgungsqualität erlauben.

In zahlreichen eidgenössischen und kantonalen Gesetzen beziehen sich einzelne Artikel indirekt auf die Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Das Bundesrecht regelt die Krankenversicherung und befasst sich mit einigen Aspekten der Steuerung der Versorgungsqualität, indem es Kriterien für die Zulassung von Gesundheitsfachpersonen und Anforderungen an die Qualität von Analysen, Produkten und Verfahren definiert. Für die Umsetzung sind einerseits

verschiedene öffentliche Instanzen auf nationaler und kantonaler Ebene (Bundesrat bzw. kantonale Gesundheitsbehörden), andererseits private Institutionen (wie die Stiftung Patientensicherheit Schweiz und Patientenschutzorganisationen) zuständig. Die Schweiz kennt im Gegensatz zu anderen Ländern keinen rechtlichen Schutz für Personen, die Vorkommnisse, die die Patientensicherheit gefährden melden. Andere Länder sind dieses Problem auf verschiedene Weise angegangen. Der hierzulande fehlende rechtliche Schutz könnte die Bereitschaft mindern, Probleme in Zusammenhang mit der Patientensicherheit zu melden (Frank, 2019).

Viele Kantone haben eine relativ kleine Bevölkerung, was die Lösung kritischer Themen erschwert, die sonst eher auf nationaler Ebene angegangen werden. Beispielsweise sind viele Kantone und Leistungserbringergruppen an Patient-Reported Outcome Measures (PROMs, patientenberichteten Ergebnisindikatoren) interessiert. Allerdings ist ihre Einführung mit beträchtlichen Investitionen verbunden und damit für einzelne Kantone oder Leistungserbringergruppen oftmals unerschwinglich. Auch die Entwicklung und Einführung von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren ist ein sehr umfangreiches Unterfangen, das am besten auf nationaler Ebene verankert wird. Formell fällt es jedoch in die Zuständigkeit der einzelnen Kantone. Ungeachtet der Vorzüge kantonaler Steuerung ist es oftmals schwierig, Problemen anzugehen , für die eine kritische Grösse an Fachwissen und Ressourcen erforderlich wäre.

Die Gewährleistung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität ist im Wesentlichen Aufgabe der Kantone. Die kantonalen Behörden können Fachpersonen die Berufsausübungsbewilligung erteilen oder entziehen, und sie sind an der Finanzierung und manchmal auch am Betrieb von Gesundheitseinrichtungen beteiligt. Alle Kantone verlangen eine gewisse Infrastruktur für die Erteilung einer Bewilligung und können auch die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems einfordern. Die Kantone haben verschiedene Funktionen, die manchmal miteinander in Konflikt stehen. Sie sind einerseits Auftraggeber für die Gesundheitsversorgung und andererseits Leistungserbringer und gleichzeitig verantwortlich für die Qualitätssicherung. Dieser Umstand kann den Anreiz verringern, starke Mechanismen zur Aufsicht bzw. Gewährleistung der Qualität und Patientensicherheit zu entwickeln (De Pietro et al., 2015).

Die Governance-Praktiken der strategischen Führungsgremien haben grossen Einfluss auf klinische Prozesse und Ergebnismessungen in den Versorgungseinrichtungen. Einige korrelieren nachweislich eng mit guten klinischen Ergebnissen. Dazu gehören ein Qualitätsausschuss im Führungsgremium, klinische Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren in der Berichterstattung des Gremiums, Qualität und Patientensicherheit als ständiges Traktandum in den Sitzungen und die Einplanung von mindestens 20 % der Sitzungszeit für Qualitäts- und Patientensicherheitsthemen (Jiang et al., 2009; Jha & Epstein, 2010).

In der Schweiz bestehen die strategischen Führungsgremien oft aus Mitgliedern ohne Exekutivfunktion, die oftmals einen Hintergrund ausserhalb des Gesundheitsbereichs haben und sich daher bei der Diskussion klinischer Themen unsicher fühlen. Hier muss sowohl bezüglich der Themen als auch der Herausforderungen in Zusammenhang mit klinischer Qualität und Patientensicherheit Aufklärungsarbeit geleistet werden. Ziel ist zu gewährleisten, dass die Mitglieder des strategischen Führungsgremiums die Wichtigkeit von Best-Practice-Verfahren in der Governance erkennen.

6.2 Patientenrechte

Es gibt im Bundesrecht keinen spezifischen Erlass, der die Rechte von Patientinnen und Patienten klar zusammenfasst (De Pietro et al., 2015). Die Gesetzgebung im Bereich der Patientenrechte ist hauptsächlich Aufgabe der Kantone und es gibt kantonale Bestimmungen zu Patientenrechten, doch bestehen grosse Unterschiede zwischen den Kantonen in Bezug auf Inhalt und Detaillierungsgrad. Manchmal können Patientenorganisationen Patientinnen und Patienten zu ihren Rechten und Möglichkeiten informieren und beraten. Doch obwohl sie dies dürfen, ist ihre Rechtsstellung nicht klar geregelt. Im Gegensatz dazu sind die Rechte und die Stellung von Konsumentenschutz- und Gleichstellungsorganisationen im Bundesrecht verankert. Das zuständige Bundesamt hat in einem Bericht den Vorschlag eingebracht, Patientenorganisationen gesetzlich anzuerkennen (Bundesamt für Gesundheit 2015).

Zwischen den Kantonen bestehen auch haftungsrechtliche Unterschiede, was es für Patientinnen und Patienten sowie betreuende Angehörige im Schadensfall schwierig macht, eine angemessene Entschädigung zu erhalten. Die Beweislast liegt bei der geschädigten Person oder ihrer Rechtsvertretung. Die Betroffenen müssen auch die Untersuchungskosten selber tragen, sofern sie keine Rechtsschutzversicherung haben. Nimmt man dann noch das Fehlen jeglicher gesetzlichen Pflicht zur Offenlegung von Schäden hinzu, zeigt sich deutlich, dass Patientinnen und Patienten, die einen Schaden erlitten haben sich in einer «schwachen» Position befinden und hohe Hürden überwinden müssen, um eine Erklärung oder eine Entschädigung zu erhalten (Guillod & Christinat, 2019; Ziltener, 2019).

6.3 Zertifizierung

Die meisten sicherheitskritischen Organisationen, wie zum Beispiel in der Luftfahrt und in der Kernenergie, bewegen sich in einem streng regulierten Rahmen mit konstanter und systematischer Überwachung von Leistungen und Sicherheitsrisiken. Im Idealfall lässt die Regulierung eine gewisse Flexibilität zu. Dabei versteht sich das Regulierungsorgan als Partner im gemeinsamen Bestreben, Sicherheit und Qualität zu garantieren. Bei Bedarf sind Sanktionen und Massnahmen aber möglich. Viele europäische Länder haben im Gesundheitswesen ein starkes zentrales Regulierungsorgan, etwa die «Haute Autorité de Santé» in Frankreich oder die «Care Quality Commission» in England. In der Schweiz scheint es weder auf Kantons- noch auf Bundesebene eine entsprechende Instanz zu geben.

Ebenso wenig gibt es in der Schweiz ein obligatorisches Zertifizierungsprogramm für Gesundheitsinstitutionen. Die kantonalen Gesundheitsbehörden verlangen oder empfehlen die Zertifizierung nur in Ausnahmefällen (Mylaeus-Renggli et al., 2019; Hosek & Bezzola, 2019). Es gibt jedoch freiwillige Programme wie SanaCERT und EQUAM, aber viele Einrichtungen verzichten auf eine Zertifizierung.

SanaCERT Suisse verfügt über 25 Qualitätsstandards für die Akutversorgung und 16 für die Langzeitpflege. Diese Standards dienen den betroffenen Einrichtungen als Richtlinien. Einrichtungen, die sich zertifizieren lassen wollen, müssen gewisse obligatorische Standards erfüllen und können sich für die Einhaltung weiterer Qualitätsstandards entscheiden. Mit einem

Auditprogramm bestehend aus Begehungen und Fachgesprächen vor Ort überprüfen kleine interdisziplinäre Teams die Erfüllung der Standards (Mylaeus-Renggli et al., 2019). Die Stiftung EQUAM zertifiziert Grundversorgerpraxen nach Richtlinien, die sich an europäischen Standards orientieren. Darüber hinaus bietet sie die Zertifizierung auch für Spezialarztpraxen, Radiologieinstitute und Ärztenetzwerke mit integrierter Versorgung an (Hosek & Bezzola, 2019).

6.4 Kommentar

Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex, für Patientinnen und Patienten schwer verständlich und enthält auf kantonaler und nationaler Ebene zahlreiche, zum Teil widersprüchliche Ansätze. Besonders herausfordernd ist die Komplexität des Systems für die alternde Bevölkerung sowie Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Die Akademie der Wissenschaften Schweiz hat vorgeschlagen, Patientinnen und Patienten mit komplexeren Gesundheitsproblemen einen «Lotse» zur Seite zu stellen, der ihnen Zugang zu der Versorgung verschafft, die sie benötigen (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, SBK/ASI, 2019).

Der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen betont, dass das komplexe Zusammenspiel unterschiedlicher Zuständigkeiten bedeutet, dass klare Rechenschafts- und Qualitätssicherungsmechanismen im ganzen System fehlen (Ziltener, 2019). Die Patientenrechte müssen durch Leistungsvergleiche und Übernahme von Best Practices anderer Länder weiterentwickelt werden, wie dies zurzeit diskutiert wird (Bundesamt für Gesundheit, 2015; Rütsche et al., 2013).

Das komplexe Geflecht an Zuständigkeiten von Bund, Kantonen und Gemeinden erschwert die Umsetzung grossflächiger Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Integration und Koordination der Versorgung ist eine Herausforderung für alle Gesundheitssysteme, die versuchen, die wachsenden Zahlen von Patientinnen und Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen zu bewältigen. Für die Schweiz dürfte die Versorgungsintegration besonders anspruchsvoll sein. Gefragt sind Programme, welche die relevanten Datenbanken und Behandlungspfade zwischen Spitälern und Grundversorgung, zwischen somatischer und psychiatrischer Versorgung und zwischen Spitalversorgung, stationärer Langzeitpflege und häuslicher Pflege vernetzen.

Ein entscheidender Schritt für jedes Land ist gemäss Weltgesundheitsorganisation, die Gesamtstrategie im Bereich Patientensicherheit und Versorgungsqualität in einem Kurzdokument festzuhalten (WHO, 2018). Die Koordination zahlreicher Programme und Massnahmen auf nationaler Ebene drängt sich schon deshalb auf, weil es fast unmöglich ist, auf kantonaler Ebene das erforderliche kritische Mass an Fachwissen und Ressourcen bereitzustellen. Es braucht beispielsweise Programme zur Entwicklung von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren, zur Verbesserung von Ausbildung und Schulung im Qualitätsbereich bzw. der Koordination und Integration klinischer Datenbanken und für viele weitere wichtige Themen. Die meisten Kantone sind jedoch zu klein, um diese zentralen Aufgaben wirksam und effizient umzusetzen. Das soll nicht heissen, dass den Kantonen die Kontrolle über das Gesundheitswesen entzogen werden soll. Vielmehr sind die Bereiche zu eruieren, in denen nationale oder internationale Organe besser positioniert sind als Kantone und lokale Organisationen.

Aufgrund der Komplexität der rechtlichen Strukturen ist es schwierig festzustellen, wer welche Aspekte der Gesundheitsversorgung beaufsichtigt. Es scheint kein klar überblickbares System für die Überwachung von Standards, für die Inspektion von Institutionen der Gesundheitsversorgung oder die Lancierung weiterer regulatorischer Massnahmen zu geben. Sowohl die Fachpersonen als auch die Organisationen sind in einem Mass autonom, das heutzutage in vergleichbaren Gesundheitssystemen kaum mehr vorkommt. Aus Patientensicht ist das Gesundheitssystem zu wenig transparent, das heisst, es fehlt an ausreichenden Informationen zur Versorgungsqualität (Ziltener, 2019).

Auf den aussenstehenden ausländischen Beobachter wirkt das Schweizer Gesundheitswesen wenig beaufsichtigt oder reguliert. Die Regulierung des Gesundheitswesens ist gewiss kein Allheilmittel und nur einer von vielen Faktoren, die die Qualität und die Patientensicherheit beeinflussen, dennoch haben die meisten Länder Systeme, mit denen sie Schwachstellen in einzelnen Einheiten oder Organisationen erkennen können, um einzugreifen, bevor grösserer Schaden entsteht. In der Schweiz scheinen solche Überwachungssysteme schwach. Die Folge ist, dass der gesetzliche Rahmen für Verantwortlichkeiten in der Praxis nicht durchsetzbar ist.

7 Empfehlungen

Das Gesundheitswesen der Schweiz hat viele Stärken. Aus den Ergebnissen unseres Berichts ziehen wir aber den Schluss, dass die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit erhebliches Verbesserungspotenzial aufweisen. Unsere Empfehlungen liefern einen übergeordneten Rahmen, zeigen der Schweiz eine Richtung indem wir einige prioritäre Handlungsfelder benennen. Die 28 Kurzberichte, die den vorliegenden Bericht begleiten, enthalten weitere Empfehlungen zu spezifischen Themenstellungen und sind als Ergänzung zu verstehen.

Wir beginnen mit Empfehlungen zur stärkeren Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und betreuenden Angehörigen als Partnerinnen und Partner. Im Schweizer Gesundheitswesen muss ihnen stärker und entschlossener als bisher Gehör geschenkt werden. Danach geben wir Empfehlungen zur Förderung und Unterstützung der Gesundheitsfachpersonen ab, denn ohne engagiertes Personal kann es keine effektive Qualitätsarbeit für Patientinnen und Patienten geben. Auch der Aufbau einer Vertrauenskultur (just culture) ist äusserst wichtig: An erster Stelle steht dabei die Unterstützung von Patientinnen, Patienten, Betreuenden und Mitarbeitenden, nachdem ein Fehler passiert und jemand zu Schaden gekommen ist.

Transparente, fundierte Informationen zu klinischen Prozessen und Ergebnissen sind eine zentrale Voraussetzung sicherer und hochwertiger Gesundheitsversorgung. Dem sollte die Schweiz höchste Priorität beimessen. Es reicht nicht, wenn sich die Mitarbeitenden für die Verbesserung von Patientensicherheit und Qualität interessieren, sie brauchen auch Ausbildung und Schulung in den relevanten Fachgebieten sowie ein unterstützendes Arbeitsumfeld. Eine effektive Verbesserung setzt auch eine entsprechende Infrastruktur mit Datenanalytik, Unterstützung von Experten und eine engagierte Führung voraus. Wenn all dies vorhanden ist, können nationale Programme durchgeführt werden, die greifen und Wirkung erzielen. Und schliesslich muss die Verbesserungsarbeit im Gesundheitssystem unterstützt, gelenkt und mit den nötigen Ressourcen ausgestattet sein. Dazu bedarf es eines integrativen Ansatzes zur Steuerung und Führung des Gesundheitswesens.

Jede unserer Empfehlungen richtet sich an eine oder mehrere Organisationen oder Personengruppen. In den meisten Fällen wird dies bedeuten, dass die betroffenen Akteure zusammenkommen, einen Aktionsplan ausarbeiten und dann bestimmen, wer bei spezifischen Aktivitäten die Leitung übernimmt. Das heisst nicht, dass die von uns benannte Organisation für die Umsetzung der Massnahme längerfristig die Führung übernimmt. Zum Beispiel kann eine Empfehlung an das Bundesamt für Gesundheit gerichtet sein. Dieses könnte aber einer Gruppe betroffener Akteure mit der konkreten Umsetzung der Massnahme beauftragen.

Die Angabe eines Zeitrahmens für die Umsetzung der Empfehlungen oder das Erzielen substanzieller, messbarer Fortschritte dient dazu, Prioritäten zu setzen und die Gewichtung der Herausforderung darzustellen. Unser Vorschlag lautet:

- Kurzfristig: Abschluss innerhalb von ein bis zwei Jahren
- Mittelfristig: Abschluss innerhalb von drei bis fünf Jahren
- Langfristig: strategische Programme, die rasch initiiert werden sollten, für die aber mit einer langen Entwicklungs- und Umsetzungsphase von über fünf Jahren zu rechnen ist.

7.1 Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Betreuenden als Partnerinnen und Partner

Die Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem ist hoch, doch das Bewusstsein für Fehler und Probleme in der Gesundheitsversorgung nimmt zu. Die Schweizerinnen und Schweizer wissen mangels verfügbarer Informationen sehr wenig über die Standards der erbrachten Versorgungsleistungen, und die Patientenorganisationen sind in der Steuerung des Gesundheitssystems nicht angemessen vertreten. Die Patientinnen und Patienten könnten eine viel grössere Rolle spielen, indem sie Rückmeldungen zu ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung geben, die Krankenakten auf Korrektheit und Vollständigkeit prüfen, spezifische Anliegen vorbringen und sich zu Behandlungsqualität und Patientensicherheit äussern. Zudem gibt es Hinweise, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Gesundheitsversorgung weniger leicht finden und ihre Versorgung nicht immer dem üblichen Standard entspricht.

	Adressat	**Zeitrahmen**
Erstellung einer kurzen, klaren nationalen Erklärung zu Werten, Rechten und Pflichten sowohl für Mitarbeitende als auch Patientinnen und Patienten im Schweizer Gesundheitswesen. Stärkung der Patientenrechte im schweizerischen Gesundheitswesen.	BAG und Kantone	Kurzfristig
Gesundheitsorganisationen, Fachverbände und Organisationen sollten für die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit die Stimme der Patientinnen, Patienten und Betreuenden als wichtige Grundlage für eine sichere, qualitativ hochwertige Versorgung aktiv suchen. Das bedeutet die routinemässige Erfassung der Patientenerfahrungen, die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in Verbesserungsinitiativen und in die Steuerung des Gesundheitssystems.	Führungskräfte und Organisationen im Gesundheitswesen	Mittelfristig
Stärkung und Unterstützung der Patientenorganisationen in der Schweiz durch unabhängige Finanzierung sowohl auf Kantons- als auch auf Bundesebene, damit sie Patientinnen und Patienten informieren und die Interaktion mit dem Gesundheitssystem auf allen Ebenen verstärken können.	Eidgenössische Qualitätskommission und Kantone	Kurzfristig
Mithilfe einer Studie sollte der Zugang von vulnerablen Personen zur Gesundheitsversorgung sowie die Qualität ihrer Versorgung analysiert werden. Es gilt, zu überlegen, wie Hindernisse abgebaut werden können. Zu diesem Personenkreis gehören gebrechliche ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Flüchtlinge, Menschen mit psychischen Problemen und weitere Personen, die im Gesundheitssystem benachteiligt sein könnten.	Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig

Fachverbände (z.B. Ärztegesellschaften, Pflegeverbände und verwandte Organisationen) sollten die formelle Schulung zu partizipativer Entscheidungsfindung und den Einsatz von Methoden zu deren Verbesserung als Prioritäten behandeln. Wann immer sachdienlich und vom Patienten oder der Patientin geschätzt, sollten Gesundheitseinrichtungen darauf hinarbeiten dieses Vorgehen anzuwenden.	Fachverbände und Führungskräfte im Gesundheitswesen	Kurz- bis mittelfristig

7.2 Motivation und Unterstützung der Gesundheitsfachkräfte

Mitarbeitende, die sich motiviert, unterstützt und befähigt fühlen, erbringen qualitativ hochwertigere Leistungen. Der Mangel an qualifizierten Fachkräften in der Schweiz ist ein zusätzlicher Anreiz, das System so auszugestalten, dass die Fachkräfte ihre Arbeit als sinnvoll und erfüllend erleben. Eine starke Sicherheitskultur ist für die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit zentral und muss in der Schweiz höher gewichtet werden.

Wir empfehlen zudem nachdrücklich, den konkreten Aufbau einer Gemeinschaft von Fachleuten aus allen relevanten Fachgebieten zu fördern, die auf die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit hinarbeiten. Die nationalen Konferenzen zum Thema Qualität und Patientensicherheit, die in den letzten 15 Jahren sporadisch stattgefunden haben, waren jeweils sehr erfolgreich. Solche Konferenzen müssen regelmässig durchgeführt werden und Gelegenheit für nationale Debatten und den Austausch zur Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen bieten.

	Adressat	**Zeitrahmen**
Anerkennung, Befähigung und Unterstützung der Fachkräfte und Teams		
Einbindung von in der Praxis tätigen Mitarbeitenden in die Umsetzung von Verbesserungsinitiativen und entsprechende Allokation von Zeit und Ressourcen. Datensysteme müssen den Teams zeitnah Rückmeldung zur Behandlungsqualität und Patientensicherheit geben.	Alle im Gesundheitswesen tätige Führungskräfte und Organisationen	Mittelfristig
Das Gesundheitsfachpersonal sollte Gelegenheiten nutzen, um sich neben der Patientenversorgung an der Verbesserung des Versorgungssystems zu beteiligen.	Gesundheitsfachpersonen aller Stufen	Kurzfristig
Qualitätsverbesserung und Sicherheitskultur		
Führungskräfte auf allen Stufen sollten auf den Aufbau einer Vertrauenskultur (just culture) hinwirken, in der dazu ermutigt wird, aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen (adverse events) zu lernen. Die Führungskräfte müssen ein Umfeld fördern, in dem offen kommuniziert wird und jede und jeder sich frei äussern und Fehler oder risikoreiches Verhalten melden darf. Die Führungskräfte sollten sich auch für eine Kultur des Respekts und der Sinnhaftigkeit am Arbeitsplatz und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden einsetzen.	Alle Führungskräfte von Gesundheitsorganisationen (inkl. Leistungserbringer)	Kurzfristig
Basierend auf der internationalen Forschung und Erfahrung sollte eine Toolbox mit validierten Instrumenten zur Messung der Sicherheitskultur begleitet von verschiedenen Massnahmen zusammengestellt werden. Über die Bedeutung von Daten zur Sicherheitskultur und klare Umsetzungserwartungen sollte landesweit informiert werden.	Patientensicherheit Schweiz	Mittel- bis langfristig

Aufbau einer Gemeinschaft für Qualität und Patientensicherheit		
Alle zwei Jahre oder idealerweise jedes Jahr sollte eine nationale Konferenz zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit stattfinden. Eine solche Konferenz würde die Entstehung einer Gemeinschaft von Expertinnen und Experten für Verbesserungen der Behandlungsqualität und Patientensicherheit unterstützen und die Vernetzung und Kooperation fördern.	BAG	Kurzfristig

7.3 Verbesserung und Nutzung von Qualitäts- und Sicherheitsinformationen

In der Schweiz fehlen national anerkannte Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren, insbesondere in der Langzeitpflege, der ambulanten Versorgung und der Pflege zu Hause. Ressourcenmässig gut ausgestattete Datenerfassungssysteme sind nötig, um das Volumen von Prozess- und Ergebnismessungen massiv zu erhöhen. Nachdem dieses Thema jahrzehntelang nur am Rande angegangen wurde, hinkt die Schweiz vergleichbaren europäischen Systemen deutlich hinterher.

Es bedarf nationaler Anstrengungen, um ein umfassendes System von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung zu entwickeln, das landesweit zu vertretbaren Kosten eingeführt werden kann. Diese Indikatoren sollten genutzt werden, um einerseits Gesundheitsfachpersonen dabei zu unterstützen, ihre Praxis zu evaluieren und zu verbessern. Andererseits würden sie Managerinnen und Managern sowie politischen Entscheidungsträgern dazu dienen, das System so zu organisieren und zu überwachen, dass optimale Versorgungsleistungen erbracht werden. Diese Informationen sollten öffentlich zugänglich sein und damit die Transparenz des ganzen Systems deutlich verbessern.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens (e-Health) und die Entwicklung elektronischer Patientendossiers sind angelaufen. Allerdings sind die verschiedenen Anwendungen kaum harmonisiert, und eine weiterreichende Vision im Hinblick auf die Anforderungen für ein landesweit einheitliches System fehlt.

	Adressat	**Zeitrahmen**
Für die Entwicklung eines umfassenden Satzes von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren zur landesweiten Verwendung im Gesundheitswesen bedarf es einer strategischen Analyse. Die Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren sollten schweizweit harmonisiert und koordiniert werden. Wo möglich sollten die Indikatoren den gesamten Behandlungsverlauf abdecken und sowohl Prozess- als auch Ergebnismessungen beinhalten. Die öffentliche Berichterstattung zu validierten Indikatoren sollte nach einer Testphase zum Standard werden.	Eidgenössische Qualitätskommission	Kurzfristig
Patientenberichtete Indikatoren (patient-reported outcome measures, PROMs) müssen in der nationalen Strategie einen hohen Stellenwert erhalten. PROMs und weitere Mittel zur Erhebung von Rückmeldungen von Patientinnen, Patienten und Betreuenden müssen in allen Versorgungseinrichtungen stärker verankert werden.	Eidgenössische Qualitätskommission, Kantone und Gesundheitsorganisationen	Mittelfristig
Eine Studie zu schädigenden Ereignissen in der Schweizer Gesundheitsversorgung sollte in Auftrag gegeben werden, mit dem längerfristigen Ziel, Indikatoren für Behandlungsschädigungen in den nationalen Datensatz aufzunehmen. Die Studie gäbe ausserdem die Richtung für künftige nationale Programme zur Vermeidung von schädigenden Ereignissen bei Patientinnen und Patienten vor.	Von der Qualitätskommission gewählte unabhängige Organisation	Mittelfristig

Die Integration verschiedener klinischer Informationssysteme muss massiv verbessert werden. In der Schweiz sind viele verschiedene Systeme in Gebrauch, zwischen den einzelnen klinischen Datenbanken und verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems gibt es jedoch kaum Austausch. Die Gesundheitsversorger brauchen Empfehlungen für die optimale Nutzung technologischer Möglichkeiten. Dazu gehören beispielsweise das elektronische Patientendossier und klinische Entscheidungsunterstützungssysteme. Es bedarf auch klarer Hinweise über die Auswahl dieser Anwendungen, ihre Einführung und sichere Nutzung unter Wahrung der Vertraulichkeit und Datenschutz.	Eidgenössische Qualitätskommission	Langfristig

7.4 Unterstützung für Patientinnen, Patienten, Betreuende und Personal nach schädigenden Ereignissen

Manchmal leiden Patientinnen und Patienten zweimal, wenn eine Behandlung falsch verläuft und ihnen Schaden zufügt. Zunächst durch den Vorfall selbst, dann aber auch durch die Art und Weise, wie damit im Nachhinein umgegangen wird. Auch das Personal kann nach schädigenden Ereignissen beträchtliche psychische Folgen davontragen. Sind diese gravierend, kann auch die Arbeit darunter leiden und zu einem Risiko bei der Behandlung von zukünftigen Patientinnen und Patienten werden. Schweizer Organisationen und Forschende haben bedeutende Beiträge zu Grundsätzen und Praxis der Offenlegung von Fehlern sowie zur Unterstützung von Patientinnen, Patienten, Betreuenden und Mitarbeitenden nach unerwünschten Ereignissen (adverse events) geleistet. Leider erfolgte die Implementierung dieser Grundsätze nur zögerlich und äusserst willkürlich. In diesem Bereich könnten relativ rasch grosse Fortschritte erzielt werden. Für Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende wäre dies ein grosser Gewinn, der auch zum Aufbau einer Vertrauenskultur (just culture) in der Schweizer Gesundheitsversorgung beitragen würde.

	Adressat	**Zeitrahmen**
Die Erfahrungen von Patientinnen, Patienten, Betreuenden und Mitarbeitenden nach schädigenden Ereignissen sollten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe thematisiert werden. Fachpersonen müssen diese Erlebnisse nachvollziehen können und wissen, wie sie unter solchen Umständen mit Patientinnen, Patienten, betreuenden Angehörigen und Kolleginnen und Kollegen umgehen müssen. Spezifisches Kommunikationstraining für herausfordernde Gespräche ist ein wichtiger Teil dieser Programme.	Universitäten, Berufsschulen, Fachverbände	Mittelfristig
Zurzeit sind die Offenlegungsrichtlinien in der Schweiz unterschiedlich. Es ist zu empfehlen, dass die Schlüsselakteure sich auf einen gemeinsamen nationalen Ansatz für Offenlegungsrichtlinien einigen und sich auf die internationale Forschung und bestehende Richtlinien stützen.	Eidgenössische Qualitätskommission	Kurzfristig
Die schweizerischen Gesundheitsorganisationen sollten systematischere Unterstützungsprogramme für geschädigte Patientinnen, Patienten und betreuende Angehörige einführen. Das gesamte klinische Personal sollte den Offenlegungsansatz der eigenen Organisation verstehen.	Kantone, Führungskräfte im Gesundheitswesen und Gesundheitsorganisationen	Mittelfristig
Die schweizerischen Gesundheitsorganisationen sollten systematischere Unterstützungsprogramme für Mitarbeitende einführen, die von schädigenden Ereignissen betroffen sind. Die Einführung sollte mit Sensibilisierungsmassnahmen zum Thema kombiniert werden.	Kantone, Führungskräfte im Gesundheitswesen und Gesundheitsorganisationen	Mittelfristig

7.5 Ausbildung, Schulung und Forschung zu Qualität und Patientensicherheit

In den vergangenen zwanzig Jahren wurde die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz angepasst, um das steigende Bewusstsein für Patientensicherheit und deren Bedeutung zu reflektieren. Um die Herausforderungen zu bewältigen, denen das Schweizer Gesundheitssystem heute und morgen gegenübersteht, sind auch Schulungen in Bereichen wie Qualitätsmanagement, Human Factors und Implementation Science notwendig. Alle Akteure des Systems, wie politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, CEOs, operative und klinische Führungskräfte und Mitarbeitende, müssen Zugang zu diesen Schulungsprogrammen haben. Ferner muss erforscht werden, wie sich das Verständnis für die Verbesserung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit, für Human Factors und Implementation Science aufbauen lässt und wie sich die gewonnenen Erkenntnisse umsetzen lassen.

	Adressat	**Zeitrahmen**
Ausbildung und Schulung von Gesundheitsfachpersonen		
In der Grundlagenausbildung aller Gesundheitsfachpersonen sollten die Themen Behandlungsqualität und Patientensicherheit im Lehrplan vorkommen und formell geprüft werden. Idealerweise würde der Lehrplan auch praktische Erfahrungen im Rahmen eines Verbesserungsprojekts oder -programms vorsehen.	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Universitäten, Fachhochschulen und höhere Fachschulen	Kurzfristig
Universitäten und Fachverbände sollten einen Lehrkörper mit Expertise in Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung aufbauen. Dieser könnte bei der Lehrplanentwicklung mithelfen und die an den nationalen Programmen beteiligten Personen schulen.	Universitäten, Fachhochschulen, höhere Fachschulen und Fachverbände	Mittelfristig
Fähigkeiten und Kompetenzen für die Qualitätsverbesserung sollten als grundlegende Berufsanforderungen gelten. Die Abschlussprüfungen aller medizinischen Fachrichtungen, Pflegefachausbildungen und verwandter Gesundheitsberufe sollten Qualitäts- und Patientensicherheitsaspekte beinhalten.	Fachverbände	Mittelfristig

Auf Masterstufe sollten Programme aufgebaut werden, die allen relevanten Berufsgruppen offenstehen. Ziel ist, Fachleute für die Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit auszubilden. Solche Kurse müssten die relevanten wissenschaftlichen Disziplinen wie Human Factors, Wirtschaftlichkeit von Qualität und Patientensicherheit und Implementation Science abdecken. Nötig sind auch Doktoratsprogramme zur Ausbildung von Lehrpersonen und Forschenden in der Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit.	Universitäten, Fachhochschulen	Mittelfristig
Führungskräfte und Führungsgremien		
Führungskräfte in den Geschäftsleitungen und Verwaltungsräten oder Stiftungsräten von Gesundheitsorganisationen sollten in Best Practices der Steuerung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit geschult werden. Auch die Grundlagen des Aufbaus einer Qualitätsinfrastruktur und die Rolle von Führungskräften bei der Implementierung und im Veränderungsmanagement sollten Gegenstand dieser Schulungen sein.	Interkantonale Kooperation pro Sprachregion	Mittelfristig

7.6 Aufbau der notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten für eine sichere, hochwertige Versorgung

Um organisationsweit nachhaltige Verbesserungen zu erzielen, ist eine Qualitätsinfrastruktur nötig. Dazu gehören ein Netzwerk von führenden Verbesserungsfachleuten, die Unterstützung der Führung, Datensysteme, Indikatoren und Dashboards sowie Unterstützungsstrukturen für die Verbesserung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Auch die Umgebung, in der die Versorgungsleistungen erbracht werden, hat einen klaren Einfluss und kann die Qualität und die Patientensicherheit positiv oder negativ beeinflussen. Viele Fachverbände leisten wichtige Arbeit zur Entwicklung von Fähigkeiten zur Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Allerdings ist wenig bekannt über die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten schweizerischer Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf die Durchführung von Verbesserungsprogrammen. Die Erfahrungen aus regionalen und nationalen Programmen lassen vermuten, dass viele Organisationen kaum über das erforderliche Know-how für den Aufbau der notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten für kontinuierliches Lernen und Verbessern verfügen.

	Adressat	**Zeitrahmen**
Es bedarf einer Umfrage unter den Schweizer Organisationen, um Fachwissen und Voraussetzungen für die Durchführung interner Verbesserungsprogramme und die effiziente Mitwirkung an nationalen Initiativen zu erheben.	BAG	Kurzfristig
Gesundheitsorganisationen sollten die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten für die systematische Überwachung und Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit sowie für grössere organisatorische Veränderungen aufbauen. Dazu gehören die Führungsentwicklung, die Bereitstellung von Zeit und Ressourcen für Verbesserungsaktivitäten, die Entwicklung von Fähigkeiten und eine langfristige Vision und Strategie für die stetige Verbesserung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.	Kantone, Führungskräfte im Gesundheitswesen und Gesundheitsorganisationen	Mittelfristig
Die Datenanalytik sollte in allen Gesundheitsorganisationen gestärkt werden. Der Fokus sollte dabei auf der Bereitstellung zugänglicher, messbarer und relevanter Informationen zur Unterstützung von Ärztinnen, Ärzten, Pflegefachleuten sowie Managerinnen und Managern liegen. Ziel ist, die Versorgung zu überwachen und zu verbessern.	Kantone und Gesundheitsorganisationen	Langfristig
Es bedarf der Stärkung von Organisationen, die Qualitätsverbesserungsaktivitäten fördern. Ziel ist, Initiativen zur Verbesserung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit in Ergänzung nationaler Initiativen stärker regional und überregional zu verankern.	Interkantonale Kooperation pro Sprachregion und Qualitätskommission	Mittelfristig

Alle fortschrittlichen Gesundheitssysteme engagieren sich für eine integrierte Gesundheitsversorgung über den ganzen Behandlungsprozess. Das Schweizer System ist besonders fragmentiert. Die Entwicklung von Methoden zur Verbesserung von Koordination und Integration der Versorgung, besonders für Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen, sollte eine langfristige strategische Priorität darstellen.	Qualitäts-kommission	Langfristig

7.7 Nationale Programme zur Verbesserung der Patientenversorgung

Wenn Probleme landesweit bekannt und evidenzbasierte Best Practices verfügbar sind, sollten nationale Programme zur Verbesserung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit umgesetzt werden. Für die verschiedenen Themen und Bereiche der Gesundheitsversorgung sollten jeweils mehrere nationale Programme parallel laufen.

Bisherige nationale Programme zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit beruhten auf einem kooperativen Ansatz. Der Fokus lag in erster Linie auf der Einführung spezifischer Massnahmen, wie zum Beispiel der Checkliste für sichere Chirurgie. Dieses Vorgehen hat sich grundsätzlich zwar bewährt, künftige Programme müssen hinsichtlich Zweck, Umsetzungsbreite und Nachhaltigkeit aber ehrgeiziger sein. Die Programme sollten mit einer formalen Evaluation verknüpft werden, um die klinischen Ergebnisse und weiteren Auswirkung auf Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende auch hinsichtlich Nachhaltigkeit bewerten zu können. Alle regionalen und nationalen Programme sollten zudem eine wirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse einschliessen. Gegenstand der Programme können prioritäre klinische Bereiche oder aber breitere Themenspektren sein, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen, beispielsweise die interprofessionelle Teamarbeit. Kooperationsprogramme zu spezifischen Themen werden natürlich im Kontext grösserer nationaler Programme nach wie vor ihre Berechtigung haben. Ziel ist, auf nationaler Ebene Best Practices für alle betroffenen Patientinnen und Patienten umzusetzen und diese sowohl während als auch nach der Umsetzung konsequent zu evaluieren und Rückmeldungen dazu einzuholen.

Aufgrund der eingegangenen Kurzberichte und der Gespräche mit Expertinnen und Experten schlagen wir für die kommenden Jahre einige Prioritäten vor. Es ist uns durchaus bewusst, dass die Prioritäten für nationale Programme auch anders gesetzt werden könnten. Wir hielten es jedoch für nötig, einige Anhaltspunkte zur Form solcher Programme zu geben, und entschieden uns für vier, die unseres Erachtens entscheidend sind. Die Anstrengungen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität müssen auf die Grundversorgung, die Heim- und die Hauspflege ausgeweitet werden, natürlich mit entsprechenden Anpassungen oder als Neuentwicklungen.

Medikationssicherheit	**Adressat**	**Zeitrahmen**
Eine Priorität dieses Programms wäre die Entwicklung einer umfassenden nationalen Strategie zur Medikationssicherheit mit verbindlichen regulatorischen Anforderungen. Dazu gehören sollten Richtlinien für Qualitätssicherungssysteme, die den gesamten Prozess des Arzneimittelgebrauchs abdecken, einschliesslich Behandlungsschnittstellen. Weitere Prioritäten sind die Digitalisierung des Medikationsprozesses und die Bereitstellung von Technologien und Instrumenten zur Verbesserung der Medikationssicherheit in allen Versorgungsbereichen. An Behandlungsschnittstellen sollte ein systematischer Medikationsabgleich eingeführt werden.	Kurzfristig BAG, danach Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig

Verbesserung der Versorgung gebrechlicher älterer Menschen		
Prioritäten dieses Programms wären unter anderem: die Untersuchung der Rolle und Notwendigkeit geriatrischer Beurteilungen in allen relevanten Behandlungssettings; Kenntnisse und notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten für die geriatrische Versorgung; Versorgungsstandards für die Pflege zuhause und im Heim; die Rolle und die Belastung unbezahlter betreuender Angehöriger; die Bereitstellung von Entlastungsangeboten; Unterstützung und Schulungen für betreuende Angehörige.	Kurzfristig BAG, danach Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig
Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen		
Prioritäten dieses Programms wären unter anderem: die Früherkennung, Behandlung und Prävention von psychischen Problemen; Kriseninterventionen zur Verhinderung von Spitaleinweisungen; der Einbezug von Menschen mit psychischen Problemen in fundierte Entscheidungen und ihre eigene Versorgung; die Verbesserung der Versorgung bei somatischer Komorbidität; die landesweit kohärente Ausgestaltung der finanziellen und sozialen Unterstützung.	Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig
Teamarbeit für Patientensicherheit und Qualität		
Interprofessionelle Kommunikation und Teamarbeit sollten Thema eines nationalen Programms und damit zu einer entscheidenden Kernkompetenz des Schweizer Gesundheitssystems werden. Das Programm sollte Schulungen zu Grundkompetenzen in Kommunikation und Teamarbeit, die Verwendung von evidenzbasierten, strukturierten Kommunikations- und Übergabetools sowie bewährte Teamarbeitsmassnahmen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung abdecken. Schulungen für Kommunikations- und Teamarbeit sollten in Aus-, Weiter und Fortbildung aller Gesundheitsberufe und Fachrichtungen eingebettet werden.	Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig

7.8 Führung, Steuerung und Regulierung für eine sichere, hochwertige Gesundheitsversorgung

Zahlreiche Kurzberichte weisen auf widersprüchliche gesetzliche Rahmenbedingungen sowie eine schwache Qualitätskontrolle und Regulierungsmängel im Schweizer Gesundheitswesen hin. Einige Berichte empfehlen mit Nachdruck Massnahmen zur Stärkung von Qualitätssicherung, Zertifizierung und Regulierung. Diese Anliegen wurden bereits in früheren Berichten internationaler Gremien, wie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO), vorgebracht.

Es bedarf klarerer Steuerung und Führung, um die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten für die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit auf allen Stufen des Systems aufzubauen und diesen Themen die Priorität beizumessen, die ihnen in anderen Ländern zukommt. Die nationale und die regionalen Regierungen sollten ihre Vision und Erwartungen für die Qualität und Patientensicherheit festlegen und breit kommunizieren. Sie sollten sich auch mithilfe der Bildung einer nationalen Plattform und eines nationalen Kongresses für eine Gemeinschaft von Verbesserungsexperten engagieren. Zudem sollten sie die Forschung über bereichsspezifische Verbesserungen fördern und wirksame, adäquate Verfahren für Zertifizierung und Regulierung und Nachhaltigkeitsevaluation entwickeln.

Die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems ist nicht Thema dieses Berichts, und wir werden daher die Höhe der Finanzierung und die Allokation der Mittel nicht direkt kommentieren. Es sei aber festgehalten, dass das Schweizer Gesundheitswesen im internationalen Vergleich finanziell sehr gut ausgestattet ist. Es sollte deshalb möglich sein, nationale Programme von weitaus grösserer Tragweite auf einem Niveau durchzuführen, das mit jenen anderer Länder vergleichbar ist. Finanzierungsmechanismen können keine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung garantieren, aber Finanzierungsanreize können Organisationen dazu bewegen, die Innovation und die Übernahme neuer Methoden und Verbesserungen zu beschleunigen.

Aufbau von Führungs- und Governance-Fähigkeiten	**Adressat**	**Zeitrahmen**
Die nationale Vision und Strategie für Versorgungsqualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen sollte in einem kurzen Dokument zusammengefasst und allen Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden. Die Kantone sollten ihre eigenen Visionen und Strategien haben, die mit der nationalen vereinbar sind. Auch die Gesundheitsorganisationen sollten eine Vision und Strategie haben, die mit den Strategien des Bundes und des Kantons im Einklang stehen.	Bundesrat, BAG, Kantone	Kurzfristig

Die Steuerung und Regulierung des Schweizer Gesundheitswesens sollte Gegenstand einer eigenen Analyse sein. Regulierung und Praxis der Qualitätssicherung scheinen landesweit erheblich zu variieren, was sowohl für Patientinnen und Patienten als auch das Personal verwirrend ist. Es ist weitgehend unklar, inwieweit die Kantone die Kapazität haben, die Versorgungsqualität zu überwachen und einzugreifen, wenn Standards nicht beachtet werden.	Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig
Der rechtliche Rahmen		
In einer Analyse sollte die Wirksamkeit des aktuellen rechtlichen Rahmens zur Patientensicherheit unter Berücksichtigung der internationalen Erfahrungen in relevanten Bereichen bewertet werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte auf den Schutz im Falle der Meldung von unerwünschten Ereignissen (adverse events) gelegt werden. Gesundheitsfachpersonen sollten – wenn möglich gesetzlich – verpflichtet sein, unerwünschte Ereignisse, die während der Gesundheitsversorgung der Patientinnen, Patienten und Betreuenden auftreten, zu melden.	Eidgenössische Qualitätskommission	Mittelfristig
In einer Analyse sollte geprüft werden, ob das System der medizinischen Haftpflicht, das auf persönlicher Schuld und persönlichem Versagen basiert, von einem anderen abgelöst werden sollte, das die Notwendigkeit einer Entschädigung objektiver beurteilt. Neuseeland und weitere Länder haben alternative Systeme entwickelt. Die Verjährungs- und Verwirkungsfristen in Haftpflichtfällen sollten landesweit harmonisiert werden.	Eidgenössische Qualitätskommission	Langfristig

Schlusswort

In unserem Bericht haben wir zahlreiche Probleme aufgezeigt, die angegangen werden müssen. Man könnte daraus den einfachen wenn auch falschen Schluss ziehen, dass wir kein Vertrauen in das schweizerische Gesundheitssystem haben. Das Gegenteil ist der Fall. Wir haben grossen Respekt vor der Leistung und dem Engagement aller, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten oder an der Leitung und Steuerung des Gesundheitssystems beteiligt sind. Dennoch sind wir, und mit uns viele der Autorinnen und Autoren der Kurzberichte, enttäuscht, weil so viel mehr unternommen werden könnte, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern und nachhaltig zu sichern, indem einige offensichtliche Mängel behoben werden.

Wir hoffen, dass dieser Bericht, der in Zusammenarbeit mit zahlreichen Schweizer Kolleginnen und Kollegen entstanden ist, den Grundstein legt für umfassendere und besser koordinierte nationale Anstrengungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen. Wir hoffen, dass unser Bericht und die dazugehörigen Kurzberichte Gesetzgeber, Politik, Führungskräfte, Verwaltungsangestellte, Ausbildende, Gesundheitsfachleute und Patientinnen und Patienten dazu inspirieren, sich für eine sichere und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu engagieren. Dies ist zweifellos ein langfristiges nationales Unterfangen, ein zukunftsorientierter gemeinsamer Lernprozess. Den ersten Schritt können wir aber heute machen.

Bibliografie

Auer, Reto, Gencer, Baris, Räber, Lorenz, Klingenberg, Roland, Carballo, Sebastian, Carballo, David, . . . Rodondi, Nicolas. (2014). Quality of Care after Acute Coronary Syndromes in a Prospective Cohort with Reasons for Non-Prescription of Recommended Medications. *PLOS ONE, 9*(3), e93147. doi: 10.1371/journal.pone.0093147

Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud, 50*(2), 240-252. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., . . . Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf, 23*(2), 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318

Avery, A. J., Rodgers, S., Cantrill, J. A., Armstrong, S., Cresswell, K., Eden, M., . . . Sheikh, A. (2012). A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet, 379*(9823), 1310-1319. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61817-5

Baker, G. R., Macintosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmacovich, K., & Born, K. (2008). *High performing healthcare systems. Delivering quality by design*. Toronto: Longwoods.

Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organising for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Baztan, J. J., Suarez-Garcia, F. M., Lopez-Arrieta, J., Rodriguez-Manas, L., & Rodriguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ, 338*, b50. doi: 10.1136/bmj.b50

Berwick, Donald M. (2013). A promise to learn - a commitment to act. Improving the safety of patients in England. London.

Birkmeyer, J. D., Reames, B. N., McCulloch, P., Carr, A. J., Campbell, W. B., & Wennberg, J. E. (2013). Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet, 382*(9898), 1121-1129. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61215-5

Blozik, Eva, Reich, Oliver, Rapold, Roland, Scherer, Martin, Djalali, Sima, Huber, Felix, . . . Group, Swiss Quality Indicator for Primary Care Working. (2018). Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. *BMC Health Services Research, 18*(1), 743. doi: 10.1186/s12913-018-3477-z

Bosshard, C, Kraft, E, & Kübler, R. (2019). The current status of quality and (patient) safety in the Swiss healthcare system from the perspective of the Swiss Academy for Quality in Medicine: Swiss Academy for Quality in Medicine (SAQM/FMH).

Bouvy, Jacoline C., De Bruin, Marie L., & Koopmanschap, Marc A. (2015). Epidemiology of Adverse Drug Reactions in Europe: A Review of Recent Observational Studies. *Drug Safety, 38*(5), 437-453. doi: 10.1007/s40264-015-0281-0

Braithwaite, J., Marks, D., & Taylor, N. (2014). Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: a systematic review of targeted literature. *Int J Qual Health Care, 26*(3), 321-329. doi: 10.1093/intqhc/mzu047

Bucher, H. C., Achermann, R., Stohler, N., & Meier, C. R. (2016). Surveillance of Physicians Causing Potential Drug-Drug Interactions in Ambulatory Care: A Pilot Study in Switzerland. *PLoS One, 11*(1), e0147606. doi: 10.1371/journal.pone.0147606

Burla, L., Schaffert, R., Mylaeus, M., & Rüesch, P. (2010). Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz. [Developing and Testing Quality Indicators of Home Care in Switzerland]. *Gesundheitswesen, 72*(02), 106-113. doi: 10.1055/s-0029-1233474

Burnand, B, & Al-Gobari, M. (2019). The safety and quality of healthcare in Switzerland: Indicators and evaluation of quality and safety. Literature Review: Center for Primary Care and Public Health (Unisanté), University of Lausanne.

Burnett, Susan, Benn, Jonathan, Pinto, Anna, Parand, Anam, Iskander, Sandra, & Vincent, Charles. (2010). Organisational readiness: exploring the preconditions for success in organisation-wide patient safety improvement programmes. Quality & Safety in Health Care, 19(4), 313-317. doi: 10.1136/qshc.2008.030759

Busch, P. (2019). ANQ Quality Measurements in Hospitals and Clinics - A pioneering Swiss achievement: Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ).

Buurman, Bianca M., Hoogerduijn, Jita G., de Haan, Rob J., Abu-Hanna, Ameen, Lagaay, A. Margot, Verhaar, Harald J., . . . de Rooij, Sophia E. (2011). Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *PLOS ONE, 6*(11), e26951. doi: 10.1371/journal.pone.0026951

Ceschi, A. (2019). The state of quality and safety in Swiss Healthcare: Contribution of Clinical Pharmacologists and Toxicologists to Improve Medication Safety: The Swiss Society of Clinical Pharmacology and Toxicology.

Chiolero, A, & Rodondi, N. (2019). Quality improvement in primary care: toward the provision of safe, high value, patient-centered, sustainable, and data-informed care: Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern.

Choupay-Dessard, G, Briot, P, & Chopard, P. (2019). Education and training in safety and quality improvement: Geneva University Hospitals.

Clancy, C. M. (2007). TeamSTEPPS: optimizing teamwork in the perioperative setting. *AORN J, 86*(1), 18-22. doi: 10.1016/j.aorn.2007.06.008

Collet, T. H., Salamin, S., Zimmerli, L., Kerr, E. A., Clair, C., Picard-Kossovsky, M., . . . Rodondi, N. (2011). The quality of primary care in a country with universal health care coverage. *J Gen Intern Med, 26*(7), 724-730. doi: 10.1007/s11606-011-1674-0

Courvoisier, Delphine S., Righi, Lorenzo, Béné, Nadine, Rae, Anne-Claire, & Chopard, Pierre. (2018). Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study. *Applied Nursing Research, 42*, 45-50. doi: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.001

Cullati, Stéphane, Le Du, Sophie, Raë, Anne-Claire, Micallef, Martine, Khabiri, Ebrahim, Ourahmoune, Aimad, . . . Chopard, Pierre. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Quality & Safety, 22*(8), 639-646. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001634

Czakert, J; Y, Lehmann, Y., & Ewers, M. (2018). Patient safety in home care : A review of international recommendations. . *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*(135-136), 18-26.

De Pietro, C, Camenzind, P, Sturny, I, Crivelli, L, Edwards, -Garavoglia, S, Spranger, A, . . . Quentin, W. (2015). Switzerland. Health System Review. . *Health Systems in Transition, 17*(4), 1-288.

Deschodt, M. (2019). Care for frail older people in the hospital: Nursing Science,, Department of Public Health, University of Basel.
Di Pollina, L., Guessous, I., Petoud, V., Combescure, C., Buchs, B., Schaller, P., . . . Gaspoz, J. M. (2017). Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr, 17*(1), 53. doi: 10.1186/s12877-017-0449-9
Dixon-Woods, M, McNicol, S, & Martin, G. (2012). Overcoming challenges to improving quality. London.
Dörr, P, & Küng, C. (2019). Pharmacovigilance: Swissmedic.
Ebert, Sonja T., Pittet, Valérie, Cornuz, Jacques, & Senn, Nicolas. (2017). Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Services Research, 17*(1), 789. doi: 10.1186/s12913-017-2696-z
Federal Office of Public Health. (2015). Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz (Patient rights and patient participation in Switzerland). Bern.
Federal Office of Public Health. (2019). NOSO Strategy. Annual Report 2018. Bern.
Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q., 79*(2), 281-315.
Fishman, Liat, Brühwiler, Lea, & Schwappach, David. (2018). Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 61*(9), 1152-1158. doi: 10.1007/s00103-018-2794-z
Frank, O. (2019). Systems for reporting medical errors and treatment incidents in the Swiss healthcare system: an overview: Swiss Patient Safety Foundation, Zürich.
Fulop, N, & Robert, G. (2015). Context for successful quality improvement. London.
Genoni, M. (2019). From a surgical point of view: Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zürich.
Gershon, R M, Qureshi, K A, & Samar, S M. (2013). Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. Retrieved Feb 2013, from http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/Advances-Gershon_88.pdf
Giannini, O., Rizza, N., Pironi, M., Parlato, S., Waldispuhl Suter, B., Borella, P., . . . Ceschi, A. (2019). Prevalence, clinical relevance and predictive factors of medication discrepancies revealed by medication reconciliation at hospital admission: prospective study in a Swiss internal medicine ward. *BMJ Open, 9*(5), e026259. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026259
Guillod, O, & Christinat, R. (2019). Regulation system and quality/safety: Institut de droit de la santé, University of Neuchâtel.
Halfon, P., Staines, A., & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *Int J Qual Health Care, 29*(4), 527-533. doi: 10.1093/intqhc/mzx061
Haller, G., Garnerin, P., Morales, M. A., Pfister, R., Berner, M., Irion, O., . . . Kern, C. (2008). Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *Int J Qual Health Care, 20*(4), 254-263. doi: 10.1093/intqhc/mzn018
Hannawa, A. (2019). Safe communication between staff and with patients: Center for the Advancement of Healthcare Quality and Patient Safety (CAHQS), Faculty of Communication Sciences, Università della Svizzera italiana.
Hannawa, A. F. (2017). What constitutes "competent error disclosure"? Insights from a national focus group study in Switzerland. *Swiss Med Wkly, 147*, w14427. doi: 10.4414/smw.2017.14427

Harrison, Margaret B, Keeping-Burke, Lisa, Godfrey, Christina M, Ross-White, Amanda, McVeety, Janice, Donaldson, Victoria, . . . Doran, Diane Marie. (2013). Safety in home care: a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 11*(3), 148-160. doi: 10.1111/1744-1609.12027

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., . . . Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine, 360*(5), 491-499.

Hošek, M, & Bezzola, P. (2019). Development instead of a standstill: accreditation for medical practices: EQUAM Foundation.

Hotzy, Florian, Hengartner, Michael P., Hoff, Paul, Jaeger, Matthias, & Theodoridou, Anastasia. (2019). Clinical and socio-demographic characteristics associated with involuntary admissions in Switzerland between 2008 and 2016: An observational cohort study before and after implementation of the new legislation. *European Psychiatry, 59*, 70-76. doi: https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.004

Huckels-Baumgart, S., & Manser, T. (2014). Identifying medication error chains from critical incident reports: a new analytic approach. *J Clin Pharmacol, 54*(10), 1188-1197. doi: 10.1002/jcph.319

Ihde-Scholl, T, & Rössler, W. (2019). Safety and quality of psychiatric care in Switzerland: Pro Mente Sana.

Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC).

Jha, A., & Epstein, A. (2010). Hospital governance and the quality of care. *Health Aff (Millwood), 29*(1), 182-187. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0297

Jiang, H. J., Lockee, C., Bass, K., & Fraser, I. (2009). Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? *J Healthc Manag, 54*(1), 15-29; discussion 29-30.

Kandler, L., Tscholl, D. W., Kolbe, M., Seifert, B., Spahn, D. R., & Noethiger, C. B. (2016). Using educational video to enhance protocol adherence for medical procedures. *Br J Anaesth, 116*(5), 662-669. doi: 10.1093/bja/aew030

Kim, J. J., Maulsby, C., Kinsky, S., Riordan, M., Charles, V., Positive Charge Intervention, Team, . . . Holtgrave, D. R. (2014). The development and implementation of the national evaluation strategy of Access to Care, a multi-site linkage to care initiative in the United States. *AIDS Educ Prev, 26*(5), 429-444. doi: 10.1521/aeap.2014.26.5.429

Kobler, I, Mascherek, A, & Bezzola, P. (2015). Wie kann die Implementierung von Patientensicherheitsprogrammen gelingen? Ein Beispiel aus der Schweiz. Zeitschrift für Evidenz. *Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109*, 132-137.

Kohler, P., Bregenzer-Witteck, A., Rafeiner, P., & Schlegel, M. (2013). Presumably hospital-transmitted Clostridium difficile infections based on epidemiological linkage. *Swiss Med Wkly, 143*, w13824. doi: 10.4414/smw.2013.13824

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. E. (1999). *To err is human*. Washington DC: National Academy Press.

Kolbe, M., Burtscher, M. J., Wacker, J., Grande, B., Nohynkova, R., Manser, T., . . . Grote, G. (2012). Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesth Analg, 115*(5), 1099-1108. doi: 10.1213/ANE.0b013e318269cd32

Konstantinidis, Lazaros, Carron, Tania, de Ancos, Eva, Chinet, Léonie, Hagon-Traub, Isabelle, Zuercher, Emilie, & Peytremann-Bridevaux, Isabelle. (2017). Awareness and practices regarding eye diseases among patients with diabetes: a cross sectional analysis of the CoDiab-VD cohort. *BMC Endocrine Disorders, 17*(1), 56.

Kruk, Margaret E., Gage, Anna D., Joseph, Naima T., Danaei, Goodarz, García-Saisó, Sebastián, & Salomon, Joshua A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet, 392*(10160), 2203-2212. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31668-4

Kung, K., Carrel, T., Wittwer, B., Engberg, S., Zimmermann, N., & Schwendimann, R. (2013). Medication errors in a swiss cardiovascular surgery department: a cross-sectional study based on a novel medication error report method. *Nurs Res Pract, 2013*, 671820. doi: 10.1155/2013/671820

Kuster, Stefan P., Eisenring, Marie-Christine, Sax, Hugo, & Troillet, Nicolas. (2017). Structure, Process, and Outcome Quality of Surgical Site Infection Surveillance in Switzerland. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 38*(10), 1172-1181. doi: 10.1017/ice.2017.169

Kwan, Janice L., Lo, Lisha, Sampson, Margaret, & Shojania, Kaveh G. (2013). Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety StrategyA Systematic Review. *Annals of Internal Medicine, 158*(5_Part_2), 397-403. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006

Lang, A., Edwards, N., Hoffman, C., Shamian, J., Benjamin, K., & Rowe, M. (2006). Broadening the patient safety agenda to include home care services. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.), 9 Spec No*, 124-126.

Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg, 152*(3), 292-298. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952

Lubbeke, A., Hovaguimian, F., Wickboldt, N., Barea, C., Clergue, F., Hoffmeyer, P., & Walder, B. (2013). Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. *Med Care, 51*(5), 425-429. doi: 10.1097/MLR.0b013e31828d1489

Macinko, James, & Guanais, Frederico C. (2015). Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries. *International Journal for Quality in Health Care, 27*(6), 443-450. doi: 10.1093/intqhc/mzv074

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand, 53*(2), 143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Manser, T. (2019). Safety culture in the context of Swiss healthcare: Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

Manser, T, Schmutz, J B, & Bogdanovic, J. (2019). Evidence of implementation of safety and quality interventions. Literature Review.: Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

Martin, Yonas, Collet, Tinh-Hai, Bodenmann, Patrick, Blum, Manuel R., Zimmerli, Lukas, Gaspoz, Jean-Michel, . . . Rodondi, Nicolas. (2014). The lower quality of preventive care among forced migrants in a country with universal healthcare coverage. *Preventive Medicine, 59*, 19-24. doi: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.11.006

Mascherek, A. C., Schwappach, D. L., & Bezzola, P. (2013). Frequency of use and knowledge of the WHO-surgical checklist in Swiss hospitals: a cross-sectional online survey. *Patient Saf Surg, 7*(1), 36. doi: 10.1186/1754-9493-7-36

Mascherek, A. C., & Schwappach, D. L. B. (2017). Patient safety climate profiles across time: Strength and level of safety climate associated with a quality improvement program in Switzerland-A cross-sectional survey study. *PLoS One, 12*(7), e0181410. doi: 10.1371/journal.pone.0181410

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine, 348*(26), 2635-2645.

McLennan, S. (2019). Support for victims (patients, families, and staff) Institute for Biomedical Ethics, University of Basel.

McLennan, S., Engel, S., Ruhe, K., Leu, A., Schwappach, D., & Elger, B. (2013). Implementation status of error disclosure standards reported by Swiss hospitals. *Swiss Med Wkly, 143*, w13820. doi: 10.4414/smw.2013.13820

McLennan, S., Shaw, D., Leu, A., & Elger, B. (2015a). Professional liability insurance and medical error disclosure. *Swiss Med Wkly, 145*, w14164. doi: 10.4414/smw.2015.14164

McLennan, S. R., Engel-Glatter, S., Meyer, A. H., Schwappach, D. L., Scheidegger, D. H., & Elger, B. S. (2015b). Disclosing and reporting medical errors: Cross-sectional survey of Swiss anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol, 32*(7), 471-476. doi: 10.1097/EJA.0000000000000236

Metsini, A., Vazquez, M., Sommerstein, R., Marschall, J., Voide, C., Troillet, N., . . . The Swissnoso, Network. (2018). Point prevalence of healthcare-associated infections and antibiotic use in three large Swiss acute-care hospitals. *Swiss Med Wkly, 148*, w14617. doi: 10.4414/smw.2018.14617

Meyer-Massetti, C., Meier, C. R., & Guglielmo, B. J. (2018). The scope of drug-related problems in the home care setting. *Int J Clin Pharm, 40*(2), 325-334. doi: 10.1007/s11096-017-0581-9

Midão, Luís, Giardini, Anna, Menditto, Enrica, Kardas, Przemyslaw, & Costa, Elísio. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 78*, 213-220. doi: https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.018

Miller, Gavin, Franklin, Bryony Dean, & Jacklin, Ann. (2011). Including pharmacists on consultant-led ward rounds: a prospective non-randomised controlled trial. *Clinical Medicine, 11*(4), 312-316. doi: 10.7861/clinmedicine.11-4-312

Muff, P, Meyer-Massetti, C, Bouzid, J, & Lampert, M L. (2019). Medication Safety: Swiss Association of Public Health Administration and Hospital Pharmacists (GSASA).

Murphy, M. F., Staves, J., Davies, A., Fraser, E., Parker, R., Cripps, B., . . . Vincent, C. (2009). How do we approach a major change program using the example of the development, evaluation, and implementation of an electronic transfusion management system. *Transfusion, 49*(5), 829-837. doi: 10.1111/j.1537-2995.2009.02120.x

Mylaeus-Renggli, M, Cottier, C, Betschart, M, & Ueberschlag, P. (2019). The understanding of quality management by SanaCERT Suisse: SanaCERT Suisse.

Neily, Julia, Mills, Peter D., Young-Xu, Yinong, Carney, Brian T., West, Priscilla, Berger, David H., . . . Bagian, James P. (2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 304*(15), 1693-1700. doi: 10.1001/jama.2010.1506

Neily, Julia, Soncrant, Christina, Mills, Peter D., Paull, Douglas E., Mazzia, Lisa, Young-Xu, Yinong, . . . Gunnar, William. (2018). Assessment of Incorrect Surgical Procedures Within and Outside the Operating Room: A Follow-up Study From US Veterans Health Administration Medical CentersIncorrect Surgical Procedures in the US Veterans Health AdministrationIncorrect Surgical Procedures in the US Veterans Health Administration. *JAMA Network Open, 1*(7), e185147-e185147. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.5147

Nelson, E. C., Batalden, P., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design. A clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey Bass.

Niederhauser, A., Zuellig, S., Marschall, J., Schwappach, D. L., & progress! Safe Urinary Catheterization Collaboration, Group. (2018). Nurses' and Physicians' Perceptions of Indwelling Urinary Catheter Practices and Culture in Their Institutions. *J Patient Saf*. doi: 10.1097/PTS.0000000000000502

OECD. (2017). Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. *OECD Health Policy Studies, .*

O'Riordan, David , Aubert, Carole Elodie, Walsh, Kieran A, Van Dorland, Anette, Rodondi, Nicolas, Du Puy, Robert S, . . . Kearney, Patricia M. (2018). Prevalence of potentially inappropriate prescribing in a subpopulation of older European clinical trial participants: a cross-sectional study. *BMJ Open, 8*(3), e019003. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019003

Ortelli, Laura, Spitale, Alessandra, Mazzucchelli, Luca, & Bordoni, Andrea. (2018). Quality indicators of clinical cancer care for prostate cancer: a population-based study in southern Switzerland. *BMC Cancer, 18*(1), 733. doi: 10.1186/s12885-018-4604-2

Ovretveit, J. (2011). Widespread focused improvement: lessons from international health for spreading specific improvements to health services in high-income countries. *Int J Qual Health Care, 23*(3), 239-246. doi: 10.1093/intqhc/mzr018

Ovretveit, J., & Staines, A. (2007). Sustained improvement? Findings from an independent case study of the Jonkoping quality program. *Qual Manag.Health Care, 16*(1), 68-83.

Pagnamenta, A., Rabito, G., Arosio, A., Perren, A., Malacrida, R., Barazzoni, F., & Domenighetti, G. (2012). Adverse event reporting in adult intensive care units and the impact of a multifaceted intervention on drug-related adverse events. *Ann Intensive Care, 2*(1), 47. doi: 10.1186/2110-5820-2-47

Pearse, Rupert M., Moreno, Rui P., Bauer, Peter, Pelosi, Paolo, Metnitz, Philipp, Spies, Claudia, . . . Rhodes, Andrew. (2012). Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *The Lancet, 380*(9847), 1059-1065. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61148-9

Peden, Carol J., Stephens, Tim, Martin, Graham, Kahan, Brennan C., Thomson, Ann, Rivett, Kate, . . . Hale, Beth. (2019). Effectiveness of a national quality improvement programme to improve survival after emergency abdominal surgery (EPOCH): a stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet*. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32521-2

Peiro, S., & Maynard, A. (2015). Variations in health care delivery within the European Union. *Eur J Public Health, 25 Suppl 1*, 1-2. doi: 10.1093/eurpub/cku223

Pellegrini, S, Kohler, D, & Otto, S. (2014). Variations geographiques dans les soins de sante: la situation: la situation en Suisse (Geographical variations in health care: the situation in Switzerland).

Peytremann-Bridevaux, Isabelle, Bordet, Julie, & Burnand, Bernard. (2013). Diabetes care in Switzerland: good, but perfectible: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research, 13*(1), 232. doi: 10.1186/1472-6963-13-232

Pittet, Didier, Allegranzi, Benedetta, Sax, Hugo, Bertinato, Luigi, Concia, Ercole, Cookson, Barry, . . . Lazzari, Stefano. (2005). Considerations for a WHO European strategy on health-care-associated infection, surveillance, and control. *The Lancet Infectious Diseases, 5*(4), 242-250.

Pittet, D., Hugonnet, S., & Harbarth, S. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. *Lancet, 356*. doi: 10.1016/s0140-6736(00)02814-2

Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Subst Abuse Treat, 61*, 47-59. doi: 10.1016/j.jsat.2015.09.006

Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H. T., Cosgrove, S., . . . Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine, 355*(26), 2725-2732.

Rechel, Bernd, Grundy, Emily, Robine, Jean-Marie, Cylus, Jonathan, Mackenbach, Johan P., Knai, Cecile, & McKee, Martin. (2013). Ageing in the European Union. *The Lancet, 381*(9874), 1312-1322. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X

Reich, Oliver, Rosemann, Thomas, Rapold, Roland, Blozik, Eva, & Senn, Oliver. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *PLOS ONE, 9*(8), e105425. doi: 10.1371/journal.pone.0105425

Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K., & Wong, G. (2018). Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae-A scoping review. *PLoS One, 13*(12), e0202616. doi: 10.1371/journal.pone.0202616

Rosenthal, R., Mujagic, E., Jacob, A. L., Seelos, R., Schafer, J., & Gurke, L. (2013). Impact of an intensive 2-day endovascular training course on technical performance of trainees. *Ann Vasc Surg, 27*(8), 1173-1181. doi: 10.1016/j.avsg.2013.01.015

Runciman, W. B., Hunt, T. D., Hannaford, N. A., Hibbert, P. D., Westbrook, J. I., Coiera, E. W., . . . Braithwaite, J. (2012). CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust, 197*(2), 100-105.

Russ, Stephanie, Hull, Louise, Rout, Shantanu, Vincent, Charles, Darzi, Ara, & Sevdalis, Nick. (2012). Observational Teamwork Assessment for Surgery Feasibility of Clinical and NonClinical Assessor Calibration With Short-Term Training. *Annals of Surgery, 255*(4), 804-809. doi: 10.1097/SLA.0b013e31824a9a02

Rütsche, B, d'Amico, N, & Schläpfer, L. (2013). Stärkung der Patientenrechte: internationales Soft Law und nationale Gesetze im Vergleich. Gutachten im Auftrag des BAG. Bern.

Sax, H, Harbarth, S, Troillet, N, Schlegel, M, Marschall, J, & Widmer, A. (2019). Infection Prevention and Control in Switzerland: Swiss Center for Infection Prevention Swissnoso and Swiss Infection Prevention Society.

Sax, H, Harbarth, S, Troillet, N, Schlegel, M, Marschall, J, & Widmer, A. (2019). Infection Prevention and Control in Switzerland: Swiss Center for Infection Prevention Swissnoso and Swiss Infection Prevention Society.

Scherz, Nathalie, Valeri, Fabio, Rosemann, Thomas, & Djalali, Sima. (2016). Quality of secondary prevention of coronary heart disease in Swiss primary care: Lessons learned from a 6-year observational study. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 118-119*, 40-47. doi: https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.06.018

Schneider, P. (2019). The state of quality and safety in Swiss healthcare: Swiss Society for Quality Management in Health Care (sQmh).

Schoenenberger, A. W., Radovanovic, D., Windecker, S., Iglesias, J. F., Pedrazzini, G., Stuck, A. E., . . . Investigators, Amis Plus. (2016). Temporal trends in the treatment and outcomes of elderly patients with acute coronary syndrome. *Eur Heart J, 37*(16), 1304-1311. doi: 10.1093/eurheartj/ehv698

Schuler, D, Tuch, A, & Peter, C. (2018). Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/2018. Neuchâtel.

Schwappach, D. L., & Conen, D. (2012). Patient safety--who cares? *Swiss Med Wkly, 142*, w13634. doi: 10.4414/smw.2012.13634

Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res, 18*(1), 521. doi: 10.1186/s12913-018-3335-z

Seelandt, J. C., Tschan, F., Keller, S., Beldi, G., Jenni, N., Kurmann, A., . . . Semmer, N. K. (2014). Assessing distractors and teamwork during surgery: developing an event-based method for direct observation. *BMJ Qual Saf, 23*(11), 918-929. doi: 10.1136/bmjqs-2014-002860

Shekelle, Paul G., Pronovost, Peter J., Wachter, Robert M., Taylor, Stephanie L., Dy, Sydney M., Foy, Robbie, . . . Walshe, Kieran. (2011). Advancing the Science of Patient Safety. *Annals of Internal Medicine, 154*(10), 693-696. doi: 10.1059/0003-4819-154-10-201105170-00011

Sommerhalder, K. (2015). Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS. Bern.

Staender, S. (2019). Quality and Safety of Anaesthesiology in Switzerland: Swiss Society of Anaesthesiology and Resuscitation.

Staender, S., Schaer, H., Clergue, F., Gerber, H., Pasch, T., Skarvan, K., & Meister, B. (2011). A Swiss anaesthesiology closed claims analysis: report of events in the years 1987-2008. *Eur J Anaesthesiol, 28*(2), 85-91. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283414fea

Staines, A. (2007). *La relation programme qualité / résultats patients. (The relationship between quality improvement programmes and results for patients).* University of Lyon, Lyon.

Staines, A., Amherdt, I., Lecureux, E., Petignat, C., Eggimann, P., Schwab, M., & Pittet, D. (2017). Hand Hygiene Improvement and Sustainability: Assessing a Breakthrough Collaborative in Western Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol, 38*(12), 1420-1427. doi: 10.1017/ice.2017.180

Staines, A., Baralon, C, & Farin, A. (2016). TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients (TeamSTEPPS: teamwork tools for patient safety). *Risques & Qualité en milieu de soins, XIII*(3), 159-164.

Staines, A, Lecureux, E, Rubin, P, Baralon, C, & Farin, A. (2019). Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. *International Journal of Quality in Health Care (in press).*

Staines, A., Mattia, C., Schaad, N., Lecureux, E., & Bonnabry, P. (2015). Impact of a Swiss adverse drug event prevention collaborative. *J Eval Clin Pract, 21*(4), 717-726. doi: 10.1111/jep.12376

Staines, A., Thor, J., & Robert, G. (2015). Sustaining improvement? The 20-year Jonkoping quality improvement program revisited. *Qual Manag Health Care, 24*(1), 21-37. doi: 10.1097/QMH.0000000000000048

Swiss Nurses Association. (2019). Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.

Troillet, Nicolas, Aghayev, Emin, Eisenring, Marie-Christine, & Widmer, Andreas F. (2017). First Results of the Swiss National Surgical Site Infection Surveillance Program: Who Seeks Shall Find. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 38*(6), 697-704. doi: 10.1017/ice.2017.55

Tscholl, D. W., Weiss, M., Kolbe, M., Staender, S., Seifert, B., Landert, D., . . . Noethiger, C. B. (2015). An Anesthesia Preinduction Checklist to Improve Information Exchange, Knowledge of Critical Information, Perception of Safety, and Possibly Perception of Teamwork in Anesthesia Teams. *Anesth Analg, 121*(4), 948-956.

Vats, A, Vincent, CA, Nagpal, K, Davies, RW, Darzi, A, & Moorthy, K. (2010). Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *British Medical Journal, 340*. doi: 10.1136/bmj.b5433

Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Oxford: Wiley Blackwell.

Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer healthcare. Strategies for the real world*. London: Springer.

Vincent, C., Moorthy, K., Sarker, S. K., Chang, A., & Darzi, A. W. (2004). Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery, 239*(4), 475-482. doi: 10.1097/01.sla.0000118753.22830.41

von Laue, N, Schwappach, D, Hochreutener, MA , & Frank, O. (2011). Täter als Opfer – „second victims“ Konstruktiver Umgang mit Behandlungs. Fehlern in Gesundheitsorganisationen Autoren. .

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 72*(4), 334-341. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502

Wang , Yun, Eldridge , Noel, Metersky , Mark L., Verzier , Nancy R., Meehan , Thomas P., Pandolfi , Michelle M., . . . Battles , James. (2014). National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005–2011. *New England Journal of Medicine, 370*(4), 341-351. doi: doi:10.1056/NEJMsa1300991

Wasserfallen, J.B. (2019). The economic case for quality and safety: University of Lausanne.

Weiler, Stefan, Gemperli, Armin, Collet, Tinh-Hai, Bauer, Douglas C., Zimmerli, Lukas, Cornuz, Jacques, . . . Rodondi, Nicolas. (2014). Clinically relevant quality measures for risk factor control in primary care: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research, 14*(1), 306. doi: 10.1186/1472-6963-14-306

Weld, L. R., Stringer, M. T., Ebertowski, J. S., Baumgartner, T. S., Kasprenski, M. C., Kelley, J. C., . . . Novak, T. E. (2016). TeamSTEPPS Improves Operating Room Efficiency and Patient Safety. *Am J Med Qual, 31*(5), 408-414. doi: 10.1177/1062860615583671

World Health Organisation. (2018). Handbook for National Quality Policy and Strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.

World Health Organisation, World Bank, & OECD. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organisation.

Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. *British Medical Journal, 320*(7237), 726-727.

Ziltener, Erika. (2019). Healthcare from the point of view of patients: Dachverband Schweizerischer Patientenstellen.

Zimmermann, K., Holzinger, I. B., Ganassi, L., Esslinger, P., Pilgrim, S., Allen, M., . . . Stocker, M. (2015). Inter-professional in-situ simulated team and resuscitation training for patient safety: Description and impact of a programmatic approach. *BMC Med Educ, 15*, 189. doi: 10.1186/s12909-015-0472-5

Zimmermann, N., Kung, K., Sereika, S. M., Engberg, S., Sexton, B., & Schwendimann, R. (2013). Assessing the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals--a validation study. *BMC Health Serv Res, 13*, 347. doi: 10.1186/1472-6963-13-347

Züllig, S. (2019). Harm to patients in Switzerland – an overview: Swiss Patient Safety Foundation, Zürich.

Zúñiga, F. (2019a). Resident safety and quality of care in nursing homes: Nursing Science, Department Public Health, University of Basel.

Zúñiga, F. (2019b). Frail older people in home care: Nursing Science, Department Public Health, University of Basel.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes-A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud, 52*(9), 1463-1474. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005

Anhang

I Kurzberichte und Literaturanalysen

Die folgenden Kurzberichte, auf Einladung verfassten Berichte und Literaturanalysen bilden die Grundlage des vorliegenden Berichts:

Bosshard, C., et al. (2019). The current status of quality and (patient) safety in the Swiss healthcare system from the perspective of the Swiss Academy for Quality in Medicine, Swiss Academy for Quality in Medicine (SAQM/FMH).

Burnand, B. and M. Al-Gobari (2019). The safety and quality of healthcare in Switzerland: Indicators and evaluation of quality and safety. Literature Review, Center for Primary Care and Public Health (Unisanté), University of Lausanne.

Busch, P. (2019). ANQ Quality Measurements in Hospitals and Clinics - A pioneering Swiss achievement, Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ).

Ceschi, A. (2019). The state of quality and safety in Swiss Healthcare: Contribution of Clinical Pharmacologists and Toxicologists to Improve Medication Safety, The Swiss Society of Clinical Pharmacology and Toxicology.

Chiolero, A. and N. Rodondi (2019). Quality improvement in primary care: toward the provision of safe, high value, patient-centered, sustainable, and data-informed care, Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern.

Choupay-Dessard, G., et al. (2019). Education and training in safety and quality improvement, Geneva University Hospitals.

Deschodt, M. (2019). Care for frail older people in the hospital, Nursing Science,, Department of Public Health, University of Basel.

Dörr, P. and C. Küng (2019). Pharmacovigilance, Swissmedic.

Frank, O. (2018). Systems for reporting medical errors and treatment incidents in the Swiss healthcare system: an overview, Swiss Patient Safety Foundation, Zürich.

Genoni, M. (2019). From a surgical point of view, Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zürich.

Guillod, O. and R. Christinat (2019). Regulation system and quality/safety, Institut de droit de la santé, University of Neuchâtel.

Hannawa, A. (2018). Safe communication between staff and with patients, Center for the Advancement of Healthcare Quality and Patient Safety (CAHQS), Faculty of Communication Sciences, Università della Svizzera italiana.

Hošek, M. and P. Bezzola (2019). Development instead of a standstill: accreditation for medical practices, EQUAM Foundation.

Ihde-Scholl, T. and W. Rössler (2019). Safety and quality of psychiatric care in Switzerland, Pro Mente Sana.

Manser, T. (2019). Safety culture in the context of Swiss healthcare, Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

Manser, T., et al. (2019). Evidence of implementation of safety and quality interventions. Literature Review., Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

McLennan, S. (2019). Support for victims (patients, families, and staff) Institute for Biomedical Ethics, University of Basel.

Muff, P., et al. (2019). Medication Safety, Swiss Association of Public Health Administration and Hospital Pharmacists (GSASA).

Mylaeus-Renggli, M., et al. (2019). The understanding of quality management by SanaCERT Suisse, SanaCERT Suisse.

Sax, H., et al. (2019). Infection Prevention and Control in Switzerland, Swiss Center for Infection Prevention Swissnoso and Swiss Infection Prevention Society.

Schneider, P. (2019). The state of quality and safety in Swiss healthcare, Swiss Society for Quality Management in Health Care (sQmh).

Staender, S. (2019). Quality and Safety of Anaesthesiology in Switzerland, Swiss Society of Anaesthesiology and Resuscitation.

Swiss Nurses Association (2019). Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.

Wasserfallen, J. B. (2019). The economic case for quality and safety, University of Lausanne.

Ziltener, E. (2019). Healthcare from the point of view of patients, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen.

Züllig, S. (2019). Harm to patients in Switzerland – an overview, Swiss Patient Safety Foundation, Zürich.

Zúñiga, F. (2019). Frail older people in home care, Nursing Science, Department Public Health, University of Basel.

Zúñiga, F. (2019). Resident safety and quality of care in nursing homes, Nursing Science, Department Public Health, University of Basel.

II Prozess zur Erarbeitung des nationalen Berichts zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen

Die Autoren des nationalen Berichts zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen forderten Beiträge von Schweizer Fachpersonen und Organisationen an. Der Prozess zur Erarbeitung des nationalen Berichts verlief wie folgt:

- Festlegung des Berichtsaufbaus und der zu berücksichtigenden Schlüsselthemen durch die Autoren
- Identifizierung wichtiger Fachpersonen und Organisationen, die durch klinische oder thematische Kurzberichte einen Beitrag leisten könnten.
- Einladung, Briefing und Interaktion mit 25 Fachpersonen und Organisationen zur Erstellung von 28 Beiträgen. Zu den Beiträgen gehörten klinische und thematische Kurzberichte), zwei Literaturanalysen (zu Qualitäts- und Sicherheitsdaten sowie Massnahmen) und auf Einladung verfasste Beiträge (Einladung an Organisationen, die sich mit der Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit beschäftigen, zur Präsentation ihrer Arbeit, ihrer Überlegungen und Empfehlungen)
- Monatlicher Newsletter an alle Mitwirkenden, um sie über die Entwicklung des Prozesses auf dem Laufenden zu halten
- Abgabe von Feedback an alle Mitwirkenden durch die Autoren, was in den meisten Fällen zu überarbeiteten Beitragsversionen führte
- Entnahme der wichtigsten Empfehlungen aus den Kurzberichten durch die Autoren, was zu einem ersten Entwurf des Kapitels «Empfehlungen» des nationalen Berichts führte
- Organisation eines Seminars (Bundesamt für Gesundheit und Autoren) zur Konsensfindung und Diskussion der Empfehlungen mit allen Mitwirkenden
- Erstellung eines Entwurfs des nationalen Berichts durch die Autoren aufgrund von Literaturanalysen, zusätzlicher Literatur, Erfahrungen, Kurzberichten und auf Einladung verfassten Beiträgen sowie Inputs aus dem Seminar
- Diskussion der Empfehlungen im wissenschaftlichen Beirat des Bundesamtes für Gesundheit
- Mehrfacher Überprüfungsprozess der aufeinander folgenden Entwürfe durch freiwillige Mitwirkende und Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats. Schrittweise Finalisierung des Berichts
- Zweite Konsultation aller Mitwirkenden zur überarbeiteten Version der Empfehlungen
- Endgültige Entscheidungen der Autoren und Erstellung der Endfassung des nationalen Berichts

III Der Weg zur Verbesserung: Aufbau von notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten

Die folgende Geschichte spielt in einem fiktiven Schweizer Spital. Sie zeigt, wie der Aufbau von notwendigen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Infrastruktur Verbesserungen unterstützt und fördert.

Daniel Schmid ist Qualitätsbeauftragter in einem grossen Schweizer Spital. Er denkt über eine gerade zu Ende gegangene Sitzung nach, bei der allen Abteilungsleitenden und Führungskräften des Spitals die Ergebnisse seines Programms zur Dekubitusprävention kommuniziert wurden. Ziel des Programms war, die Zahl der im Rahmen der Gesundheitsversorgung zugezogenen Druckgeschwüre über einen Zeitraum von 18 Monaten um 60 % zu reduzieren. Die tatsächlichen Ergebnisse zeigten eine Verringerung um 76 %. Daniel arbeitet seit zweieinhalb Jahren in diesem Spital. Er hat bereits verschiedene Projekte und Initiativen erfolgreich umgesetzt. Dies war aber das erste spitalweite Grossprojekt, bei dem er Ergebnisse bekannt geben konnte, welche die bereits ehrgeizigen Vorgaben noch übertrafen.

Daniel überlegt, wie seine aktuelle Stelle im Vergleich zu seinen früheren Positionen aussieht. Der deutlichste Unterschied betrifft die Erwartungen und die Unterstützung seitens der Führung. Der jetzige Geschäftsführer spricht immer wieder über die Verbesserung von Qualität und Sicherheit und hat das Programm zur Dekubitusprävention sofort unterstützt. Die Geschäftsleitung war alarmiert über Daten: Im Fünfjahresdurchschnitt trat bei 5 % der Patientinnen und Patienten des Spitals Dekubitus auf, während der nationale Durchschnitt bei 4 % lag. Die grösste Wirkung erzielte jedoch ein Video von drei Patienten, die über die Auswirkungen des Wundliegens sprachen: Leid, längerer Spitalaufenthalt, wahrgenommener Verlust der Würde und sogar Schamgefühl in Anwesenheit von Familienmitgliedern.

Die Qualitätsabteilung des Spitals führte ein Review der internationalen Literatur durch. Studien untermauerten die Umsetzung eines Massnahmenpakets (bundle) zur Dekubitusprävention. Die klinische Praxis beinhaltete eine Risikobewertung für jeden Patienten und jede Patientin sowie fünf Präventionsmassnahmen für Risikopersonen: tägliche Hautanalyse, Umlagerung der Patientinnen und Patienten alle zwei Stunden, Bereitstellung der richtigen Matratze, Flüssigkeitszufuhr und Ernährung, Kontrolle der Feuchtigkeit am Körper. Audits der aktuellen Praxis wurden auf einer «alles oder nichts»-Basis durchgeführt. Sie zeigten, dass nur 9 % der betroffenen Patientinnen und Patienten alle fünf Präventionsmassnahmen erhalten hatten. Dies war ein Schock für die Pflegeteams, hatte aber eine elektrisierende Wirkung auf das Programm.

Die multimodale Verbesserungsstrategie beinhaltete eine Risikobewertung, die systematische Anwendung des Massnahmenpakets und Teilnahme an einem E-Learning-Modul zur Dekubitusprävention. Ein monatliches Feedback zur Häufigkeit von Dekubitus und regelmässige kurze Teamtreffen zur Besprechung der Fortschritte waren entscheidend, um die Mitarbeitenden zu ermutigen und zu motivieren. Die Risikobewertung wurde in elektronischer Form integriert, um den Arbeitsprozess zu vereinfachen. Die Anordnungen an die Pflege (nursing order sets) wurden angepasst, damit angezeigt wurde, wenn alle vorgesehenen Massnahmen für den Patienten oder die Patientin erfüllt waren.

Kaderrundgänge und Gespräche mit Patientinnen, Patienten und Pflegepersonal wirkten stimulierend. Die Kaderrundgänge zeigten das Engagement der Führungskräfte sowie deren Anerkennung und Unterstützung für die Mitarbeitenden. Die Führungskräfte begannen, sich entschlossener für die Patientensicherheit einzusetzen und Verbesserungen als Teil ihrer weiteren Verantwortung zu verstehen. Sie

entwickelten ein besseres Verständnis für die Herausforderungen bei der Umsetzung von Best Practices und eine weniger rigide Sicht auf Verbesserungsprojekte.

Der Geschäftsführer war stolz auf das Projekt und beschloss, es dem Vorstand zu präsentieren. Dieser war beeindruckt aber auch bestürzt darüber, dass die Best Practices über viele Jahre so schlecht eingehalten worden waren. Er bat den Geschäftsführer, Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren in seine regelmässigen Berichte aufzunehmen, und setzte einen Ausschuss zur systematischen Überwachung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit ein. Ein Jahr später beschloss der Vorstand, neben Produktivitäts- und Finanzindikatoren auch Qualitätsindikatoren in die Leistungsbewertung des Geschäftsführers aufzunehmen. Der Geschäftsführer wiederum verlangte weitere Qualitätsindikatoren und begann, im ganzen Spital Anreize zur Förderung der Qualitätsverbesserung zu setzen. Die Messung des Unterschieds zwischen evidenzbasierter Praxis und bisheriger Praxis beschränkte sich nicht mehr nur auf Dekubitus sondern wurde allmählich Teil der Unternehmenskultur.

Warum war dieses Spital so erfolgreich? Nach Daniels Erachten waren nicht etwaige besondere Vorteile des Spitals der Grund. Vielmehr nutzte es Herausforderungen und Chancen, um spitalweit daraus zu lernen. Längerfristig trugen Wohlwollen und das nachhaltige Engagement der Geschäftsleitung dazu bei, die Infrastruktur, die notwendigen Voraussetzungen und die Fähigkeiten auszubauen. Dank dieser Entwicklung öffneten sich schliesslich neue Horizonte für systemweite und nachhaltige Verbesserungen.

IV Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 2.1	Meilensteine der Qualitäts- und Sicherheitsentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen seit dem Jahr 2000
Tabelle 3.1	Internationale Vergleiche: relevante Ergebnisse
Kasten 3.1	Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen: einige beunruhigende Fakten
Tabelle 5.1	Voraussetzungen für erfolgreiche systemische Verbesserungen

V Verzeichnis der Abkürzungen und Akronyme

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
A-QUA	Programm für das Monitoring der Anästhesiequalität in der Schweiz
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern
CAHQS	Center for the Advancement of Healthcare Quality and Patient Safety, Università della Svizzera italiana
CHF	Schweizer Franken
CIRRNET	Critical Incident Reporting & Reacting NETwork
CIRS	Critical Incident Reporting System
DRG	Diagnostic Related Group (diagnosebezogene Fallgruppe)
EQUAM	Stiftung Externe Qualitätsförderung in der Ambulanten Medizin
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery (schnellere Genesung nach einer Operation)
FMH	Swiss Medical Association (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
FoQual	Qualitätsforum für die Qualitätsbeauftragten der französisch- und italienischsprachigen Spitäler
HAI	Healthcare-assoziierte Infektion (Spitalinfektion)
ISO	International Organization for Standardization (Internationale Organisation für Normung), Genf
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NHS	National Health Service (staatlicher Gesundheitsdienst Grossbritanniens)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Ph.D.-Programme	Doktoratsprogramme
PROM	Patients reported outcome measure (patientenberichteter Indikator)
QI	Quality improvement (Qualitätsverbesserung)
ReMed	Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte
SAQM	Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin
SIRIS	Schweizerisches Implantatregister
sQmh	Swiss Society for Quality Management in Health Care (Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen)
SSI	Surgical site infection (postoperative Wundinfektion)
Swissmedic	Schweizerisches Heilmittelinstitut
Swissnoso	Nationales Zentrum für Infektionsprävention
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Strategien und Instrumente zur Verbesserung der Leistung und der Patientensicherheit)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Autoren

Charles Vincent

Professor für Psychologie, Universität Oxford
Forschungsbeauftragter, Jesus College Oxford
Leiter Oxford Healthcare Improvement
Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats für Qualität und Patientensicherheit des Bundesamtes für Gesundheit, Schweiz

Anthony Staines, Ph.D.

Leiter Patientensicherheitsprogramm, Waadtländer Spitalverbund, Schweiz
Stellvertretender Redaktor International Journal for Quality in Health Care
Mitglied des wissenschaftlichen Beirats für Qualität und Patientensicherheit des Bundesamtes für Gesundheit, Schweiz

Empfohlene Zitierweise für diesen Bericht: Vincent, C. und Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Oxford und Clarmont

30. Juni 2019