

Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Vernehmlassungsverfahren vom 14. Mai bis 5. September 2014

*Die Stellungnahme der fmCh.
Teil I: Qualität*

25. August 2014



foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
Bahnhofstrasse 20–22
CH-2502 Biel / Bienne

Herrn Christian Salchli
Abteilung Leistungen
Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung
Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern

Biel, den 25. August 2014

Sehr geehrter Herr Salchli

Wir danken Ihnen für den Einbezug in die Vernehmlassung über das Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Sie finden nachfolgend die Stellungnahme der fmCh, Teil 1: Qualität. Die Stellungnahme der fmCh, Teil 2: Health Technology Assessment, folgt.

Für Rückfragen und weiterführende Besprechungen stehen wir Ihnen und dem Bundesamt für Gesundheit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Prof. Dr. med. Urban Laffer
Präsident



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	5
2	Vorbemerkung	6
3	Verfahren	6
4	Geltungsbereich	6
5	Grundlagen	7
5.1	Bedeutung der Grundlagen	7
5.2	Parlamentarische Vorstösse	7
5.2.1	Beurteilung der parlamentarischen Vorstösse	9
5.3	Qualitätsstrategie des Bundes	10
5.3.1	Beurteilung der Qualitätsstrategie des Bundes	11
5.4	Agenda Gesundheit2020	11
5.4.1	Beurteilung der Agenda Gesundheit2020	12
5.5	Bericht OECD-WHO 2011	12
5.5.1	Beurteilung des OECD-WHO-Berichts 2011	13
6	Aufgaben und Kompetenzen des Zentrums	13
6.1	Unterstützung des Bundes und der Kantone	14
6.1.1	Medizinische Versorgung der Bevölkerung	14
6.1.2	Neue Spitalfinanzierung	14
6.2	Unterstützung der Tarifpartner	15
6.3	Wissenschaftliche Tätigkeit	17
6.4	Projektarbeiten	18
7	Organisation des Zentrums	18
7.1	Unabhängigkeit des Zentrums	18
7.2	Einbezug der Akteure	19
7.3	Rolle und Schicksal der Stiftung für Patientensicherheit	19
8	Schlussfolgerung	20
A	Anhang	23

1 Zusammenfassung

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) existieren zahlreiche Bestimmungen über medizinische Qualität und Qualitätssicherung. Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung sind weitere, wesentliche Bestimmungen hinzugekommen. **Viele dieser Bestimmungen sind bis zum heutigen Tag nicht oder nur teilweise umgesetzt worden.** Wie nachfolgend unter "Grundlagen" ausführlich dargelegt wird, hat der Gesetzgeber den Bundesrat mit zahlreichen Vorstössen beauftragt, dieses Vollzugsdefizit zu beheben. **Mit der vorgeschlagenen Schaffung eines Nationalen Zentrums für Qualität wird der Bundesrat diesem Auftrag jedoch nicht gerecht.** Vielmehr scheint er, seine eigenen, verwaltungsinternen Projekte wie die "Qualitätsstrategie des Bundes" oder die Agenda "Gesundheit2020" realisieren zu wollen. Die vorrangige Aufgabe des Bundesrates ist es aber, den Willen des Gesetzgebers umzusetzen, und nicht, sich von eigenen Visionen leiten zu lassen.

Die fmCh erachtet es als vordringlich, die Akteure beim Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen über Qualitätssicherung zu unterstützen. Zu diesem Zweck ist es aber nicht notwendig, ein neues Bundesgesetz einzuführen und ein eigenständiges Nationales Zentrum für Qualität zu errichten. Die heute vorhandenen gesetzlichen Grundlagen genügen vollauf. Sie müssen nur richtig umgesetzt werden. An der klaren Rollenverteilung der Akteure muss ebenfalls nichts geändert werden. Mit der Schaffung einer neuen Institution sind unnötige Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Krankenversicherungen programmiert.

An wissenschaftlichen Grundlagen über medizinische Qualität und Qualitätssicherung mangelt es nicht. Ein neues Nationales Zentrum, welches sich an der Wissensproduktion beteiligt, braucht es nicht. Viel wichtiger wäre es, den Wissenstransfer von der Wissenschaft zu den Behörden zu fördern. **Es wäre zweckmässig, eine Fachstelle im BAG zu schaffen, welche sich mit dem Wissenstransfer und dem Vollzug der bereits im KVG vorhandenen Qualitätsbestimmungen befasst.** Eine solche Fachstelle soll sich aber nicht aktiv am Leistungsgeschehen beteiligen.

Besonders stossend ist die Absicht des Bundesrates, die Stiftung für Patientensicherheit in der Art eines „unfriendly takeover“ zu übernehmen. Dies würde gegen Artikel 5 und 9 der Bundesverfassung verstossen. In diesem Punkt ist der Gesetzesentwurf als verunglückt zu bezeichnen.

Insgesamt würde das neue Bundesgesetz neue, unnötige Probleme schaffen, hingegen echte nicht lösen.

Aus diesen Gründen empfiehlt die fmCh dem Parlament, das Gesetz zur Überarbeitung an den Bundesrat zurückzuweisen. Die fmCh ist gerne bereit, einen aktiven Beitrag an diese Überarbeitung zu leisten.

2 Vorbemerkung

Die Stellungnahme der fmCh zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [nachfolgend: „Gesetzesentwurf“] gliedert sich in zwei Teile:

- Teil I: Qualität (vorliegende Stellungnahme);
- Teil II: Health Technology Assessment (folgt).

Die Themen *Qualität* und *Health Technology Assessment* haben eine unterschiedliche Entstehungsgeschichte. Sie unterscheiden sich in inhaltlicher und rechtlicher Hinsicht in vielen Punkten. Daraus ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen für den Gesetzgeber und die Behörden. Aus diesen Gründen schien es der fmCh ratsam, zu beiden Themen, wie sie im Gesetzesentwurf behandelt werden, gesondert, d.h. in zwei Teilen, Stellung zu nehmen.

3 Verfahren

Die fmCh begrüsst das gesetzeskonforme Verfahren des Bundes bei der Vernehmlassung zum vorliegenden Gesetzesentwurf. Insbesondere ist die Tatsache zu würdigen, dass eine Vernehmlassungsfrist unter Berücksichtigung von Ferien- und Feiertagen angemessen verlängert wurde, wie es Art. 7 Abs. 2 VIG vorschreibt. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, haben doch in der Vergangenheit zahlreiche Vernehmlassungen der GDK, aber auch eine Vernehmlassung des Bundes [1], wegen unverhältnismässig kurzen Vernehmlassungsfristen zu ebenso scharfen wie berechtigten Kritiken geführt.

Die fmCh ist schliesslich erfreut darüber, dass sie als direkt betroffene und massgebliche Akteurin im Bereich der Qualität und der Qualitätssicherung in der Liste der Vernehmlassungsadressaten namentlich aufgeführt wird.

4 Geltungsbereich

Nach Artikel 1 des Gesetzesentwurfs soll sich das Tätigkeitsfeld des Zentrums auf die Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränken. Einerseits ist diese Einschränkung auf den Bereich der OKP problematisch. Dies in erster Linie, weil sich die Qualität einer medizinischen Leistung nicht nach der Art, wie sie vergütet wird, sondern nach klinischen Parametern bemisst.

Andererseits ist die OKP als Sozialversicherung dazu bestimmt, auch und insbesondere einkommensschwachen Menschen den Zugang zu einer medizinischen Versorgung, die qualitativen Mindestansprüchen genügt, zu gewährleisten. Dadurch aber, dass sich das Zentrum auf die Qualität in der OKP beschränkt, ist gleichzeitig dessen Aufgabengebiet klar umrissen: Es soll sich vor allem mit qualitativen Mindest-Standards befassen. Ein solchermassen definiertes Aufgabengebiet macht für eine staatliche Stelle durchaus Sinn. Die Bewertung von Qualitätsmerkmalen, welche die Mindest-Standards übertreffen und auf einer nach

oben offenen Qualitätsskala liegen, kann problemlos privaten Anbietern überlassen werden. In diesem Bereich erfolgt die Leistungsvergütung ohnehin durch die Zusatzversicherung.

Nach Abwägen der Argumente, die für und gegen einen auf die OKP eingeschränkten Geltungsbereich sprechen, entscheidet sich die fmCh, der Bestimmung von Artikel 1 zuzustimmen.

5 Grundlagen

5.1 Bedeutung der Grundlagen

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) existieren zahlreiche Bestimmungen über medizinische Qualität und Qualitätssicherung. Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 über die Spitalfinanzierung sind weitere, wesentliche Bestimmungen hinzugekommen. Viele dieser Bestimmungen sind bis zum heutigen Tag nicht oder nur teilweise umgesetzt worden. Wie nachfolgend ausführlich dargestellt wird, hat der Gesetzgeber den Bundesrat mit zahlreichen Vorstössen beauftragt, dieses Vollzugsdefizit zu beheben. Mit der vorgeschlagenen Schaffung eines nationalen Zentrums wird der Bundesrat diesem Auftrag jedoch nicht gerecht. Vielmehr scheint er, seine eigenen, verwaltungsinternen Projekte wie die "Qualitätsstrategie des Bundes" oder die Agenda "Gesundheit2020" realisieren zu wollen. Die vorrangige Aufgabe des Bundesrates ist es aber, den Willen des Gesetzgebers umzusetzen, und nicht, sich von eigenen Visionen leiten zu lassen.

5.2 Parlamentarische Vorstösse

Frau *Nationalrätin Bea Heim (sp., Solothurn)* reichte am 7. Mai 2004 die Parlamentarische Initiative „Gesundheitsversorgung. Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ (04.433) ein. Darin forderte sie, dass das KVG im folgenden Sinne zu ändern sei:

- Qualitätssicherung und Patientensicherheit sind als Aufgabe und Verantwortung des Bundes zu verankern. Artikel 58 KVG ist entsprechend anzupassen.
- Dabei sorgt der Bund im Rahmen einer nationalen Plattform gemeinsam mit den Kantonen, Leistungserbringern, Krankenversicherungen und Patientenorganisationen für den notwendigen Rahmen und die zu treffenden Massnahmen zur Realisierung der Qualitätssicherung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich unter besonderer Beachtung der Behandlungsqualität.

Als Begründung führte *Frau Nationalrätin Heim* unter anderem an:

„Es fehlen die Durchführungsbestimmungen für die Artikel 58 KVG und 77 KVV, und es fehlt ein klar umschriebener Auftrag zur Umsetzung des Gesetzes. Im TarMed fehlt die Qualitätssicherung noch

gänzlich. Die Situation ist unbefriedigend, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich.“

Die SGK-NR nahm die Anliegen der parlamentarischen Initiative von *Frau Nationalrätin Heim* auf und reichte die Motion „Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ (04.3624) am 25. November 2004 ein. Der Bundesrat beantragte zuerst die Ablehnung der Motion mit der Begründung, dass die notwendigen Massnahmen des Bundes auf der Grundlage von Artikel 58 KVG ergriffen und verstärkt werden können. Es könne nicht die Aufgabe des Bundes sein, die Qualitätssicherung selber durchzuführen. Daraufhin wurde die Motion folgendermassen geändert:

„Der Bundesrat wird beauftragt, Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der medizinischen Behandlung gemäss Art. 58 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu steuern, zu regeln und zu koordinieren.“

Zu dieser Motion sind folgende erklärende Wortmeldungen im Nationalrat vom 3. März 2005 zu erwähnen:

Nationalrätin Jacqueline Fehr (sp., Zürich): „Wer die Motion unterstützt, erwartet vom Bund eine Moderations- und Koordinationsrolle. Nicht der Bund stellt Qualität sicher, aber er schafft mit der Plattform eine Voraussetzung, dass Qualität sichergestellt wird, und zwar durch jene, die dafür verantwortlich sind, in erster Linie die Leistungserbringer, aber auch die Krankenversicherer und die Kantone. [...] Die Mehrheit der SGK stellt Ihnen [dem Bundesrat] hier ein System der Qualitätssicherung vor, das günstiger und liberaler nicht sein könnte.“

Nationalrätin Ruth Humbel (cvp., Aargau): „Was will die Motion? Sie verlangt die Umsetzung von Artikel 58 KVG, nämlich die Wahrnehmung der Verantwortung des Bundes in der Qualitätssicherung und für die Patientensicherheit. [...] Die Motion will keine neue Staatsaufgabe schaffen und auch keinen neuen Verwaltungsapparat aufbauen.“

Nationalrätin Bea Heim (sp., Solothurn): „Was die Motion nicht will: Sie will nicht irgendwelche bürokratischen Superstrukturen, sie will nichts Etatistisch-Zentralistisches, sondern eine Plattform, aber mit klaren Zielvorgaben inhaltlicher und zeitlicher Art.“

Nationalrat Felix Gutzwiller (fdp., Zürich): „Dieser Artikel [Art. 58 KVG] existiert also, aber es gilt nun, dafür zu sorgen, dass ihm auch etwas Nachachtung verschafft wird und dass im Bereich der Qualitätssicherung mehr getan wird. Wir sind klar der Meinung, dass es nicht Aufgabe des Bundes ist, diese Qualitätssicherung selber zu machen; das ist primär Aufgabe der Leistungserbringer, der Fachgesellschaften. Vieles wird hier getan: Es gibt in der Schweiz etablierte Qualitätssicherungssysteme, etwa Systeme der Anästhesisten, der Kardiologen, der Gynäkologen, der ambulanten Versorgung.“

Die SGK-NR reichte am 25. Februar 2010 die Motion „Für eine nationale Qualitätsorganisation im Gesundheitswesen“ ein (10.3015)¹. Die Motion beauftragte den Bundesrat, die nötigen Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vorzuschlagen, um die Ziele des Berichtes „Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen“ vom 9. Oktober 2009 rasch umzusetzen und insbesondere die Frage der Finanzierung der nationalen Organisation zu regeln.

Die SGK-SR reichte am 19. Mai 2010 die Motion „Qualitätsstrategie OKP“ (10.33-53) ein. Damit wollte sie den Bundesrat beauftragen, in Ergänzung zu Art. 58 KVG einen konkreten Vorschlag zur effektiven Umsetzung zu unterbreiten und dabei auch die Schaffung einer Institution zur Qualitätssicherung, wie sie in anderen Ländern existiert, zu prüfen.

Dazu *Frau Nationalrätin Simonetta Sommaruga (sp., Bern)*:

„Es gibt ja mit Artikel 58 KVG einen Qualitätssicherungsartikel.[...] Die Kommission möchte mit dieser Motion jetzt erreichen, dass dieser Artikel umgesetzt wird, und verlangt vom Bundesrat eben einen Vorschlag für eine effektive Umsetzung. Die Kommission möchte, dass der Bundesrat auch die Schaffung einer unabhängigen Institution zur Qualitätssicherung prüft (Ständerat, 20.9.2010).“

Die FDP-Liberalen Fraktion reichte am 16. Juni 2010 die Motion „Für eine unabhängige nationale Organisation für Qualitätssicherung“ (10.3450) ein. Sie wollte den Bundesrat beauftragen, die Rahmenbedingungen für eine unabhängige Organisation für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu schaffen. Begründung: „Mehr als fünfzehn Jahre nach der Verabschiedung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung ist es an der Zeit, seinen Artikel 58 wirksam umzusetzen und dafür die Führungsrolle klar zu bestimmen.“

Alle genannten Motionen wurden vom Parlament angenommen und überwiesen.

5.2.1 Beurteilung der parlamentarischen Vorstösse

Es ging dem Parlament immer darum, die Umsetzung von Art. 58 KVG voranzubringen. Von einer grundsätzlichen Infragestellung dieser gesetzlichen Bestimmung war nie die Rede, geschweige denn von einer Systemänderung im OKP-Bereich. Dass seit 2009, unter dem Eindruck der Qualitätsstrategie des Bundes, auch die Schaffung einer nationalen Organisation gefordert wurde, ändert nichts an dieser Feststellung. Zu beachten ist, dass die Aufgaben dieser nationalen Organisation immer sehr nebelhaft beschrieben wurden. Was diese Organisation konkret machen sollte, wurde vom Parlament nirgends festgelegt. In dieser Frage hatte allem Anschein nach die Bundesverwaltung den Lead. Immerhin aber hat das Parlament deutlich gemacht, dass es keine „bürokratischen Superstrukturen“ will.

¹Diese Motion nahm die Anliegen der parlamentarischen Initiative von *Frau Nationalrätin Bea Heim* „Nationale Organisation für Qualität und Patientensicherheit“ (07.486) auf.

Die parlamentarischen Vorstösse zur Qualitätssicherung datieren alle aus der Zeit vor Einführung der Neuen Spitalfinanzierung. Naturgemäss konnten die Entwicklungen und Erkenntnisse, die sich direkt oder indirekt aus diesem bedeutenden Reformwerk ableiten, nicht berücksichtigt werden. So finden beispielsweise die Schaffung des ANQ und der SAQM keine Erwähnung. In dieser Hinsicht sind die parlamentarischen Aufträge als unvollständig zu betrachten. Dies hätte der Bund bei der Erarbeitung des vorliegenden Gesetzesentwurfs stärker berücksichtigen müssen.

5.3 Qualitätsstrategie des Bundes

Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) beauftragte die Parlamentarische Verwaltungskontrolle (PVK) am 12. Februar 2007 mit einer Untersuchung zu den Aufgaben und der Aufgabenwahrnehmung des Bundes im Rahmen der Qualitätssicherung gemäss KVG [2]. Auf der Grundlage des Evaluationsberichts der PVK vom 5. September 2007 [5] stellte die GPK-S fest, dass im Bereich der Qualitätssicherung noch beträchtliches Optimierungspotenzial besteht und dass der Bund seine gesetzlichen Kompetenzen nicht konsequent genug nutzt. Die GPK-S teilte dem Bundesrat mit Schreiben vom 13. November 2007 ihre Folgerungen und zwölf Empfehlungen mit [3] (siehe Anhang). Der Bundesrat nahm zum Bericht der PVK und zu den Empfehlungen der GPK-S am 18. Juni 2008 Stellung [4]. In ihrem Antwortschreiben vom 24. Oktober 2008 an den Bundesrat nahm die GPK-S mit Befriedigung davon Kenntnis, dass der Bundesrat ihre zwölf Empfehlungen im Bereich der Qualitätssicherung im Sinne der Artikel 58 und 32 KVG entgegen zu nehmen bereit ist. Insbesondere begrüsst die Kommission, dass der Bundesrat die Empfehlung 1 zur Erarbeitung einer klaren und verbindlichen Strategie, welche die Massnahmen, Verantwortlichkeiten und Fristen für die Umsetzung des Qualitätssicherungsauftrags des Bundes definiert, aufgenommen und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt hatte, bis Ende 2008 eine solche nationale Strategie Qualitätssicherung zu erarbeiten. Der Bericht des BAG „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“ [6] ist vom Bundesrat am 28. Oktober 2009 gutgeheissen worden. In diesem Bericht gibt der Bund den Rahmen für die Erstellung der Qualitätsstrategie in Form einer Vision vor:

„Der Bund übernimmt in der Qualitätssicherung die führende Rolle und sorgt unter Beachtung der heutigen und möglicher neuer Aufgabenteilung für eine klare und eindeutige Rollenverteilung, welche die Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und die Koordination zwischen den Akteuren regelt.“

Weiter heisst es darin:

„Die heutige Rollenzuschreibung der Akteure gemäss KVG – und damit der geteilten Führungsaufgaben und Verantwortlichkeiten – wird im Hinblick auf die Qualitätssicherung als nicht ausreichend zielführend erkannt. [...] Zur Wahrnehmung der Führung im Bereich der

Qualitätssicherung soll der Bund eine Organisation schaffen oder eine beauftragen, die Umsetzung der nationalen Qualitätsstrategie vorzunehmen“ [6].

Am 25. Mai 2011 veröffentlichte das BAG den Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen [7]. Gemäss diesem Bericht soll den Akteuren unter anderem folgende Aufgabe zugeordnet werden:

- **Bund:** Initiieren und Schaffung der rechtlichen Grundlagen für die Sicherung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zu einer optimalen Gesundheitsversorgung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit (Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Verbindlichkeit, Vorgaben in der Qualitätssicherung, Anreize).
- **Kantone:** Unterstützung der Verbindlichkeit der Umsetzung der Vorgaben qualitätssichernder Massnahmen und Qualitätsmessungen des Bundes bei den Leistungserbringern.
- **Versicherer:** Überprüfung der Erfüllung von qualitativen Voraussetzungen der Leistungserbringer für die Leistungserbringung zu Lasten der OKP nach dem Gesetz und der Verordnung und Beantragung von Sanktionen bei den kantonalen Schiedsgerichten.
- **Leistungserbringer:** Umsetzung der Vorgaben des Bundes betreffend qualitätssichernder Massnahmen.

5.3.1 Beurteilung der Qualitätsstrategie des Bundes

Aus der Entstehungsgeschichte der „Qualitätsstrategie des Bundes“ geht deutlich hervor, dass sich der Prozess im Verlauf der Jahre zunehmend von der ursprünglichen Zielsetzung verabschiedet hat. Während es am Anfang noch darum ging, den Vollzug des KVG zu verbessern, wurden am Ende Visionen entwickelt, die einen regelrechten Wechsel unseres politischen Systems bedeuten würden. So werden im Bericht von 2011 die Kantone faktisch zu Vollstreckern des Bundes und die Versicherer zu reinen Kontrollinstanzen degradiert.

Ob sich die diversen Autoren der Qualitätsstrategie jemals bewusst waren, dass sich dieser Wechsel nicht ohne einschneidende Revision der Bundesverfassung realisieren lässt, geht aus den publizierten Dokumenten nicht hervor. Erstaunlich ist, dass dieser Prozess über Jahre hinweg rein verwaltungsintern durchgeführt wurde, ohne zu irgendeinem Zeitpunkt die betroffenen Akteure zu involvieren.

5.4 Agenda Gesundheit2020

Am 23. Januar 2013 wurde vom Bundesrat die gesundheitspolitische Agenda «Gesundheit2020» verabschiedet, mit der die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für die nächsten acht Jahre festgelegt werden [8]. Im Rahmen der

Agenda Gesundheit2020 hat der Bundesrat unter Ziel 3.1: "Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern" unter anderem festgelegt, dass die Qualitätsstrategie des Bundes umgesetzt werden soll.

In der informellen Vernehmlassung der Agenda Gesundheit2020 hat die FMH diese Zielsetzung ausdrücklich begrüsst [9], was auch im Sinn der fmCh ist.

Gleichzeitig verfolgt die Agenda einen ausgesprochen planwirtschaftlich-zentralistischen Ansatz, der von der FMH, ebenfalls im Einklang mit der fmCh, scharf kritisiert wurde.

Die fmCh bedauert ausserdem, dass sich die Agenda zur Neuen Spitalfinanzierung ausschweigt. Immerhin schafft diese wichtigste Reform seit Einführung des KVG die Grundlage für einen heilsamen Preis- und Qualitätswettbewerb.

5.4.1 Beurteilung der Agenda Gesundheit2020

Zunächst ist festzuhalten, dass die Agenda Gesundheit2020 ein verwaltungsinternes Dokument ist und keine Rechtsgrundlage darstellt. Die Bedeutung der Agenda erfährt eine zusätzliche Einschränkung dadurch, dass dem nationalen Parlament und den kantonalen Parlamenten bisher keinerlei Mitsprachemöglichkeiten eingeräumt wurden.

Aus diesen Gründen kann sich der Bundesrat beim vorliegenden Gesetzesentwurf vernünftigerweise nur auf das allgemein akzeptierte Ziel 3.1. der Agenda Gesundheit2020 berufen. Hingegen kann er die Agenda nicht dazu verwenden, um etatistisch-zentralistische Tendenzen, wie sie im vorliegenden Gesetzesentwurf vorhanden sind, zu rechtfertigen. Daran ändert auch die in der Agenda in Aussicht gestellte Änderung der Bundesverfassung nichts. Dazu fehlt bis auf weiteres jede demokratische Legitimation.

5.5 Bericht OECD-WHO 2011

Der Bericht der OECD / WHO aus dem Jahr 2011 [10], welches demjenigen aus dem Jahr 2006 folgt bzw. diesen aktualisiert, bescheinigt dem schweizerischen Gesundheitssystem, zu den besten der OECD zu gehören und der Schweizer Bevölkerung eine gesundheitliche Versorgung von hoher Qualität zu bieten. Allerdings seien mehr Informationen notwendig, um die Qualität der verschiedenen Leistungserbringer miteinander vergleichen zu können, so der Bericht. Die Überwachung und Erfassung der Versorgungsqualität beschränke sich auf eine Reihe von Spitalindikatoren, die jedoch nicht ausreichen würden, um Patienten, Versicherer und Regierungen zu befähigen, zwischen den zahlreichen Leistungserbringern und Settings eine gut informierte Auswahl zu treffen. Die Schweiz sei in hohem Masse davon abhängig, dass sich jeder Arzt und jede Ärztin selbst an "best practice"-Methoden orientiere, und besitze nur begrenzte Möglichkeiten für ein landesweites Benchmarking der Qualität von Gesundheitsleistungen.

5.5.1 Beurteilung des OECD-WHO-Berichts 2011

Der Bericht bestätigt die auch in der Schweiz herrschende Auffassung, dass das hiesige Gesundheitssystem eine allgemein sehr hohe Behandlungsqualität gewährleistet, dass aber weitere Anstrengungen notwendig sind, um dieses Niveau zu halten bzw. zu heben. Im Bereich der Qualitätssicherung liegt demnach keine Notsituation vor, die entsprechende Massnahmen vonseiten des Bundes oder gar einen politischen Systemwechsel rechtfertigen würden.

6 Aufgaben und Kompetenzen des Zentrums

Im erläuternden Bericht zum Gesetzesentwurf wird zu Recht festgestellt, dass Qualitätssicherung im Sinn des KVG einen integralen Bestandteil der Leistungserbringung bildet und alle im Gesetz genannten Leistungserbringer umfasst. Konsequenterweise heisst es darin:

„Ein derart definiertes Zentrum setzt sich nicht an die Stelle der Akteure, sondern unterstützt diese zielgerichtet mit wissenschaftlichen Grundlagen und konkreten Projektarbeiten.“ (Seite 3)

und weiter:

„Die Tätigkeiten des Zentrums unterstützen einerseits den Bund in seinem Zuständigkeitsbereich der Rahmenbedingungen sowie Vorgaben und Überwachung der Qualität [...], aber auch die Kantone und Tarifpartner in deren Zuständigkeitsbereichen.“ (Seite 4)

und schliesslich:

„Dem Zentrum sollen keine Aufgaben mit hoheitlichem oder regulierendem Charakter zukommen.“ (Seite 4)

Aus diesen Aussagen geht klar hervor, dass das Zentrum eine Aufgabe übernehmen soll, die nicht zu den typischen Aufgaben des Staates nach schweizerischem Verständnis zählt, wie etwa Regulierung, Koordination oder Aufsicht. Das Zentrum soll vielmehr die Rolle eines wissenschaftlichen Institutes oder eines Kompetenzzentrums übernehmen, welches Bund, Kantone und Tarifpartner in deren Zuständigkeitsbereichen unterstützen soll.

Nachfolgend wird erörtert, a) ob und in welchem Mass Bund, Kantone und Tarifpartner von einer Unterstützung im Bereich der Qualität profitieren können; b) ob und in welchem Mass das Zentrum eigene wissenschaftliche Tätigkeiten entwickeln und Projektarbeiten durchführen soll.

6.1 Unterstützung des Bundes und der Kantone

6.1.1 Medizinische Versorgung der Bevölkerung

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, zählt zu den verfassungsmässigen Aufgaben der Kantone ².

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist sichergestellt, wenn der Zugang zur Versorgung und bestimmte Qualitätsanforderungen an diese Versorgung gewährleistet sind. Der Kanton übt hierbei eine Aufsichtsfunktion aus; er interveniert, wenn die genannten Voraussetzungen für eine adäquate medizinische Versorgung nicht mehr erfüllt sind. Daraus geht hervor, dass die Aufsicht über die medizinische Qualität bzw. Qualitätssicherung im Kompetenzbereich der Kantone liegt. Dem Bund steht keine Verfassungsgrundlage zur Verfügung, um in diesen Kompetenzbereich vorzustossen. Es ist deshalb als verfassungskonform zu beurteilen, dass das Zentrum lediglich dazu bestimmt ist, die Kantone in deren Zuständigkeitsbereich zu unterstützen und keine eigenen hoheitlichen Kompetenzen erhält. Es kann zudem als Vorteil betrachtet werden, dass die Kantone durch eine zentrale Stelle unterstützt werden. Auf diese Weise können in allen Kantonen einheitliche, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Qualitätskriterien angewandt werden. Allerdings muss hier mit aller Deutlichkeit festgehalten werden, dass die Entscheidungshoheit bei den Kantonen liegt und bleiben muss. Bei der Übernahme von Qualitätsempfehlungen darf sich auf keinen Fall ein Vollzugsautomatismus entwickeln. Ein solcher Automatismus würde die Autonomie der Kantone unterhöhlen.

6.1.2 Neue Spitalfinanzierung

Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung, in Kraft seit 1. Januar 2009) sind die Kantone verpflichtet worden, ihre Spitalplanung zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG). Dabei erlässt der Bund einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit, nachdem er zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer angehört hat (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Gemäss Übergangsbestimmungen müssen die kantonalen Spitalplanungen spätestens drei Jahre nach dem Einführungszeitpunkt den Anforderungen nach Artikel 39 entsprechen. Nach Art. 49 Abs. 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Mit diesen Bestimmungen hat der Gesetzgeber die Grundlage für einen gesamtschweizerischen Preis- und Qualitätswettbewerb gelegt („Spitalbinnenmarkt Schweiz“).

Die Kantone und der Bund haben diesen gesetzlichen Auftrag bis heute nicht

²Daran ändert sich auch nach Inkrafttreten von Art. 117a BV am 18. Mai 2014 nichts. Im Rahmen der Vernehmlassung zum direkten Gegenentwurf haben sich die Kantone vehement gegen Kompetenzverschiebungen hin zum Bund ausgesprochen, insbesondere wenn damit nicht auch die Übernahme der finanziellen Belastungen einhergeht [11]. Ausserdem hat des EDI in einer Medienmitteilung vom 24.2.2014 versichert, dass sich an der Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Bund nichts ändern werde [12].

wahrgenommen. Die Kantone haben die Frist von drei Jahren nicht genutzt, um ihre Planung zu koordinieren. Der Bund seinerseits hat es versäumt, einheitliche Planungskriterien, insbesondere zur Qualität, zu erarbeiten. Schweizweite Betriebsvergleiche, insbesondere zur medizinischen Ergebnisqualität, hat er ebenfalls keine angeordnet. Die Folgen sind bekannt. Die Kantone nehmen Spitäler auf die Spitalliste aufgrund von zum Teil willkürlichen Kriterien und verhindern so die gesetzeskonforme Umsetzung der Neuen Spitalfinanzierung. Von Qualitätswettbewerb ist entsprechend wenig zu sehen. Aus dieser Perspektive betrachtet kann die Schaffung eines Zentrums sinnvoll sein, welches die Kantone bei einer Qualitäts-basierten und koordinierten Spitalplanung unterstützt. Das Zentrum würde sich auch eignen, den Bund bei der Erarbeitung von einheitlichen Planungskriterien zu unterstützen. Es stellt sich sogar die Frage, ob das Zentrum – oder besser: die Fachstelle – nicht gleich auch die vom Gesetz verlangten einheitlichen Wirtschaftlichkeitskriterien erarbeiten soll³. Die gesundheitsökonomisch sinnvolle Verknüpfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit würde auf diese Weise eine institutionelle Entsprechung erfahren.

6.2 Unterstützung der Tarifpartner

Gestützt auf Artikel 58 KVG verpflichtet der Bund gemäss Art. 77 KVV die Leistungserbringer oder deren Verbände, Programme über Qualitätsanforderungen und Qualitätsförderung ihrer Leistungen zu erarbeiten, mit Versicherern entsprechende Vereinbarungen zu treffen und diese in Tarif- und Qualitätssicherungsverträgen zu übernehmen. Über diese Massnahmen im Bereich der Qualitätssicherung müssen die Leistungserbringer dem Bund Bericht erstatten⁴.

Es ist zweifellos richtig, dass in den ersten Jahren nach Einführung des KVG die Delegation der Verantwortung für die Qualitätssicherung an die Leistungserbringer und Versicherer, wie sie in Artikel 77 KVV festgelegt ist, nicht die notwendige Wirkung erzielt hat. Auf diese Feststellung beruhen viele parlamentarische und ausserparlamentarische Initiativen, der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit grössere Nachachtung zu verschaffen.

Mit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung veränderte sich diese Situation schlagartig. Während das Thema "Qualität" vorher eher defensiv angegangen wurde, nahm es nach 2010 sprunghaft an Bedeutung zu. Diese Entwicklung ist als direkte Folge der neuen finanziellen Anreize zu verstehen. Mit der Einführung eines Preissystems im Spitalbereich am 1.1.2012 gewann Qualitätssicherung eine zusätzliche Bedeutung:

- Qualitätssicherung soll eine medizinische Versorgung auf konstant hohem Niveau gewährleisten. Qualitätssteigerungen werden angestrebt, während Qualitätseinbussen vermieden werden sollen.
- Qualität soll ein wichtiges Element bei den Preisverhandlungen bilden. Qualität soll sich lohnen.

³Wirtschaftlichkeitanalysen im Sinn des KVG und Kosten-Nutzen-Analysen im Rahmen von HTA's sind zwei verschiedene Dinge, die nicht verwechselt werden dürfen.

⁴NR Jacqueline Fehr, Nationalrat 3.3.2005, Wortprotokoll

- Qualitätssicherung soll als Benchmark im Qualitätswettbewerb dienen.
- Qualitätssicherung wird als eine Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer gegenüber der Öffentlichkeit wahrgenommen. Beispiel: fmCh Public Database.

Neben den positiven Anreizen der Neuen Spitalfinanzierung wirkte die vom BAG als qualitätssichernde Massnahme propagierte und publizierte Mortalitätsstatistik als abschreckendes Beispiel: Die meisten Leistungserbringer verstanden nun endgültig, dass sie die Sache der Qualitätssicherung auf keinen Fall den Behörden überlassen durften, sondern in die eigenen Hände nehmen mussten.

Die Gründung des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) im Jahre 2009 ist vielleicht der sichtbarste Ausdruck dieser positiven Entwicklung. Die im ANQ zusammengeschlossenen Tarifpartner⁵ haben den Nationalen Qualitätsvertrag am 18. Mai 2011 unterzeichnet [13]. Dieser Vertrag, welchem sich bis heute bis auf wenige Ausnahmen alle Schweizer Spitäler und Kliniken (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) angeschlossen haben, regelt die Finanzierung und Umsetzung von Qualitätsmessungen. Mit diesem Vertrag erfüllen die Tarifpartner teilweise auch Vorgaben des Bundesrechts (Art. 22, Art. 43 und Art. 49 KVG, Art. 76 und Art. 77 KVV; Art. 54 UVG und UVV; Art. 25 MVG und MVV; Art. 2 IVV und Art. 2 GgV). Der ANQ wird im stationären Bereich von allen Stakeholder als Qualitätsorganisation anerkannt. Dank dem ANQ und seinen Aktivitäten verfügt die Schweiz heute über ein international ausgezeichnetes System zur Qualitätsmessung und –entwicklung in der stationären Versorgung [14].

Spätestens seit der Gründung des ANQ und der Publikation der ersten Qualitätsberichte kann nicht mehr behauptet werden, die Tarifpartner würden ihren Auftrag im Bereich der Qualitätssicherung nicht wahrnehmen. Es stellt sich vielmehr die Frage, warum das BAG seiner Aufsichtsfunktion nicht nachkommt. Das BAG sollte beispielsweise darauf achten, dass der ANQ die Vergabe der Messaufträge nach den Prinzipien des öffentlichen Beschaffungswesens tätigt. Vergaben unter der Hand, wie sie noch in den Anfängen des ANQ toleriert werden konnten, sind definitiv nicht mehr statthaft; sie verunmöglichen einen fairen Wettbewerb zwischen den zahlreich auf den Markt drängenden Anbietern von Qualitätsmessungen [15].

Weiter kann festgehalten werden, dass mit dem Auseinanderbrechen des faktischen Einkaufskartells von *santésuisse* bzw. *tarifsuisse* die Voraussetzungen für die Umsetzung von Art. 58 KVG so günstig stehen wie selten zuvor. Die im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen bzw. deren Einkaufsgesellschaften werden aller Voraussicht nach ein grosses Interesse daran haben, sich im Einkaufsverhalten zu differenzieren. Dies begünstigt den Einbezug von Qualitätskriterien in Preisverhandlungen und Tarifverträgen.

Schliesslich hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Grundsatzentscheid [16] festgehalten, dass sich aufgrund der Neuen Spitalfinanzierung die Tarife an den effizientesten Spitälern zu orientieren haben. Konkret heisst das, dass Spitäler Ef-

⁵H+, *santésuisse*, MTK, GDK

fizienzgewinne erzielen dürfen. Damit hat das BVGer einen wichtigen, vom Gesetzgeber gewollten Anreiz für Qualitätssicherung bestätigt und bekräftigt. Für Spitäler lohnt es sich nun auch aus ökonomischer Sicht, in Massnahmen zur Qualitätssicherung und Patientensicherheit zu investieren.

Nachdem nun die aktuelle Lage im Bereich der Tarifpartner dargestellt ist, stellt sich die Frage, inwiefern ein Nationales Zentrum, wie es im vorliegenden Gesetzesentwurf dargestellt ist, einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualitätsfrage durch die Tarifpartner leisten kann. Die Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Da das Zentrum keine Aufsichtsfunktion ausüben soll, ist ein allfälliger Einfluss auf die Tarifpartner nur unsicher abzuschätzen. Den wertvollsten Beitrag würde das Zentrum vermutlich dadurch leisten, dass es eine gesetzeskonforme Umsetzung der Neuen Spitalfinanzierung unterstützen würde. Gerade in dieser Hinsicht ist aber weder im Gesetzesentwurf noch im erläuternden Bericht ein substantieller Hinweis zu finden.

6.3 Wissenschaftliche Tätigkeit

Mit Art. 58 KVG ist die Erarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen bereits vorgesehen:

Abs. 1 Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

Abs. 2 Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

Diese Bestimmungen genügen, sie sollten bloss umgesetzt werden; neue braucht es vorläufig keine. Weder die PVK noch die OECD/WHO haben in ihren Berichten festgestellt, dass die Förderung von wissenschaftlichen Grundlagen als Priorität für die Schweiz deklariert werden müsse. Das Thema kann deshalb langfristig angegangen werden. Es empfiehlt sich, das in der Schweiz gut funktionierende wissenschaftliche System zu benutzen. Vorbild ist dabei der Nationalfonds. Das viele Geld, das für das Nationale Zentrum vorgesehen ist, sollte zweckmässiger beim Nationalfonds für wissenschaftliche Tätigkeiten im Bereich der Qualitätsforschung eingesetzt werden. Alternativ dazu kann die Gründung eines eigens für die Zwecke der Qualitäts- und Versorgungsforschung reservierten Nationalfonds diskutiert werden.

Ein nationales Zentrum aber, das eigene wissenschaftliche Aktivitäten von Grund auf entwickelt, wird im wissenschaftlichen Wettbewerb, der schon längst auf internationaler Ebene stattfindet, kaum bestehen können. Ausserdem ist fraglich, wie die wissenschaftliche Unabhängigkeit eines Zentrums garantiert werden kann, welches der politischen Behörde direkt unterstellt ist.

6.4 Projektarbeiten

Wie dem erläuternden Bericht über den Gesetzesentwurf zu entnehmen ist, soll das Nationale Zentrum Qualitätsprogramme in Anlehnung an die vom Institute for Healthcare Improvement (IHI) entwickelte "Breakthrough"-Methodik planen und umsetzen. Damit würde das Zentrum direkt als Akteur in das Leistungsgeschehen eingreifen und die Kompetenzen, die üblicherweise einer staatlichen Stelle zukommen, deutlich überschreiten. Die "Breakthrough"-Methodik verdient zweifellos höchste Anerkennung. Deren Umsetzung liegt aber klar in der Verantwortung und Kompetenz der Leistungserbringer. Weiter ist nicht ersichtlich, aus welchem Grund das Zentrum Verbesserungsinstrumente wie die "Checkliste sichere Chirurgie" planen, durchführen und evaluieren soll, zumal gerade dieses Instrument von der Stiftung für Patientensicherheit, in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und der fmCh, mit Erfolg propagiert und eingesetzt wird. Auch hier würde das Zentrum in den Kompetenzbereich der Leistungserbringer eingreifen, was nicht zweckmässig ist. Schliesslich ist unverständlich, warum sich das Zentrum parallel zum ANQ an der Sammlung von Qualitätsdaten beteiligen will. Damit wären Doppelspurigkeiten, Kompetenzstreitigkeiten und Ineffizienzen programmiert. Das Zentrum sollte sich vielmehr mit der Aufsicht begnügen, diese aber umso ernsthafter wahrnehmen.

7 Organisation des Zentrums

7.1 Unabhängigkeit des Zentrums

Losgelöst von der Frage, ob die Schaffung eines Nationalen Zentrums für Qualität als notwendig und dessen im vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehenen Aufgaben als sinnvoll erachtet werden, muss geprüft werden, ob dieses Zentrum über die vom Gesetzgeber in verschiedenen Motionen verlangte Unabhängigkeit verfügen wird.

Nach Art. 2 Abs. 1 des Gesetzesentwurfs soll das Zentrum eine öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit sein. Nach Art. 2 Abs. 2 soll es in seiner Organisation selbständig sein und eine eigene Rechnung führen.

Weitere Bestimmungen, die auf eine Unabhängigkeit des Zentrums hindeuten würden, sind nicht vorhanden. Dem Zentrum wird keine explizite Autonomie gewährt, wie dies beispielsweise für die ETH gemäss Art. 5 des Bundesgesetzes über die Eidgenössischen Technischen Hochschulen (ETH-Gesetz) zugestanden wird. Von Forschungsfreiheit, wie sie in Art. 5. Abs 3 ETH-Gesetz festgelegt ist, ist im Gesetzesentwurf ebenfalls keine Rede.

Hingegen werden dem Bundesrat umfangreiche Kompetenzen eingeräumt. Der Bundesrat

- wählt die Mitglieder des Verwaltungsrats und bestimmt die Präsidentin oder den Präsidenten.
- kann Mitglieder des Verwaltungsrats aus wichtigen Gründen abberufen.

- wählt die Revisionsstelle.
- legt die [...] strategischen Ziele des Zentrums verbindlich fest.
- überprüft jährlich die Erreichung der strategischen Ziele.

Daraus wird ersichtlich, dass das Zentrum faktisch durch den Bundesrat geführt wird und in keiner Weise unabhängig ist, jedenfalls nicht von der politischen Behörde. Damit wird aber eine klare Zielsetzung des Gesetzgebers missachtet.

7.2 Einbezug der Akteure

Dem Einbezug der Akteure wird im erläuternden Bericht immer wieder und zu recht ein hoher Stellenwert eingeräumt. Zu diesem Zweck ist die Schaffung von Nationalen Plattformen vorgesehen.

In einer Nationalen Qualitäts-Plattform soll das BAG (sic!), die Kantone, Leistungserbringer/Verbände, Versicherer und Patientenorganisationen vertreten sein. In diesem Gremium sollen die Strategie für die Ausrichtung und Priorisierung der Aktivitäten auf nationaler Ebene im Bereich der Qualität und des angemessenen Einsatzes der Leistungen beraten werden.

Die Akteure sollen zusätzlich in konkreten Programmen und Projekten einbezogen werden, wie dies heute beispielsweise von patientensicherheit schweiz praktiziert wird.

Leider sucht man im Gesetzesentwurf vergebens nach entsprechenden Bestimmungen, welche die Schaffung solcher Plattformen auch garantieren und regeln würden. Dementsprechend ist völlig offen, welche Rechte und Pflichten die Mitglieder dieser Plattformen haben werden. Es ist zu befürchten, dass diese Plattformen eine blosse Alibifunktion haben werden. Von einer Plattform, wie sie *Frau Nationalrätin Bea Heim* in der parlamentarischen Initiative 04.433 vorschwebte, sind wir hier meilenweit entfernt. Der Gesetzesentwurf stimmt damit auch in diesem Punkt nicht mit dem Auftrag des Gesetzgebers überein.

7.3 Rolle und Schicksal der Stiftung für Patientensicherheit

Im erläuternden Bericht steht zur Rolle der "patientensicherheit schweiz" folgendes:

"Die Tätigkeiten von patientensicherheit schweiz, welche seit über 10 Jahren in der Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit in der Schweiz aktiv ist, könnte in den Aufgabenbereich des Zentrums integriert werden. Festzuhalten ist, dass die heute von Seiten des Bundes zur Unterstützung der Aktivitäten der Stiftung gesprochenen Mittel wegfallen werden."

Diese hier vom Bundesrat bekundete Absicht ist stossend und steht in eklatantem Widerspruch zur eingangs gemachten Behauptung, das Zentrum wolle sich nicht an die Stelle der Akteure setzen. Die in Aussicht gestellte Streichung der

zur Unterstützung der Aktivitäten der Stiftung gesprochenen Mittel hat erpresserischen Charakter und verstösst damit gegen Artikel 5 (Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns) und 9 (Schutz vor Willkür und Wahrung von Treu und Glauben) der Bundesverfassung. Der Gesetzesentwurf ist in diesem Punkt als verunglückt zu bezeichnen.

Das Vorgehen des Bundesrates ist umso weniger verständlich, als in der Diskussion, wie das nationale Zentrum aufgebaut werden soll, die Vorteile einer unabhängigen Stiftung für Patientensicherheit klar erkannt wurden [7]:

”Die Beibehaltung der Eigenständigkeit der Stiftung für Patientensicherheit in der Variante 1c hat gegenüber den Varianten 1a und 1b die Vorteile, dass die gute Akzeptanz, welche sie in den letzten Jahren aufgebaut hat und die Sichtbarkeit sowie die Bedeutung des Themas Patientensicherheit, was eine wichtige Absicht bei deren Gründung war, nicht durch einen Auflösungs-/Transformations- und Integrationsprozess gemindert würde. Auch würden wesentliche Ressourcen der Stiftung durch einen solchen Prozess absorbiert, was die Realisierung eines ersten nationalen Programms in der Übergangsphase 2011 bis 2014 erschweren würde.”

Als Mitglied der Stiftung für Patientensicherheit lehnt die fmCh die Absicht des Bundes, die Stiftung für Patientensicherheit mit den Mitteln eines finanziellen Druckversuchs zu übernehmen, entschieden ab und wird rechtliche Schritte, die sich gegen ein solches Vorhaben wenden würden, ausdrücklich begrüssen und unterstützen.

8 Schlussfolgerung

In der vorliegenden Stellungnahme haben wir den Nachweis erbracht, dass der Bundesrat den Auftrag des Parlaments, das Vollzugsdefizit im Bereich der Qualitätssicherung zu beheben, nicht erfüllt hat. Er hat sich vielmehr von den eigenen, verwaltungsinternen Visionen leiten lassen. Im Ergebnis wird die Schaffung eines kostspieligen Zentrums vorgeschlagen, das die aktuellen Probleme nicht löst, sondern neue schafft und überdies einen bürokratischen Apparat in die Welt setzt, dessen Aufgaben und Kompetenzen nicht klar definiert sind.

Die fmCh lehnt den Gesetzesentwurf ab und empfiehlt dem Parlament, das Gesetz an den Bundesrat zur Überarbeitung zurückzuweisen. Die fmCh ist gerne bereit, sich aktiv an der Überarbeitung zu beteiligen.

Literatur

- [1] Verordnungsentwurf über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung. Öffentliche Anhörung vom 16. Dezember 2013 bis 3. Februar 2014.
- [2] GPK 09.004 Jahresbericht 2008 der Geschäftsprüfungskommissionen und der Geschäftsprüfungsdelegation der eidgenössischen Räte vom 23. Januar 2009, Seite 2596.
<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2009/2575.pdf> ([Link](#))
- [3] Evaluation über die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. Bericht der GPK-S vom 13.11.2007 (BBl 2008 7793).
<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/7793.pdf> ([Link](#))
- [4] Evaluation über die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. Stellungnahme des Bundesrates vom 18.6.2008 (BBl 2008 7889).
<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/7889.pdf> ([Link](#))
- [5] Parlamentarische Verwaltungskontrolle (PVK). Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. BBl Nr. 38, Sept. 2008, S. 7797—7888.
<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/7797.pdf> ([Link](#))
- [6] Bundesamt für Gesundheit. Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. 9. Oktober 2009.
http://swiss-q.admin.ch/pdf/qualitaetsstrategie_2009_10_09_de.pdf ([Link](#))
- [7] Bundesamt für Gesundheit. Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Version vom 25. Mai 2011.
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=de> ([Link](#))
- [8] Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern, Januar 2013.
<http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de> ([Link](#))
- [9] Wille N, Bütikofer AG, Schlup J. "Gesundheit2020": ein tauglicher Wegweiser für das Gesundheitssystem? Schweiz Ärztezeitung 2014;95(11):423–6.
<http://www.saez.ch/docs/saez/2014/11/de/SAEZ-02458.pdf> ([Link](#))
- [10] OECD/WHO. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. 2011.
<http://www.oecd.org/switzerland/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm> ([Link](#))

- [11] Botschaft zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom 16. September 2011 (11.062). BBI 2011 7553-7590.
<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2011/7553.pdf> ([Link](#))
- [12] Abstimmung vom 18. Mai 2014: Ja zum Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (Medienmitteilung). 24.02.2014. ([Link](#))
- [13] Nationaler Qualitätsvertrag (18. Mai 2011).
<http://www.anq.ch/de/anq/nationaler-qualitaetsvertrag/> ([Link](#))
- [14] ANQ. Vernehmlassung zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Stellungnahme ANQ. 8. Juli 2014.
http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20140708_ANQ_Stellungnahme_BG_Zentrum_f%C3%BCr_Qualit%C3%A4t_de.pdf ([Link](#))
- [15] Trutmann M, Hölzer S. Für eine Qualitätsmedizin in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2012;93(36):1302–3.
<http://www.saez.ch/docs/saez/2012/36/de/saez-00907.pdf> ([Link](#))
- [16] Bundesverwaltungsgericht. Urteil vom 7. April 2014 (C-1698/2013).
www.bvger.ch/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6IONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02Yuq2Z6gpJCDdX52hGym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
([Link](#))

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Urban Laffer, Präsident
Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär
fmCh
Bahnhofstrasse 20/22
CH-2502 Biel / Bienne
Tel.: 032 329 50 00
Fax: 032 329 50 01
E-Mail: sekretariat@fmch.ch



A Anhang

Zwölf Empfehlungen der GPK-S an den Bundesrat [3]

1. Der Bundesrat erarbeitet eine klare und verbindliche Strategie, welche Massnahmen, Verantwortlichkeiten und Fristen für die Umsetzung des Qualitätssicherungsauftrags des Bundes definiert.
2. Der Bundesrat sorgt dafür, dass bei den Tarifpartnern eine umfassende Berichterstattung über die Durchführung der Qualitätssicherung eingefordert wird und das EDI oder das BAG auf dieser Grundlage ein Monitoring über den Umsetzungsstand der Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen erstellt.
3. Der Bundesrat sorgt dafür, dass die Daten, welche aufgrund bestehender Erhebungen (z.B. Gesundheitsstatistik) vorliegen, im Hinblick auf die Qualität medizinischer Leistungen ausgewertet und als Grundlage der Qualitätssicherung genutzt werden.
4. Der Bundesrat definiert und kommuniziert Mindestanforderungen an die Inhalte von Qualitätsverträgen bzw. entsprechenden Vereinbarungen im Rahmen von Tarifverträgen. Er achtet insbesondere darauf, dass neben den Anforderungen an das Qualitätssicherungssystem auch die Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Folgen der Nichterfüllung vereinbarter Massnahmen in angemessener Form in die Vereinbarungen einfliessen.
5. Der Bundesrat hält die Tarifparteien dazu an, im Rahmen der Tarifverhandlungen auch Modelle zu prüfen, welche Differenzierung der Tarife nach Qualitätskriterien vorsehen («payment for performance»).
6. Der Bundesrat definiert und kommuniziert eine verbindliche Frist zum Abschluss von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung in allen Leistungsbereichen. Auf der Grundlage einer entsprechenden Berichterstattung (vgl. Punkt 1) kontrolliert er die Umsetzung. Kommen die Verträge nicht fristgerecht zustande oder erfüllen sie die Minimalanforderungen nicht, macht der Bundesrat umgehend von seiner Kompetenz zum Erlass eigener Bestimmungen Gebrauch (Art. 77 Abs. 3 KVV).
7. Auf der Grundlage einer entsprechend ausgestalteten Berichterstattung durch die Tarifpartner (vgl. Punkt 1) prüft das BAG, ob die vertraglichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung eingehalten werden und ob bei Nichteinhaltung der vertraglichen Bestimmungen die notwendigen Massnahmen eingeleitet werden.
8. Falls sich die vertragliche Regulierung als zu schwach erweisen sollte, fasst der Bundesrat eine Revision der rechtlichen Bestimmungen ins Auge. Neben der Revision von Verordnungsbestimmungen wäre dabei auch die Revision gesetzlicher Bestimmungen zu prüfen. Zu denken wäre dabei insbesondere



an die Schaffung geeigneter Anreize, etwa eine Differenzierung der Tarife nach Qualitätskriterien.

9. Der Bundesrat wird aufgefordert, den Anteil der innerhalb des BAG für die Überwachung der Qualitätssicherung eingesetzten personellen Ressourcen zu prüfen und gegebenenfalls der strategischen Bedeutung der Aufgabe entsprechend anzupassen.
10. Der Bundesrat sorgt dafür, dass die Finanzierung von Pilotprojekten auf eine verlässliche Basis gestellt und Projekte nach Massgabe ihrer Nachhaltigkeit und Wirksamkeit gefördert werden. Zu prüfen wäre in diesem Zusammenhang auch die Schaffung zusätzlicher Anreize, welche erfolgreiche Qualitätsmassnahmen belohnen (z.B. Qualitätspreis).
11. Der Bundesrat wird eingeladen, in einer längerfristigen Perspektive eine übergeordnete Regelung der Qualitätssicherung zu prüfen, welche auch die Leistungserbringung in anderen Bereichen der Sozialversicherung einschliesst (z.B. Unfallversicherung, Invalidenversicherung).
12. Ebenfalls in einer längerfristigen Perspektive wird der Bundesrat gebeten, die Rolle des Bundes in der Qualitätssicherung grundsätzlicher zu hinterfragen. Neben weiter reichenden Sanktionskompetenzen des BAG oder EDI wären dabei auch Alternativen wie die Delegation an ein nationales Institut für Qualitätssicherung oder einen verwaltungsunabhängigen Regulator zu prüfen.

