



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études  
en administration publique

Roland Gasser

**Die nationale Akkreditierung der Spitäler in der  
Schweiz als Vorschlag zur Stärkung der kontinu-  
ierlichen Qualitätsentwicklung**

**Working paper de l'IDHEAP 1/2021**  
Unité Politiques publiques et durabilité

Master of Advanced Studies (MAS) en administration publique (MPA)

Mémoire

# Die nationale Akkreditierung der Spitäler in der Schweiz als Vorschlag zur Stärkung der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung

Roland Gasser

Working paper de l'IDHEAP 1/2021

## **Jury**

Prof. Stéphane Nahrath

Prof. Tobias Mettler

Carlo Tschudi, Leiter Sektion Qualität und Prozesse, Bundesamt für Gesundheit

22. Januar 2021

Le texte intégral est disponible en ligne sur le dépôt institutionnel de l'UNIL :  
<https://serval.unil.ch/>

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Résumé</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Einführung</b>	<b>4</b>
2.1	<b>Qualitätsanforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken</b>	<b>7</b>
2.1.1	Nationale Akkreditierungsprogramme als Instrumente der Qualitätsentwicklung	8
2.2	<b>Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Schweiz</b>	<b>10</b>
2.3	<b>Ziele und Struktur dieser Arbeit</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Problematik</b>	<b>13</b>
3.1	<b>Unüberschaubare Vielfalt von Qualitätsanforderungen im Spitalwesen</b>	<b>14</b>
3.1.1	Betriebsbewilligungspraxis der Kantone für Spitäler	14
3.1.2	Freiwillige Branchen-Standards und Qualitätslabels	18
3.1.3	Spitallisten nach KVG: Anforderungen zu Struktur- und Prozessqualität	19
3.1.4	Kodierung: Qualitäts-Anforderungen im CHOP-Katalog	20
3.2	<b>Auswirkungen</b>	<b>20</b>
3.2.1	Auswirkungen auf Spitäler	20
3.2.2	Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten	21
3.2.3	Auswirkungen auf die kantonalen Behörden	21
3.3	<b>Bestehende Regulierungsansätze zwischen Selbstregulierung und staatlicher Kontrolle</b>	<b>22</b>
3.4	<b>Akkreditierung als Instrument zur Regulierung der Spitalversorgung</b>	<b>24</b>
3.4.1	Literaturreviews mit internationalem Horizont	24
3.4.2	Einzelne Studien aus Europa und Kanada	25
3.4.3	Einzelne Studien aus Australien	26
3.4.4	Kritische Würdigung der wissenschaftlichen Literatur	27
3.5	<b>Das System der Spital-Akkreditierung in Australien</b>	<b>28</b>
3.5.1	Nationale Kommission für Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen	28
3.5.2	Nationale Liste der als Spitäler anerkannten Einrichtungen	30
3.5.3	Umsetzung im Gliedstaat Victoria	31
3.5.4	Zwischenfazit zum australischen Akkreditierungsprogramm	32
3.6	<b>Die Akkreditierung von Hochschulen in der Schweiz</b>	<b>33</b>
3.7	<b>Forschungsfragen</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>Theoretischer Ansatz und Definitionen</b>	<b>36</b>
4.1	<b>Akkreditierung und Zertifizierung</b>	<b>36</b>
4.2	<b>Eigenschaften von Akkreditierungsprogrammen</b>	<b>38</b>
4.3	<b>Vergleich des Föderalismus und des Gesundheitswesens Schweiz-Australien</b>	<b>39</b>
4.4	<b>Hochschul-Akkreditierung (Schweiz) und Spital-Akkreditierung (Australien)</b>	<b>39</b>
4.5	<b>KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (2019)</b>	<b>41</b>
4.6	<b>Entwicklung der Thesen und Fragen für den empirischen Teil</b>	<b>42</b>
4.6.1	Einbezug aller Spitäler und Kliniken	42
4.6.2	Governance im Akkreditierungsprogramm	42
4.6.3	Entwicklung von Standards für die Akkreditierung	43
4.6.4	Kontrolle und Sanktionierung durch regionale Behörden	43
4.6.5	Kosten und Finanzierung des Akkreditierungsprogramms	44

<b>5</b>	<b>Methodologie und Vorgehen</b>	<b>45</b>
5.1	Methodologie	45
5.1.1	Schritt 1: Fragen an die Anspruchsgruppen (Online-Befragung)	45
5.1.2	Schritt 2: Fragen an die Expertinnen und Experten (Leitfaden-Interviews)	46
<b>6</b>	<b>Resultate</b>	<b>49</b>
6.1	Befragung von Anspruchsgruppen (Online-Fragebogen)	49
6.2	Expertinnen- und Experten-Befragung (Interviews)	54
6.2.1	Annamaria Müller	54
6.2.2	David Schwappach	55
6.2.3	Bernhard Rüttsche	56
<b>7</b>	<b>Diskussion</b>	<b>58</b>
7.1	Gesundheitspolizeiliche und krankensicherungsrechtliche Perspektive	60
7.2	Herausforderungen, Risiken und Chancen einer nationalen Akkreditierung für Spitäler	62
<b>8</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>64</b>
8.1	Institutionalisierung eines nationalen Akkreditierungsprogramms	64
8.2	Einführung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	65
8.3	Verbesserung des Public Reporting	65
<b>9</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>Referenzen</b>	<b>71</b>
<b>Anhang</b>		<b>74</b>

### Abkürzungen:

AAQ	Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung
ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (CH)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation (BFS)
EFQM	European Foundation for Quality Management
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HAS	Haute Autorité de Santé (F)
HSQHS	National Safety and Quality Health Service Standards
ISO	International Organisation for Standardization
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (D)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
VSAO	Vereinigung der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

## 1 Résumé

Les hôpitaux en Suisse font face avec une multitude d'exigences concernant la qualité. Chaque canton définit ses propres conditions cadres pour octroyer une permission d'exploitation. Ainsi, les cantons ont developpe plusieurs catalogues de groupes de prestations pour la planification et l'édiction des listes hospitalières (une tâche que la LAMal<sup>1</sup> leur assigne). Entre autres, ces catalogues déterminent des standards pour l'infrastructure et les processus. Au niveau supérieur, une association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ<sup>2</sup>) a été crée pour mesurer la qualité et établir des comparaisons. En outre, les hôpitaux doivent répondre à une multitude d'exigences liée à la qualité pour des certifications et aussi pour pouvoir facturer des prestations spécialisées.

 L'heure actuelle, ces exigences ne sont pas coordonnées d'une manière ciblée et compréhensible. Aussi, la transparence au niveau public est insuffisante et il est donc difficile d'évaluer quel hôpital offre la meilleure qualité. En effet, la plupart des cantons n'est pas en mesure de contrôler la qualité d'une manière systématique et proactive. En plus, les cantons se retrouvent souvent face à un conflit d'intérêts étant donne leurs rôles de propriétaires, financiers et autorités de surveillance. En somme, la sécurité des patients et la qualité des prestations en Suisse n'est pas contrôlée d'une manière rigoureuse et effective, présentant donc plusieurs lacunes. De cette situation, selon des études scientifiques, il en résulte un certain nombre d'evenements indésirables, dont environ la moitié serait évitable.

En guise d'amélioration, la mise en place d'une accréditation pour les hôpitaux au niveau national pourrait avoir des effets positifs sur plusieurs domaines. Notamment, tous les hôpitaux devraient remplir les mêmes exigences et conditions cadres. Ceci permettrait d'améliorer la comparabilité des prestations et des coûts qu'ils engendrent. Par ailleurs, les cantons pourraient s'appuyer sur l'accréditation pour attribuer les permissions d'exploitation ainsi que leurs listes hospitalières. Concernant l'accès transparent et public, il serait rendu plus facile pour les patients et les professionnels de santé d'évaluer la qualité parmi les hôpitaux.

Etant donne cette situation, ce travail de mémoire a le but de démontrer comment un programme d'accréditation national pourrait fonctionner et quels seraient les défis, les risques, les opportunités et les facteurs de succès d'un tel projet. Se référant à l'exemple du programme d'accréditation en Australie ainsi qu'à des travaux scientifiques sur le sujet des accréditations en général, un questionnaire a été developpe pour recueillir des données. Il a été soumis à des groupes d'intérêt, notamment les cantons, les hôpitaux, les assureurs et les organisations des patients. Les résultats intermédiaires ont été utilises pour réaliser des entretiens qualitatifs avec des experts dans le domaine de la surveillance et de la qualité dans les hôpitaux.

L'analyse de cette étude démontre qu'en principe un programme d'accréditation pour les hôpitaux en Suisse est faisable. Les conditions cadres légales au niveau national sont suffisantes. Les nouvelles structures qui seront bientôt mises en place suite à la dernière révision de la LAMal, notamment la commission fédérale de la qualité dans les hôpitaux et les contrats nationaux de qualité entre les assureurs et les hôpitaux, ont un grand potentiel pour améliorer la surveillance des hôpitaux et la sécurité des patients avec des mesures ciblées au niveau national. Les cantons

---

<sup>1</sup> Loi fédérale sur l'assurance-maladie (BSG 832.10)

<sup>2</sup> Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ANQ; [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

pourraient également profiter et simplifier certains procédés, comme par exemple l'édiction des listes des hôpitaux.

Le mémoire se conclut par des propositions mises en avant et quelques recommandations concrètes : La première recommandation traite les structures de gouvernance d'un programme d'accréditation en Suisse. L'autorité qui définit les standards devrait être indépendante de l'entité qui gouverne le programme (« conseil d'administration »). La deuxième recommandation propose le développement d'une liste d'indicateurs de qualité qui sont appropriés à la planification hospitalière des cantons. Des indicateurs adéquats permettent aux cantons d'inclure plus facilement l'aspect de la qualité dans leurs planifications. La troisième recommandation répond à la publication des résultats. Celle-ci doit être accessible et compréhensible pour toute personne intéressée. Globalement, la proposition d'une accréditation nationale pour les hôpitaux est jugée réalisable et dotée d'un potentiel améliorant considérablement la surveillance et le développement de la qualité des prestations hospitalières en Suisse.

## 2 Einführung

Der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit besteht in der Beobachtung, dass die Schweizer Spitäler und Kliniken sehr unterschiedliche Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Es besteht eine fast unüberschaubare Vielfalt von kantonalen Vorgaben für Betriebsbewilligungen und Spitallisten, Qualitätslabels, Qualitätszertifikaten, nationalen Messplänen, Registern und tariflichen Finanzierungsvoraussetzungen. Für Spitäler wie auch für Behörden ist die Situation aufgrund der fehlenden Abstimmung dieser Vorgaben schwierig und es besteht eine hohe Intransparenz, was die Erfüllung von kantonalen und nationalen Qualitätsstandards anbelangt.

Das Gesundheitswesen liegt in der Kompetenz der Kantone. Jedoch wird die Finanzierung der Spitalleistungen über die obligatorische Krankenversicherung über ein Bundesgesetz geregelt. Diese übergeordnete gesetzliche Grundlage besteht parallel zu den kantonalen Gesundheits- und Spitalgesetzgebungen. Die Kantone können die Qualität in den Spitälern zwar prüfen, tun dies aber in sehr unterschiedlichem Ausmass. Immer mehr setzen die Krankenversicherungen deshalb auf eigene Instrumente und Vorgaben im Rahmen der nationalen Tarifverträge. Dadurch entstehen teilweise sogar widersprüchliche Vorgaben für die Leistungserbringer. Ab nächstem Jahr sollen zudem weitergehende nationale Qualitätsverträge abgeschlossen werden (vgl. Kapitel 4.5).

Die Kantone sehen sich als Eigentümer und Aufsichtsbehörde in einem Zielkonflikt. Die Aufsicht ist deshalb teilweise mangelhaft und beschränkt sich auf die über Aufsichtsbeschwerden angezeigten Missstände. Gleichzeitig ist die Qualitätsentwicklung in den Spitälern erschwert, da einheitliche Vorgaben fehlen und ein gemeinsames Lernen – beispielsweise im Bereich der Patientensicherheit – nur auf Umwegen realisiert werden kann. International anerkannte Standards können nicht in nützlicher Frist flächendeckend implementiert werden. Auf diese und weitere Schwächen im Schweizer Gesundheitssystem weisen unter anderem die Berichte von Vincent und Staines (2019) und der OECD (Auraaen et al. 2020) hin.

Als Lösungsvorschlag diskutiert diese Arbeit die Möglichkeit eines nationalen Akkreditierungsprogramms für Spitäler und Kliniken. Eine nationale Akkreditierung besteht bereits für Hochschulen. Dieses Beispiel zeigt, dass es prinzipiell in der Schweiz möglich ist, auch in einem grundsätzlich auf kantonalen Ebene angesiedeltem Kompetenzbereich einen nationalen Standard einzuführen. Australien verfügt über mit der Schweiz vergleichbare Voraussetzungen sowohl was den Föderalismus als auch das Gesundheitssystem anbelangt. Aus einem Vergleich der beiden Modelle (Hochschulen in der Schweiz, Spitäler in Australien) werden Thesen für die empirische Untersuchung abgeleitet.

Der empirische Teil besteht aus zwei methodischen Schritten. In einem ersten Schritt werden Anspruchsgruppen mit grundsätzlichen Fragen zu einer möglichen Standardisierung befasst. Aufgrund der Antworten werden dann in einem zweiten Schritt ausgewählte Expertinnen und Experten mit den Vorschlägen in Form eines Interviewleitfadens konfrontiert und deren Antworten zusammengefasst. Ziel ist dabei, eine nationale Akkreditierung von Spitälern in Bezug auf ihre Vor- und Nachteile bei einer Implementierung in der Schweiz zu bewerten, das Potenzial zu einer Stärkung der gesundheitspolizeilichen Aufsicht auszuloten, die Möglichkeiten zur Implementierung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung zu eruieren und Empfehlungen an die Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung abzugeben.

## 2.1 Qualitätsanforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken

In der Schweiz gab es gemäss Bundesamt für Statistik im Jahr 2018 insgesamt 281 Spitalbetriebe, welche an 580 Standorten stationäre und ambulante medizinische Leistungen erbrachte<sup>3</sup>. Die Spitallandschaft ist äusserst heterogen und variiert von grossen Universitätsspitalern bis zu sehr kleinen Kliniken und Geburtshäusern. Es wurden 37'956 stationäre Behandlungsplätze angeboten<sup>4</sup>. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 1'468'275 Fälle stationär behandelt<sup>5</sup>. Die Kosten für Spitalbehandlungen betragen 2018 über 29 Milliarden Franken, wobei die Finanzierung durch den Staat sowie die Sozialversicherungen mehr als 80% ausmacht<sup>6</sup>.

Bezüglich der Patientensicherheit und Qualität besteht auch in der Schweiz Handlungsbedarf. Das Bundesamt für Gesundheit geht aufgrund von internationalen Vergleichen von 2000 - 3000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr aus. Viele Patientinnen und Patienten erleiden zudem beispielsweise Infektionen, die im Spital erworben werden (sog. nosokominale Infekte), oder werden durch vermeidbare Behandlungsfehler kurzfristig oder bleibend geschädigt (vgl. Halfon et al. 2017)<sup>7,8</sup>.

Die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie die Behandlungsqualität im Allgemeinen kann durch zwei unterschiedliche Strategien gewährleistet bzw. verbessert werden. Einerseits geschieht dies durch die Festlegung von Qualitätsanforderungen (Standards), welche durch die Gesundheitsfachpersonen und die Organisationen des Gesundheitswesens erfüllt werden müssen. Die Einhaltung dieser Standards muss kontrolliert und die Missachtung sanktioniert werden. Andererseits können die Ergebnisse gemessen und spital-intern für Verbesserungsprojekte verwendet werden. Diese Ergebnisse können zudem der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Solche Messungen führen dann im Idealfall zu einem Qualitätswettbewerb zwischen den Spitalern. Sie können aber auch den Behörden dabei dienen, bei weniger gut abschneidenden Spitalern gezielte Massnahmen zu fordern oder sie zu sanktionieren.

Eine gesellschaftliche und politische Herausforderung entsteht, weil bei einem verschärften wirtschaftlichen Druck die Gefahr einer „Abwärtsspirale“ in Bezug auf die Qualität droht. Dies vor allem weil der „Markt“ im Gesundheitswesen aus verschiedenen Gründen nicht ideal funktioniert. Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sind nicht immer frei in der Wahl des Spitals und verfügen in der Regel nicht über die nötigen Informationen (z.B. Qualitätsvergleiche) für eine abgewogene Entscheidung. Die Kosten für eine mangelhafte Qualität, z.B. in der Form von „eingeschränkter Lebensqualität“, trägt zum überwiegenden Teil die Allgemeinheit, nicht das verursachende Spital. Wegen der hohen Risiken für Patientinnen und Patienten und der mangelnden Marktsteuerung muss durch regulatorische Massnahmen zumindest sicher gestellt werden, dass „schwarze Schafe“ identifiziert und – im schlimmsten Fall – an einer weiteren Tätigkeit gehindert werden (z.B. durch gesundheitspolizeiliche Aufsicht).

Die Patientensicherheit ist eine Thematik, die in der Schweiz weitgehend den medizinischen Fachgesellschaften und den Spitalern selber überlassen wurde. Um der Problematik mehr

---

<sup>3</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/spitaeler.html>

<sup>4</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/spitaeler/infrastruktur-beschaefigung-finanzen.html>

<sup>5</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html>

<sup>6</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/kosten-finanzierung/kosten.html>

<sup>7</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html> (vgl. „Qualität: Warum besteht Handlungsbedarf?“)

<sup>8</sup> <https://www.swissnoso.ch/worum-geht-es/healthcare-assozierte-infektionen/>



Gewicht zu verleihen wurde die Stiftung für Patientensicherheit im Jahr 2003 vom Bundesamt für Gesundheit und vom Bundesamt für Sozialversicherungen, zahlreichen Berufsverbänden und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gegründet. Sie wird von Bund und Kantonen sowie durch Spenden finanziert. Die Stiftung kann Wissen zusammentragen und vermitteln, jedoch hat sie keinerlei Befugnisse um Massnahmen durchzusetzen. Sie versucht deshalb, über nationale Programme in einzelnen Bereichen Verbesserungen zu erzielen (z.B. bei der Medikationssicherheit oder bei Blasenkathetern). Es nehmen bisher jedoch nur wenige Spitäler an diesen Programmen teil<sup>9</sup>. Dass die regulatorischen Bemühungen um eine erhöhte Patientensicherheit in der Schweiz noch substanziell verbessert werden können, wurde auch von der OECD festgestellt und in einem kürzlich erschienenen Bericht festgehalten (2020).

Seit der Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) im Jahr 2009 wurden in den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation schweizweit einheitliche Outcome-Messungen und transparente Spitalvergleiche eingeführt. Der Verein ANQ konzentriert sich gemäss seinen Statuten auf die Einführung und Pflege von nationalen Qualitätsmessungen (inkl. Berichterstattung), es sind keine weiteren Aktivitäten zur Förderung der Qualitätsentwicklung vorgesehen. Die Validität dieser Messungen und die Brauchbarkeit für die Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken wird jedoch unter Fachleuten diskutiert. Auch das BAG berechnet Qualitätsindikatoren für Spitäler und veröffentlicht jährlich einen Bericht, bisher jedoch nur in der Akutsomatik<sup>10</sup>.

Neben den (freiwilligen) Programmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und den (obligatorischen) nationalen Qualitätsmessungen gibt es in der Schweiz eine unübersichtliche Vielfalt von Qualitätsanforderungen, welche die Spitäler erfüllen müssen. Diese Vielfalt wird im Kapitel 3.1 dargestellt. Die Trennung von Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit, nationalen Qualitätsmessungen und kantonalen Qualitätsanforderungen und die mangelnde Koordination zwischen diesen miteinander inhaltlich eng verknüpften Ansätzen ist nicht optimal (vgl. De Pietro et al., 2015; Vincent & Staines, 2019; Auraaen et al., 2020).

### 2.1.1 Nationale Akkreditierungsprogramme als Instrumente der Qualitätsentwicklung

In vielen anderen Ländern wird mittels eines nationalen Akkreditierungsprogramms eine Grundlage geschaffen, auf der alle Massnahmen zur Qualitätsentwicklung aufbauen. Gemäss Barthélémy et al. (2012) gab es im Jahr 2011 in über der Hälfte aller Länder Europas ein Akkreditierungsprogramm für Spitäler. Unterschieden wurde in ihrer Übersicht beispielsweise, ob die Teilnahme obligatorisch (u.a. in Frankreich, Italien, Spanien und Grossbritannien oder freiwillig (u.a. in Deutschland, Finnland, Holland, Portugal, der tschechische Republik und Polen) ist. In der Schweiz gab und gibt es im Unterschied zu fast allen umliegenden Ländern bisher keine Bestrebungen in diese Richtung.

In der Tabelle 1 sind ein paar exemplarische Akkreditierungsprogramme und ihre Eigenheiten kurz zusammengefasst dargestellt. Die Vorteile von verbindlichen, nationalen Standards auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität liegen in der einheitlichen Definition der gesundheitspolizeilichen Anforderungen für alle Spitäler („gleich lange Spiesse für alle“) und einer von der Politik weitgehend unabhängige Kontrolle. Die Patientinnen und Patienten haben

---

<sup>9</sup> aus Ressourcengründen konnten im Projekt «progress! Sichere Chirurgie» nur 10 von 34 Spitälern für die Teilnahme berücksichtigt werden (vgl. Botschaft des Bundesrates zur Änderung des KVG vom 4. Dez. 2015)

<sup>10</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler.html>

damit Gewähr, dass grundsätzlich die gesundheitspolizeiliche Aufsicht überall vergleichbar gut implementiert und durchgesetzt wird.

**Tabelle 1:** Nationale Akkreditierungen von Spitalern im Vergleich, Rollenverteilung Bund / Gliedstaaten

<b>Land</b>	<b>Rolle des Bundes</b>	<b>Rolle der Gliedstaaten</b>
Vereinigtes Königreich / England	Health and Social Care Act 2008 : Erteilt weitgehende Kompetenzen an die Care Quality Commission des Gliedstaates.	Care Quality Commission <sup>11</sup> : Setzt Standard, macht Inspektionen, veröffentlicht Ergebnisse, kann Bussen aussprechen, Aufnahme beschränken und Spitäler ganz schliessen.
Kanada	Bund macht keine Vorgaben für Qualität, nur bezüglich Zugang <sup>12</sup> .	Beispiel Ontario : Macht Vorgaben für die Leistungserbringer (Qualitätskommission), vereinbart Qualitätsverbesserungspläne, Qualitätsvergleiche durch unabhängige Instanz ( <a href="http://www.hqontario.ca/">http://www.hqontario.ca/</a> ) <sup>13</sup> .  Zusätzlich erfolgen verbreitet freiwillige Akkreditierungen bei privaten Anbietern <sup>14</sup> .
Australien	Spitäler müssen sich bei der Regulierungsbehörde anmelden und dafür einen Nachweis für eine (begonnene) Akkreditierung erbringen. <sup>15</sup>  Es gibt eine nationale Qualitätskommission, welche die Standards entwickelt. <sup>16</sup>	Beispiel Victoria : Der Gliedstaat ist zuständig für die Durchsetzung der Akkreditierungspflicht sowie das Ergreifen von allfälligen Massnahmen bei einem Scheitern der Akkreditierung. <sup>17</sup>  Unabhängige (private) Akkreditierungsstellen.
Frankreich	Alle öffentlichen Gesundheitseinrichtungen müssen zertifiziert werden (Code de santé publique, Article L6113-3). Zuständig ist die Kommission für die Zertifizierung für Gesundheitseinrichtungen der « Haute Autorité de Santé (HAS) ». <sup>18</sup>	Keine erkennbare Rolle. Entscheide werden von der HAS durchgesetzt.

Solche Akkreditierungsprogramme sind besonders dann wirksam, wenn sie mit Prozessen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung kombiniert werden. Sie umfassen in den meisten Ländern verschiedene Dimensionen von der Unternehmensführung über Patientenrechte bis zur

<sup>11</sup> <http://www.cqc.org.uk/>

<sup>12</sup> <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>

<sup>13</sup> <https://www.ontario.ca/laws/statute/10e14#BK4>

<sup>14</sup> vgl. beispielsweise <https://accreditation.ca/accreditation/qmentum/>

<sup>15</sup> <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hospitals2.htm>

<sup>16</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/>

<sup>17</sup> <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/quality-safety-service/hospital-accreditation/policy-on-accreditation>

<sup>18</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_419569/fr/commission-de-certification-des-etablissements-de-sante-cces](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419569/fr/commission-de-certification-des-etablissements-de-sante-cces).

Pflege und medizinischen Eingriffen („sichere Chirurgie“). Die Programme werden in der Regel durch umfassende Qualitätsmessungen ergänzt, wobei die Resultate dieser Messungen wiederum zu neuen Standards führen können.

## **2.2 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Schweiz**

Der Bundesrat hat sich bei der Umsetzung der Krankenversicherungsgesetzgebung dafür entschieden, die Qualitätssicherung in erster Linie den Tarifpartnern (d.h. den Krankenversicherungen und Spitalern) zu überlassen. Diese sollen in den nationalen Tarifwerken bzw. den Tarifverträgen die nötigen Massnahmen ergreifen. Dies ist jedoch bis heute nicht im gewünschten Ausmass geschehen (vgl. BAG 2009). Das Bundesamt für Gesundheit hält dazu fest:

„Mit Blick auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung muss heute festgestellt werden, dass noch zu wenig echte Massnahmen der Qualitätssicherung umgesetzt sind. Es zeigt sich, dass sich der Bund in diesem Bereich stärker als bisher engagieren muss (2009, p. 33).“

Und weiter:

„Auch ohne gründliche Analyse der heutigen Situation im Bereich der Qualitätssicherung, kann man feststellen, dass die Qualitätssicherung seit dem Inkrafttreten des KVG zu wenig entwickelt und ausgebaut worden ist. Das geltende Konzept der Delegation an die Leistungserbringer hat die Erwartungen nicht erfüllt (2009, p. 36).“

Der Bund regelt die Zulassung zur Leistungsabrechnung über die obligatorische Krankenversicherung bisher nur bei den im KVG genannten Berufsgruppen. Er führt beispielsweise ein Register über die zugelassenen Ärztinnen und Ärzte. Hingegen überlässt der Bundesrat den Entscheid über die Zulassung der Spitäler den Kantonen. Die Kantone fassen ihre Aufgaben bezüglich Qualitätssicherung in den Spitalern sehr unterschiedlich auf.

Das Thema Akkreditierung wird in der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen mit keinem Wort erwähnt (vgl. 2009, p. 32f). Im Jahr 2019 konnte jedoch mit einer KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit jedoch eine eidgenössische Qualitätskommission im Gesetz verankert werden, die vom Ansatz her auf nationaler Ebene neue Standards setzen könnte, auch wenn bisher keine eigentliche Akkreditierung vorgesehen ist (vgl. Kapitel 4.5.).

Diese Arbeit möchte vor diesem Hintergrund den gedanklichen Horizont für eine grundsätzliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung für Spitäler und Kliniken in der Schweiz in Richtung einer nationalen Akkreditierung öffnen.

## **2.3 Ziele und Struktur dieser Arbeit**

Ausgehend von meinem beruflichen Hintergrund als Co-Abteilungsleiter der Abteilung Planung und Versorgung im Spitalamt der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern möchte ich mit dieser Arbeit einen Beitrag leisten zur theoretischen und praktischen Auseinandersetzung mit der staatlichen Überwachung und Regulierung der Spitäler und Kliniken in der Schweiz. Um dies zu leisten stütze ich mich einerseits auf meine langjährigen Erfahrungen im Bereich der Spitalplanung und der Spitalisten und andererseits auf die wissenschaftliche Literatur sowie Umfragen und Interviews mit Expertinnen / Experten aus dem schweizerischen Gesundheitswesen.

Um die einleitend beschriebenen Herausforderungen anzugehen, könnte die Entwicklung und Einführung von einheitlichen, nationalen Qualitätsstandards zum Betrieb von Spitälern in der Schweiz sinnvoll sein. Diese Standards müssen dabei auch für Spitäler gelten, die aufgrund der Rechtsform und/oder der kantonalen Gesetzgebung keine Betriebsbewilligung als Spital benötigen.

Andere Länder, beispielsweise Australien<sup>19</sup>, basieren ihre öffentliche Finanzierung von Spitalleistungen auf einer nationalen Akkreditierung dieser Einrichtungen als Spital. Dabei bescheinigen unabhängige Akkreditierungs-Institute den Spitälern die Einhaltung der Qualitätsstandards. Die Gliedstaaten setzten die gesetzliche Vorgabe durch und ergreifen entsprechende Massnahmen wenn die Akkreditierung nicht erreicht wird. So wird eine Ungleichbehandlung innerhalb des Landes vermieden.

Im Hochschulbereich gibt es auch in der Schweiz bereits ein Beispiel für eine nationale Akkreditierung als Regulierungsinstrument. Der Schweizerische Akkreditierungsrat<sup>20</sup> ist die Entscheidungsinstanz über die Erfüllung der Anforderungen. Die Standards sind in einer Verordnung des Bundes festgelegt<sup>21</sup>. Ohne Akkreditierung erfolgt keine Finanzierung durch den Bund. Diesen Bestimmungen unterworfen sind aktuell 45 Hochschulen, sie müssen bis im Jahr 2023 akkreditiert sein. Der Bund und die Kantone wenden pro Jahr gegen 10 Milliarden Franken für die Hochschulbildung auf<sup>22</sup>. Die Grössenordnung ist somit vergleichbar mit den Ausgaben der öffentlichen Hand für Spitalbehandlungen.

Als Regulierungsinstrument um einheitliche Standards zu implementieren könnte sich eine Art von nationaler Akkreditierung für Spitäler auch in der Schweiz als hilfreich erweisen. Die Arbeit soll deshalb die Voraussetzungen, sowie Vor- und Nachteile einer nationalen Akkreditierung aufzeigen. Zudem sollen die für einen solchen Ansatz notwendigen institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Kantons- und Bundesebene skizziert werden.

Die Ziele der vorliegenden Arbeit sind zusammengefasst folgende:

- (1) Eine nationale Akkreditierung von Spitälern in Bezug auf ihre Vor- und Nachteile bei einer Implementierung in der Schweiz zu bewerten,
- (2) das Potenzial einer nationalen Akkreditierung zu einer Stärkung der gesundheitspolizeilichen Aufsicht über die Spitäler durch die Kantone auszuloten,
- (3) die Möglichkeiten zur Implementierung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung zur Verbesserung der Patientensicherheit im Rahmen einer nationalen Akkreditierung zu eruieren und
- (4) mögliche Erfolgsfaktoren zu identifizieren und auf die empirischen Ergebnisse abgestützte Empfehlungen an die Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung abzugeben.

In einem ersten Teil der folgenden Ausführungen wird die Problematik ausführlich beschrieben und von verschiedenen Seiten beleuchtet und daraus abgeleitet Forschungsfragen formuliert. Danach folgt eine theoretische Einbettung und einige Überlegungen zu einzelnen Begriffen und

---

<sup>19</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/>

<sup>20</sup> <http://akkreditierungsrat.ch/de/akkreditierung-schweiz/>

<sup>21</sup> vgl. Akkreditierungsverordnung HFKG (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20151363/index.html>)

<sup>22</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsfinanzen/hochschulen.html>

Konzepten (Definitionen) sowie ein Vergleich des Akkreditierungsprogramms der Spitäler in Australien sowie der Akkreditierung der Hochschulen in der Schweiz. Basierend auf dieser Ausgangslage werden einige aus diesen inhaltlichen Betrachtungen abgeleitete Thesen dargestellt. Diese helfen dabei, konkrete Fragen für die empirische Untersuchung zu entwickeln und die Diskussion zu strukturieren. In einem weiteren Kapitel wird die zur Beantwortung dieser Fragen gewählte Methodik beschrieben. Nach einer Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse schliesst die Arbeit mit einigen Empfehlungen und Schlussfolgerungen.

### 3 Problematik

Die Schweizer Spitäler und Kliniken unterliegen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht der Kantone. Die Kantone sind somit zuständig für die Gewährleistung einer minimalen Sicherheit für die Patientinnen und Patienten (gesundheitspolizeiliche Aufsicht). Sie stellen den Spitälern Betriebsbewilligungen aus, für deren Erlangung mehr oder weniger detaillierte Struktur- und Prozessanforderungen an die Betriebe gestellt werden. Es fehlt jedoch ein allgemein gültiger, nationaler Betriebsbewilligungs-Standard für Spitäler. Manche Kantone unterstellen lediglich private Spitäler einer Bewilligungspflicht (z.B. Solothurn) oder machen Ausnahmen (z.B. St. Gallen). Spitäler, welche ein Teil des Staates sind (in die Kantonsverwaltung integrierte Institutionen, aber teilweise auch öffentlich-rechtliche Anstalten) verfügen in der Regel über keine formale Betriebsbewilligung, weil der Staat aus formal-juristischen Gründen sich selber keine Bewilligungen ausstellen kann. Eine national einheitliche Regulierung des Spitalwesens auf Ebene der Bewilligungen existiert in der Schweiz derzeit nicht.

Neben den bestehenden, sehr heterogen ausgestalteten (Minimal-)Anforderungen der Betriebsbewilligungen mit kaum vergleichbaren Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität gibt es Bestrebungen aus der Branche selber, durch Zertifizierungen einen vergleichbaren Standard zwischen Spitälern oder zumindest in einzelnen Leistungsbereichen herzustellen und eine minimale Qualität sicher zu stellen. Beispiele dafür sind die SwissReha -Zertifizierung<sup>23</sup> oder die Zertifizierung der „Swiss Leading Hospitals<sup>24</sup>“. Beides sind private Initiativen und haben keine rechtliche Verbindlichkeit. Zudem bestehen für einzelne Abteilungen oder Leistungsbereiche von Spitälern spezifische Zertifizierungen, etwa für Notfallstationen<sup>25</sup>, Intensivstationen<sup>26</sup>, für die spezialisierte Palliative Care<sup>27</sup> oder als „Stroke Center<sup>28</sup>“. Diese sehr spezifischen Zertifizierungen werden von Fachgesellschaften<sup>29</sup> vergeben, die Kantone haben nur geringen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung der Anforderungskataloge.

Zusätzlich zu den Anforderungen an die Spitäler im Rahmen der Betriebsbewilligungen und der (freiwilligen) Selbstregulierung mittels globaler oder spezifischer Zertifizierungen bestehen für Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag (sogenannte Listenspitäler<sup>30</sup>) weitere Qualitätsanforderungen. Diese Qualitätsanforderungen werden im Rahmen der kantonalen Versorgungsplanungen und Spitallistenverfahren definiert und in Kraft gesetzt, wobei die Kantone die Vorgaben des Bundesrechts<sup>31</sup> beachten müssen. Auch hier besteht keine einheitliche Regelung in der Schweiz, jeder Kanton entscheidet autonom, welche Rahmenbedingungen gesetzt werden. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt die Anwendung der vom Kanton Zürich entwickelten Systematik inklusive der dazu gehörigen Qualitätsanforderungen. Sie überlässt es jedoch den Kantonen, die Anforderungen unter Umständen an die kantonalen Gegebenheiten anzupassen (GDK 2018a). Die Umsetzung in den Kantonen bleibt damit heterogen.

---

<sup>23</sup> <http://www.swissreha.com/swss-reha/qualitaetskriterien/index.php>

<sup>24</sup> <https://www.slh.ch/de/qualitaet/qualitaetskonzept/>

<sup>25</sup> Minimalvoraussetzungen gemäss dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR), Schweizerische Ärztezeitung 2014;95: 35

<sup>26</sup> <https://www.swiss-icu-cert.ch/de/>

<sup>27</sup> <https://www.qualitepalliative.ch/de/das-label/dokumente/>

<sup>28</sup> <http://www.sfcns.ch/index.php/Stroke.html>

<sup>29</sup> Zum Beispiel die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

<sup>30</sup> vgl. Art. 39 KVG (SR 832.10)

<sup>31</sup> vgl. Art. 58b KVV (SR 832.102)

Auch im Rahmen der Finanzierung werden mehr und mehr qualitative Mindestanforderungen von den Spitalern verlangt. So können bestimmte Leistungen nur codiert und verrechnet werden, wenn das Spital für diese Leistung zertifiziert ist<sup>32</sup>. Diese über die Betriebsbewilligung und die Spitalliste hinaus gehenden Qualitätsanforderungen sind im sogenannten CHOP-Katalog<sup>33</sup> des Bundesamtes für Statistik (BFS) verankert. Sie werden insbesondere in der Anwendung von Tarifwerken von den Krankenversicherungen angewendet. Ein Spital, welches diese Anforderungen nicht erfüllt, kann den Code nicht verwenden und die entsprechende Leistung daher unter Umständen nicht in Rechnung stellen. Dies verunmöglicht die Leistungserbringung unter Umständen trotz einem entsprechenden Leistungsauftrag des Kantons für diese Leistungen.

### 3.1 Unüberschaubare Vielfalt von Qualitätsanforderungen im Spitalwesen

Es besteht somit eine Vielfalt von unterschiedlichen Anforderungen, die selbst für Fachpersonen nur noch schwierig zu überschauen und teilweise sogar widersprüchlich ist. Im Folgenden wird auf diese vier unterschiedlichen Ansätze zur Implementierung von Qualitätsanforderungen in den Spitalern genauer eingegangen. Dabei wird teilweise unterschieden zwischen öffentlichen, und privaten Spitalern sowie Listenspitalern und solchen ohne kantonalen Leistungsauftrag.

Öffentliches Spital	Ein Spital, welches sich im Eigentum der öffentlichen Hand befindet, entweder als staatliche Institution, als öffentlich-rechtliche Anstalt oder als Aktiengesellschaft.
Privatspital	Spital im Eigentum einer Stiftung, einer Aktiengesellschaft (bzw. Holding-Gesellschaft) oder eines Vereins.
Listenspital	Öffentliches Spital oder Privatspital, welches über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügt und daher seine Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abrechnen darf.

#### 3.1.1 Betriebsbewilligungspraxis der Kantone für Spitäler

Dieses Kapitel stellt die aktuellen Rechtsgrundlagen und die Praxis bezüglich der Betriebsbewilligungen für Spitäler in der Schweiz dar. In allen Kantonen erteilt die Gesundheitsdirektion oder der kantonsärztliche Dienst eine Betriebsbewilligung gemäss kantonalem Recht (die entsprechenden kantonalen Rechtsgrundlagen finden sich im Anhang in Tabelle I). Dabei werden minimale Anforderungen an die antragsstellenden Institutionen gestellt. Sind diese Anforderungen erfüllt, erteilt der Kanton die Betriebsbewilligung.

Zur Illustration kann das Beispiel des Kantons **Schwyz**<sup>34</sup> herangezogen werden, es bringt das Prinzip der Minimalanforderungen auf den Punkt und ist exemplarisch für viele andere Kantone:

#### § 4 Betrieb von Spitalern

<sup>1</sup> Der Betrieb eines Spitals bedarf der Bewilligung des Regierungsrates.

<sup>2</sup> Sie wird erteilt, wenn im Rahmen eines Betriebskonzeptes nachgewiesen wird, dass:

<sup>32</sup> Ein Beispiel dafür sind Leistungen der spezialisierten Palliative Care im Spital.

<sup>33</sup> Schweizerische Operationsklassifikation (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.5808569.html>)

<sup>34</sup> vgl. Spitalgesetz (SpitG) vom 19. November 2014 (SR SZ 574.110)

- a) genügend geeignetes und ausgebildetes Personal zur Verfügung steht und die medizinische und pflegerische Betreuung der Patienten sichergestellt ist;
- b) die baulichen und betrieblichen Voraussetzungen erfüllt sind und die Einrichtungen dem Verwendungszweck entsprechen;
- c) eine gesicherte finanzielle Grundlage vorhanden ist.

<sup>3</sup>Der Regierungsrat kann die Bewilligung entziehen, mit Auflagen oder Bedingungen versehen, wenn eine oder mehrere Voraussetzungen entfallen.

Besonders an diesem Beispiel ist, dass der Regierungsrat die Betriebsbewilligung erteilt und dass er dabei auch die finanziellen Verhältnisse des Unternehmens beurteilt. In der Regel wird diese Aufgabe per Delegation an die jeweilige kantonale Gesundheitsdirektion übertragen und die Finanzen werden nicht in die Prüfung durch das Fachamt einbezogen. Es gibt neben dieser Besonderheit des Kantons Schwyz auch einige andere erwähnenswerte kantonale Besonderheiten:

- Der Kanton **Aargau** verweist explizit auf das KVG: „Nach § 8a Spitalgesetz (SpiG) bedürfen Eröffnung und Betrieb eines Spitals einer Bewilligung der zuständigen kantonalen Behörde, des Departements Gesundheit und Soziales. Die Bewilligung wird erteilt, wenn das Spital die Voraussetzungen gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG erfüllt.“ Das Besondere daran ist, dass das KVG als Finanzierungsgesetz (zumindest bisher) keine eigentlichen Vorgaben an die Minimalstandards für Spitäler umfasst. Dies ist im Grunde genommen eine gesundheitspolizeiliche Aufgabe der Kantone. Im Prinzip könnte jedoch der Bund vermutlich bereits heute qualitative Vorgaben machen, welche die Kantone in ihrer Kompetenz freiwillig umsetzen. Das KVG beschränkt sich jedoch auf Listenspitäler, alle anderen Spitäler sind davon ausgenommen (ausser bei einer entsprechenden kantonal-gesetzlichen Regelung wie im Aargau).
- Der Kanton **Wallis** verfügt über eine ausführliche Direktive, basierend auf Gesetz und Verordnung, welche die einzelnen Anforderungen für eine Betriebsbewilligung ausführlich beschreibt<sup>35</sup>. Diese Abstufung und Konkretisierung ist sinnvoll, da sich die Anforderungen an die Spitäler laufend ändern (Stichwort Ambulantisierung).
- Im Kanton **Baselland** benötigen Kliniken, welche Leistungen im Namen der Inhaberin / des Inhabers erbringen sowie sämtliche Listenspitäler keine Betriebsbewilligung. Dies hat zur Folge, dass nur sehr wenige bzw. gar keine Spitäler überhaupt eine Betriebsbewilligung benötigen.
- Im Kanton **Solothurn** benötigen nur private Spitäler eine Betriebsbewilligung, nicht die öffentlich-rechtlichen Spitäler, d.h. die Solothurner Spitäler SoH haben keine kantonale Betriebsbewilligung.
- Im Kanton **St. Gallen** benötigen ebenfalls nur private Spitäler eine Betriebsbewilligung, also nicht das Kantonsspital (eine öffentlich-rechtliche Anstalt), zudem gibt es Ausnahmen<sup>36</sup>:
  - Keiner Bewilligung bedürfen gemäss kantonaler gesetzlicher Grundlage:
    - a) das Ostschweizer Kinderspital mit Kinderschutzzentrum;
    - b) das Kinder- und Jugendpsychiatrische Zentrum Klinik Sonnenhof;
    - c) die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St.Gallen;

<sup>35</sup> <https://www.vs.ch/web/ssp/autorisation-d-exploiter-un-hopital>

<sup>36</sup> gem Art. 5 der Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege (VEG; 325.11).



d) die Kliniken Valens und Walenstadtberg.

Einzelne Kantone erteilen Betriebsbewilligungen mit einer Befristung (z.B. 5 Jahre in VD und VS, 10 Jahre in SG und TG), die meisten erteilen die Bewilligungen jedoch unbefristet. In Tabelle I im Anhang sind alle gesetzlichen Grundlagen der Kantone in einer Übersicht zusammen gestellt.

Die Voraussetzungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung sind je nach Kanton unterschiedlich definiert. In Tabelle 2 sind die Voraussetzungen pro Kanton in einer Übersicht dargestellt. Diese Übersicht basiert auf einer Analyse der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen. Ähnliche, thematisch naheliegende Voraussetzungen, z.B. geeignete Infrastruktur und medizintechnische Einrichtungen wurden zu einem einzigen Merkmal zusammengefasst. Es wurden dabei auch Voraussetzungen für eine Betriebsbewilligung erfasst, die nicht explizit mit einem schriftlichen Nachweis belegt werden müssen. Ein Beispiel wäre dazu ein Konzept für die Qualitätssicherung. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden genügt es beispielsweise, wenn das Spital „den Anforderungen an Hygiene und Sicherheit der Patientinnen und Patienten genügt“ (Art. 49 Gesundheitsgesetz AR). Wie genau eine solche eher globale Voraussetzung überprüft wird, bleibt offen. In anderen Kantonen braucht es demgegenüber einen Nachweis für ein Qualitätssicherungssystem. Oberflächlich scheinen die Anforderungen damit vergleichbar, jedoch bestehen in der Praxis vermutlich erhebliche Unterschiede, was den genauen Nachweis und die Überprüfung der Erfüllung dieser Voraussetzungen anbelangt.

Die für eine Betriebsbewilligung zu erfüllenden „Minimalstandards“ sind – das hat die vorliegende Analyse ergeben – über alle Kantone betrachtet sehr heterogen. In allen Kantonen wird zumindest eine geeignete Infrastruktur mit medizin-technischen Einrichtungen vorgeschrieben. In den allermeisten Kantonen wird zudem genügend qualifiziertes Personal und die Gewährleistung einer ärztlichen Betreuung vorausgesetzt. Zusätzlich verlangen 18 Kantone, dass die medizinische Leitung über eine Berufsausübungsbewilligung des Kantons verfügt.

Tabelle 2: Voraussetzungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Spital in den jeweiligen Kantonen, gemäss kantonaler gesetzlicher Grundlage – vgl. Tab. I im Anhang (ein Kreuz in Klammern (x) meint, kein entsprechender Nachweis in Form eines Konzepts o.ä. verlangt wird)

Kt.	Voraussetzungen für eine Betriebsbewilligung																
	Geeignete Infrastruktur / medizintechnische Einrichtungen	Ärztliche Betreuung, qualifiziertes Fachpersonal, Fortbildung	Medizinische Leitung mit Berufsausübungs-Bewilligung	Qualitätssicherung	Einwandfreie Betriebsführung / zweckmässige Organisation	Betriebshaftpflichtversicherung	Konzept für die pharmazeutische Versorgung	Hygienekonzept	Notfallkonzept	Konzept für die Einhaltung der Patientenrechte	Stellvertretung der Leitungsperson durch fachlich qualifizierte Person	Barrierefreiheit für Menschen mit einer Behinderung	Geeignete Informatik-Infrastruktur / e-health	Critical incident reporting system CIRS	Beschwerdestelle / Umgang mit Beschwerden	Gesamtarbeitsvertrag	Gesicherte finanzielle Grundlage
AG	X	X	-	-	-	-	(x)	-	-	-	-	-	(x)	-	-	-	-
AR	X	X	X	(x)	X	-	-	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AI	X	X	X	(x)	X	X	-	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BE	X	X	X	X	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-
BL	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BS	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR	X	X	-	X	X	-	-	-	-	(x)	-	-	-	-	-	-	-
GE	X	X	X	(x)	X	-	(x)	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GL	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GR	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-
JU	X	X	X	-	(x)	-	-	(x)	X	X	-	-	X	X	X	X	-
LU	X	X	X	-	-	-	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NE	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
NW	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OW	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
SG	X	X	X	X	(x)	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SH	X	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SO	X	X	-	-	(x)	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-
SZ	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
TG	X	X	(x)	-	-	-	-	-	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-
TI	X	X	(x)	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UR	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
VD	X	X	X	(x)	X	X	(x)	-	(x)	(x)	X	-	-	-	-	-	-
VS	X	X	-	X	X	-	X	(x)	X	X	-	X	-	-	X	-	-
ZG	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ZH	X	X	X	-	-	X	-	(x)	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Σ	26	25	18	14	11	10	9	8	7	4	3	3	2	2	2	1	1

Lediglich 14 Kantone verlangen den Nachweis einer Qualitätssicherung, 11 denjenigen einer zweckmässigen Organisation und einwandfreien Betriebsführung und nur 10 eine Haftpflichtversicherung. Ein Hygiene-Konzept, eine gesicherte pharmazeutische Versorgung und

Notfallkonzept wird bei weniger als 10 Kantonen für eine Betriebsbewilligung verlangt. Weitere Voraussetzungen wie Barrierefreiheit für behinderte Personen, ein Gesamtarbeitsvertrag oder eine Beschwerdestelle werden in einzelnen Kantonen aufgeführt.

In keinem Kanton wird bezüglich der Betriebsbewilligung auf gesetzlicher Ebene zwischen Akutspitälern, Psychiatriekliniken, Rehabilitationskliniken und Geburtshäusern unterschieden. Was als „geeignete Infrastruktur“ bzw. „genügend qualifiziertes Personal“ gelten kann, wird den prüfenden Stellen im Kanton als Ermessensspielraum überlassen.

Folgendes Zwischenfazit zum Thema Betriebsbewilligungen für Spitäler in der Schweiz kann gezogen werden:

- Es ist unbefriedigend, dass nicht alle Spitäler in der Schweiz die selben Voraussetzungen erfüllen müssen und manche Spitäler gar keine Betriebsbewilligung benötigen (z.B. sind öffentlich-rechtliche Institutionen in der Regel von der Bewilligungspflicht ausgenommen);
- Die gesetzlichen Grundlagen und die Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung in den Kantonen sind sehr heterogen, der Ermessensspielraum ist sehr gross und eine Vergleichbarkeit zwischen den Kantonen ist nicht vorhanden;
- Einige zentrale Voraussetzungen werden von einer nicht unbedeutenden Zahl von Kantonen weder verlangt noch geprüft (z.B. Qualitätssicherung);
- Eine regelmässige Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben findet selbst in grossen Kantonen nicht statt (BE und ZH), genauere Abklärungen werden nur auf Meldung vorgenommen (im Rahmen von Aufsichtsbeschwerden), Ausnahmen bilden diejenigen Kantone mit befristeten Betriebsbewilligungen (VD, VS, SG, TG).

### 3.1.2 *Freiwillige Branchen-Standards und Qualitätslabels*

Neben den gesundheitspolizeilichen Betriebsbewilligungen der Kantone gibt es in der Schweiz verschiedene Bestrebungen aus der Branche selber, z.B. durch Zertifizierungen einen vergleichbaren Standard zwischen Spitälern oder zumindest in einzelnen Leistungsbereichen herzustellen. Es sind Ansätze einer Selbstregulierung, die auf Freiwilligkeit basieren. Beispiele dafür sind die SwissReha -Zertifizierung<sup>37</sup>, die Atteste von Sanacert<sup>38</sup> oder die Zertifizierung der „Swiss Leading Hospitals“<sup>39</sup>. Alle drei sind private Initiativen und haben keine rechtliche Verbindlichkeit. Ihr Ziel besteht primär in einem selbst definierten Qualitätsnachweis, der sich unter anderem auch für Marketing-Zwecke verwenden lässt. Bei den SwissReha-Zertifizierungen drehen sich die Standards primär um die Qualitätssicherung und die leistungsspezifischen Anforderungen (Infrastruktur, Qualifikationen, Prozesse etc.). Demgegenüber umfasst die Zertifizierung bei den „Swiss Leading Hospitals“ auch Kriterien im Bereich Hotellerie. Beide Zertifizierungen setzen eine Zertifizierung des Managementsystems (ISO oder EFQM) voraus.

Zudem bestehen für einzelne Abteilungen oder Leistungsbereiche von Spitälern spezifische Zertifizierungen, etwa für Notfallstationen<sup>40</sup>, Intensivstationen<sup>41</sup>, für die spezialisierte Palliative

---

<sup>37</sup> <http://www.swissreha.com/swss-reha/qualitaetskriterien/index.php>

<sup>38</sup> <http://www.sanacert.ch>

<sup>39</sup> <https://www.slh.ch/de/qualitaet/qualitaetskonzept/>

<sup>40</sup> Minimalvoraussetzungen gemäss dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR), Schweizerische Ärztezeitung 2014;95: 35

<sup>41</sup> <https://www.swiss-icu-cert.ch/de/>

Care<sup>42</sup> oder als „Stroke Center<sup>43</sup>“. Diese sehr spezifischen Zertifizierungen werden in der Regel von Fachgesellschaften<sup>44</sup> vergeben und umfassen detaillierte Vorgaben für diese Bereiche und Leistungen (Infrastruktur, Prozesse, Qualifikationen etc.).

Die Stiftung Sanacert<sup>45</sup> bezweckt, als Zertifizierungsstelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von Qualitätsstandards zu überprüfen und bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) auszustellen. Die insgesamt 30 Standards von Sanacert umfassen Themenbereiche wie z.B. Infektionsprävention, Umgang mit kritischen Ereignissen, Ernährung und palliative Betreuung. Auf der Website von Sanacert sind 16 zertifizierte Spitalbetriebe mit 26 Standorten aufgelistet. Die Abdeckung entspricht 5.7% der Spitalbetriebe in der Schweiz.

Die Europäische Stiftung für Qualitätsmanagement (European Foundation for Quality Management EFQM) ist eine non-profit Organisation mit Hauptsitz in Brüssel. Die Standards der EFQM sind nicht spezifisch auf den Gesundheitsbereich zugeschnitten und entsprechen somit eher generell anwendbaren ISO-Normen für die Qualitätssicherung in Organisationen. In der Datenbank von EFQM<sup>46</sup> sind für die Jahre 2012-2018 insgesamt 54 Schweizer Spitäler eingetragen. Nur drei erreichten die Höchstnote von fünf Sternen, vierzehn haben vier Sterne und weitere 19 haben drei Sterne erreicht. Damit haben 36 Spitäler einen aktuellen Qualitätsnachweis nach EFQM, was ca. 13 % der Spitalbetriebe umfasst.

Insgesamt besteht eine unübersichtliche Situation in Bezug auf die Selbstregulierung in der Spitalbranche. Lediglich in einzelnen Bereichen (z.B. der Rehabilitation) bestehen von einem grossen Teil der Anbieter<sup>47</sup> akzeptierte Standards und Zertifizierungsmechanismen. Es kann kaum von weit verbreiteten, spezifischen Akkreditierungen gesprochen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Zertifizierungsbemühungen der einzelnen Spitäler vorwiegend aus Marketing-Überlegungen motiviert sind. Der Bundesrat bezieht sich in seiner Botschaft zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (KVG-Revision) aus dem Jahr 2015 auf die Vielfalt von Qualitätsbemühungen in der Schweiz<sup>48</sup>, ohne jedoch zum Schluss zu kommen, dass die Kohärenz weitgehend fehlt und man eigentlich von einer Art „Wildwuchs“ sprechen müsste. Auch in seiner Qualitätsstrategie aus dem Jahr 2009 erwähnt der Bundesrat keine Bestrebungen, die Minimal-Standards auf nationaler Ebene zu Harmonisieren. Die Strategie fokussiert voll und ganz auf Qualitätsmessungen und spezifische Programme zur Patientensicherheit.

### 3.1.3 Spitallisten nach KVG: Anforderungen zu Struktur- und Prozessqualität

Das KVG beauftragt die Kantone, gestützt auf eine Versorgungsplanung eine nach Kategorien gegliederte Liste der zur Abrechnung über die Krankenversicherung zugelassenen Spitäler zu erstellen. Sie müssen dabei Kriterien berücksichtigen, die in Artikel 58b der Krankenversicherungsverordnung<sup>49</sup> (KVV) festgehalten sind. Ungefähr zwei Drittel aller Kantone

<sup>42</sup> <https://www.qualitepalliative.ch/de/das-label/dokumente/>

<sup>43</sup> <http://www.sfcns.ch/index.php/Stroke.html>

<sup>44</sup> Zum Beispiel die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

<sup>45</sup> <http://www.sanacert.ch>

<sup>46</sup> <http://www.shop.efqm.org/recognition-database/>

<sup>47</sup> gemäss Angaben von SwissReha sind 23 der ca. 50 Rehabilitationskliniken in der Schweiz zertifiziert ([www.swiss-reha.ch](http://www.swiss-reha.ch)).

<sup>48</sup> vgl. Botschaft des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 4. Dezember 2015 (15.083)

<sup>49</sup> Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

stützen sich derzeit auf eine vom Kanton Zürich entwickelte Systematik der „Spitalplanungs-Leistungsgruppen“ (SPLG) ab. Diese Systematik umfasst nicht nur eine Gliederung aller Spitalleistungen in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. Sie umfasst auch Qualitätsanforderungen, welche die Spitäler erfüllen müssen, um gewisse Leistungen erbringen zu dürfen. Beispiele dafür sind Anforderungen an die Qualifikation des Personals (Facharzttitel, Weiterbildungstitel, Berufserfahrung u.ä.), Verfügbarkeit des Personals, Vorhandensein einer Notfall- oder Intensivstation, Mindestfallzahlen und Prozesse (z.B. Critical Incident Reporting System, Tumorboard) sowie weitere Anforderungen (Indikationskonferenzen etc.).

Die GDK empfiehlt den Kantonen die Umsetzung dieser SPLG-Systematik (GDK 2018a, 2018b). Dabei überlässt sie es jedoch den Kantonen, die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität je nach kantonalen Gegebenheiten anzupassen. Der Kanton Bern beispielsweise hat solche Anpassungen vorgenommen. Nicht nur hinsichtlich der Anforderungen bestehen jedoch Unterschiede zwischen den Kantonen. Auch in Bezug auf die regelmässige Überprüfung der Einhaltung dieser Anforderungen bestehen grosse Unterschiede. Die meisten Kantone verfügen nicht über die personellen Ressourcen, bei all ihren Spitälern alle Anforderungen regelmässig zu prüfen. In der Regel finden die Prüfungen stichprobeweise statt, sie fokussieren auf gewisse Themenbereiche oder die Anforderungen der SPLG werden gar nicht geprüft. Auch dürften sich in der Durchsetzung grosse Unterschiede in der Praxis<sup>50</sup> zeigen. Dies wurde jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

#### *3.1.4 Kodierung: Qualitäts-Anforderungen im CHOP-Katalog*

Der CHOP-Katalog umfasst Tausende von medizinischen Eingriffen und Prozeduren. Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, eine detaillierte Analyse zu den darin enthaltenen Qualitätsvorgaben vorzunehmen. Eine kurze Suche per Suchfunktion, dass das Dokument Vorgaben zur Zertifizierung mindestens bei den Behandlungen im Bereich der Palliative Care, der Demenz und den Schlaganfällen umfasst. Dabei werden in der Regel die vorhandenen Selbstregulierungen der Branche (eigentlich freiwillige Zertifizierungen) als zwingende Voraussetzung zur Kodierung dieser Leistungen herbei gezogen. Die Zertifizierung (durch die Branche selber) wird somit indirekt zum Instrument der Tarifierung, da ohne Kodierung keine Finanzierung im Rahmen der nationalen Tarifwerke erfolgt. Die Definition dieser Kodierkriterien erfolgt weitgehend intransparent und unkoordiniert mit den anderen Bemühungen zur Verbesserung der Qualität, etwa durch die Kantone.

### **3.2 Auswirkungen**

#### *3.2.1 Auswirkungen auf Spitäler*

Die Spitäler tun sich schwer mit der Erfüllung aller Qualitätsanforderungen. Manche Spitäler haben sich für umfassende Zertifizierungen entschieden und fragen sich, weshalb diese Bemühungen nicht anerkannt werden. Andere leiden unter widersprüchlichen Vorgaben durch Kantone, Tarifwerke und Zertifizierungsstellen. Spitäler, die im Auftrag von verschiedenen Kantonen arbeiten, d.h. auf mehreren Spitalisten stehen, müssen je nach Kanton unterschiedlichen Qualitätsanforderungen genügen.

---

<sup>50</sup> Schon nur in der Frage, wie viele Fachärztinnen und Fachärzte für eine 24-Stunden-Verfügbarkeit nötig sind, ist nicht abschliessend geklärt. Der Kanton Bern verlangt derzeit mindestens zwei Ärzte, was jedoch bei Einhaltung des Arbeitsgesetzes streng genommen noch keine 24-Stunden-Abdeckung ermöglicht.

Die Anforderungen an die Spitäler und damit die Rahmenbedingungen sind von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Dennoch werden die Spitäler in einem nationalen Benchmarking miteinander verglichen, wenn es um die Bestimmung der Tarifhöhe geht (Stichwort « *base rate* »). Dies ist dann problematisch, wenn ein Kanton höhere Anforderungen stellt, was in der Regel auch höhere Kosten verursacht. Die betroffenen Spitäler sehen sich dann in den Tarifverhandlungen benachteiligt.

Die Tarifpartner (Krankenversicherungen und Spitäler) vereinbaren weitere Qualitätsanforderungen, die im Rahmen der Leistungserfassung in den Spitälern (indirekt per CHOP-Katalog, siehe oben) implementiert werden. Die Abrechnung von Leistungen wird im Einzelfall verhindert, wenn die Voraussetzungen nicht gegeben sind. Diese Regulierung erfolgt ohne Beteiligung der staatlichen Behörden, die Koordination fehlt. Unter Umständen sieht sich das Spital widersprüchlichen Regelungen unterworfen, etwa, wenn ein Kanton einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliativ Care erteilt, die Station aber nicht über eine Badewanne verfügt (was von der Zertifizierung her verlangt wird). In diesem Fall verfügt das Spital zwar über einen Leistungsauftrag des Kantons (Spitalliste), kann aber diese Leistungen trotzdem nicht abrechnen.

### 3.2.2 Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten

Die unkoordinierte Regulierungspraxis in der Schweiz führt zu einer heterogenen, zeitlich verzögerten und inkonsistenten Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Patientensicherheit und Qualität (Struktur- und Prozessqualität) in den Spitälern. Dadurch entstehen vermeidbare Zwischenfälle (Behandlungsfehler) und unnötige Kosten für die Allgemeinheit. Der Bundesrat hielt denn auch in seiner Botschaft zur KVG-Änderung<sup>51</sup> vom Dezember 2015 fest (S. 274):

„Die dargelegten Mängel führen zu einer unnötig hohen Anzahl an unerwünschten Ereignissen mit Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten und entsprechenden Kostenfolgen sowie zu einer zu wenig systematisch angemessenen Anwendung von Leistungen nach international anerkannten Mindeststandards und therapeutischen Richtlinien mit dem Risiko von Ressourcenverschwendung und ungenügendem Behandlungszugang.“

Die Patientinnen und Patienten können somit erst nach grösserer zeitlicher Verzögerung von verbesserten Standards profitieren.

Je nach Kanton gelten nicht nur unterschiedliche Betriebsbewilligungsstandards, sondern auch noch unterschiedliche Spitallistenanforderungen, je nach dem auf welcher Basis die Spitalliste erstellt wurde. Diese Heterogenität führt zu einer weitgehenden Intransparenz, welche Anforderungen wo gelten. So fehlen jegliche einfach verfügbare Informationen über die im jeweiligen Spital bzw. Kanton geltenden Standards. Es ist für die Patientinnen und Patienten nicht nachvollziehbar, welche Qualitätsstandards das von ihnen gewählte Spital erfüllt oder nicht erfüllt.

### 3.2.3 Auswirkungen auf die kantonalen Behörden

Die heutige Situation in der Schweiz weist auch in Bezug auf die Kantone und Regulierungsbehörden einige Fehlanreize und negative Konsequenzen auf:

---

<sup>51</sup> Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 4. Dezember 2015 (15.083)

- Es besteht ein Anreiz für manche Kantonsregierungen, die Bestimmungen aus regionalpolitischen Gründen zu lockern, wenn dadurch beispielsweise die Schliessung eines Regionalspitals verhindert werden kann.
- Ein Kanton kann nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass die minimale Aufsicht über die Spitäler durch einen Nachbarkanton gewährleistet ist<sup>52</sup>. Deshalb dürfte er vom Krankenversicherungsgesetz her diesen ausserkantonalen Spitälern streng genommen keine Leistungsaufträge erteilen (vgl. *Soziale Sicherheit. Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* 2015, Abs. 792).
- Die Kantone versuchen, den Mangel eines nationalen Qualitätsstandards durch eine Zweckentfremdung der Spitallisten auszugleichen. Die Anforderungen für Bewerbungen werden ständig verfeinert und machen das Spitalistenverfahren sehr aufwändig und schwerfällig. Gleichzeitig ist die Wirkung durch Beschwerdemöglichkeiten stark eingeschränkt.

Aufgrund der beschriebenen hochgradigen Fragmentierung der gesundheitspolizeilichen Aufsicht über die Spitäler ist es aktuell sehr schwierig, zentrale Anliegen der Patientensicherheit gezielt und effizient anzugehen. Spitäler wehren sich teilweise mit dem Argument der höheren Kosten. Auch können über den «Umweg» der Spitalliste kaum Sicherheitsmassnahmen oder Qualitätsstandards in nützlicher Frist schweizweit eingeführt werden, da jedes Spital gegen eine Spitalistenverfugung Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht einlegen und somit in der Regel eine aufschiebende Wirkung von mehreren Jahren erzielen kann. Dies führt dazu, dass neue Qualitätsanforderungen oft erst mit langer Verzögerung umgesetzt werden können. Solange die Kantone sich nicht auf gewisse Standards einigen können, sind ihnen die Hände gebunden.

Zudem sind die Kantone bei der Festlegung von Standards und der Überprüfung von Anforderungen teilweise überfordert, weil ihnen das nötige Fachwissen dazu fehlt. In vielen Kantonen wurden die Stellenetats aufgrund von Entlastungsprogrammen gekürzt, wodurch in manchen Bereichen nicht mehr das nötige Fachpersonal vorhanden ist. Vielfach wurden inhaltlich anspruchsvolle Aufgaben an private Auftragnehmer externalisiert.

### **3.3 Bestehende Regulierungsansätze zwischen Selbstregulierung und staatlicher Kontrolle**

Grundsätzlich stellt sich aufgrund der oben dargestellten Problematik die Frage nach der Regulierung durch die verschiedenen Akteure im Feld der Spitalversorgung. Es bestehen Möglichkeiten von Selbstregulierung bis zur staatlichen Kontrolle und Sanktionierung. Alle diese werden in unterschiedlichen Ausprägungen in der Schweiz bereits praktiziert, wenn auch sehr heterogen und weitgehend unkoordiniert. In Anlehnung an Hort et al. (2013) können für jede „Regulierungsebene“ Problembereiche identifiziert werden. Die Verbindlichkeit sowie die staatlichen Eingriffe nehmen dabei kontinuierlich zu, je näher man von freiwilligen Massnahmen zu gesetzlichen Vorgaben gelangt (vgl. Tabelle 3).

Verschiedenste Problembereiche können identifiziert werden: Die Grundlagen für die Betriebsbewilligungen in den Kantonen sind nicht einheitlich. Es besteht ein regelrechter Wildwuchs bei den Zertifizierungen, der weder für Fachleute noch für Konsumentinnen und Konsumenten durchschaubar ist. Dazu kommt ein Mangel an Transparenz bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten (sofern überhaupt aussagekräftige Daten vorhanden sind).

---

<sup>52</sup> Vgl. Art. 39 KVG (SR 832.10)

Es besteht eine Vermischung von Finanzierung und Qualitätssicherung bei den Spitalisten (Eignungskriterien), wobei sich die Kantone jedoch uneins sind, welche Kriterien gelten sollen. Die unklare Rollenverteilung von Bund und Kantonen verhindert einen konsistenten Ansatz, der über das Allernötigste hinausgeht. Das Instrument der Spitalisten verschiebt die Definitionshoheit über Qualitätsvorgaben zu den Kantonen, die damit aufgrund der Rollenvermischung und Zielkonflikte als Eigentümer, Regulatoren und Kostenträger vor sehr grosse Herausforderungen gestellt werden.

**Tabelle 3:** Problembereiche in der Förderung von Patientensicherheit und Qualität in den Spitälern in der Schweiz (in Anlehnung an 2013, p. 8)

<b>Level</b>	<b>Institutionen / Behörden</b>	<b>Problembereiche</b>	<b>Antworten / mögliche Reformen</b>
Basis / Freiwillige Massnahmen	Qualitätsprogramme, Spital-interne Überwachung, Meldesysteme usw.	Abhängigkeit von persönlichem Engagement von Schlüsselpersonen	„Best practice“ Beispiele hervorheben (Fachpersonen ermutigen)
Öffentliche Information	Konsumentenorganisationen, Medien	Informationen sind nicht verfügbar	Verfügbarkeit von Informationen erhöhen (Qualitätsindikatoren)
Selbst-Regulierung	Nationale und internationale Zertifizierungen (z.B. EFQM, SwissReha, SanaCert) und Peer-Reviews (z.B. IQM)	Verschiedenste Standards und Zertifizierungen für z.T. isolierte Bereiche, kein gemeinsamer Nenner, keine Transparenz	National einheitliche (Branchen-)Standards etablieren
Finanzielle Regulierung	Krankenversicherungen, Kantone	Tarifverträge beinhalten nur wenig Bestimmungen zu Qualität, Spitalisten-Anforderungen sind Minimalstandards (nicht einheitlich in den Kantonen)	Bund und Kantone sollten mehr finanzielle Steuerungsmöglichkeiten haben um Qualität zu fördern (evtl. Kriterien für Versorgungsplanung und Spitalisten in Frage stellen)
Meta-Regulierung	Bund, Kantone, Verein ANQ	Beschränkt sich auf wenige Vorgaben zur Messung von Ergebnisqualität, Mangel an Transparenz bei der Veröffentlichung der Resultate	Nationale Kommission für Qualität und Sicherheit in Spitälern, allgemeine Standards für alle Bereiche entwickeln, Transparenz verbessern
Kontrolle und Sanktionen durch den Staat	Bund, Kantone	Grundlagen uneinheitlich, Entzug von Betriebsbewilligung als „letztes Mittel“ nicht geeignet für Qualitätsentwicklung, Rollenkonflikte (Eigentümer, Regulator), kein umfassendes Reporting an politische Entscheidungsträger	Obligatorische Akkreditierung, Entflechtung der Rollen, verbessertes Reporting an die politischen Entscheidungsträger



Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Schweiz die Selbstregulierung nur sehr schwach ausgeprägt ist und eine unübersichtliche Vielfalt von Qualitätsanforderungen besteht, die jedoch weder für die politischen Entscheidungsträger noch für die breite Öffentlichkeit transparent und nachvollziehbar ist. Mit Hilfe einer Art „Meta-Regulierung“, verbunden mit einer effizienten Kontrolle, könnten diese Schwächen angegangen werden. Es sollten dabei auf nationaler Ebene nicht nur einheitliche Ergebnismessungen wie beim ANQ definiert werden, sondern darüber hinaus auch Mindeststandards, die von jedem Spital in der Schweiz zu erfüllen sind.

Die vorliegende Arbeit untersucht als Lösungsvorschlag im Folgenden eine in anderen Ländern bereits praktizierte Instrument der öffentlichen Gesundheitspolitik, nämlich das Instrument eines nationalen Akkreditierungsprogrammes für Spitäler und Kliniken sowie der dafür notwendigen Institutionen. Zu diesem Zweck wird in einem nächsten Schritt die Akkreditierung als Instrument der Regulierung von Spitälern vorgestellt und dann an einem konkreten Beispiel, nämlich der Spital-Akkreditierung in Australien, illustriert.

### **3.4 Akkreditierung als Instrument zur Regulierung der Spitalversorgung**

Im Folgenden Kapitel wird einerseits der Stand der Forschung zu (nationalen) Akkreditierungen im Spitalbereich dargestellt und andererseits werden einige zentrale Konzepte und Definitionen für die folgenden Ausführungen beschrieben. Eine Literatursuche (Google Scholar, Academia.edu, Jstor.org) mit den Suchbegriffen „*accreditation of hospitals*“, „*hospital accreditation*“ und „(*hospital accreditation*) AND (*Australia*)“ für den Zeitraum ab dem Jahr 2000 hat einige brauchbare wissenschaftliche Artikel zu Tage gefördert. Zudem konnten aufgrund der Literaturverzeichnisse dieser Artikel weitere Artikel identifiziert werden, welche die Unterschiede, den Nutzen und die Herausforderungen von Akkreditierungsprogrammen im Spitalbereich thematisieren. Im folgenden Abschnitt werden diese Artikel kurz zusammengefasst und bezüglich ihrer Relevanz für die vorliegende Arbeit diskutiert.

#### *3.4.1 Literaturreviews mit internationalem Horizont*

In einer grösser angelegten Untersuchung haben Greenfield and Braithwaite (2008) alle relevanten Artikel der letzten 30 Jahre gesucht und dabei insgesamt 66 Artikel und Dokumente gefunden, die vertieft analysiert wurden. Sie fanden lediglich in zwei Bereichen konsistente Ergebnisse zu den Auswirkungen von Akkreditierungen, bei der generellen Unterstützung von Veränderung (*promote change*) und bei der beruflichen Weiterentwicklung (*professional development*). Bei fünf Bereichen konnten inkonsistente Beobachtungen aufgezeigt werden: Einstellungen der Berufsgruppen, Einfluss auf die Organisation, Einfluss auf das Finanzergebnis, Qualitätsmessungen und Programmevaluation. In drei weiteren Bereichen konnten nicht genügend Studien gefunden werden für eine verlässliche Aussage, nämlich bei den Einstellungen der Nutzenden, dem öffentlichen Diskurs sowie bei den Gutachtern. Auch Hinchcliff et al. (2012) konnten keine eindeutigen Resultate in den von ihnen gesichteten 67 Studien der Jahre 2006-2012 finden. Brubakk et al. (2015) wiederholten die systematische Literatur-Analyse und fanden dabei nicht genügend Artikel, die (zugegebenermassen sehr strengeren) wissenschaftlichen Kriterien entsprechen, um empirisch fundierte Aussagen zu den Auswirkungen von Akkreditierungsprogrammen auf die Qualität der Versorgung zu machen. Mumford et al. (2013) versuchten die Frage zu beantworten, ob die Kosten für Akkreditierungen durch ihren Nutzen gerechtfertigt werden können. Wegen mangelnder Studien in diesem Bereich konnten jedoch auch sie keine klaren Aussagen zu dieser Frage machen.

### 3.4.2 Einzelne Studien aus Europa und Kanada

Frankreich verfügt über ein nationales Akkreditierungsprogramm für Spitäler. Dieses System wurde 1996 im Gesetz verankert. Daucourt und Michel (2003) haben die ersten 100 Akkreditierungs-Berichte analysiert. Alle Spitäler in Frankreich wurden damit verpflichtet, sich innert 5 Jahren akkreditieren zu lassen. Die ersten öffentlich zugänglichen Zusammenfassungen der Akkreditierungen waren im Jahr 2000 verfügbar. Das Akkreditierungsprogramm umfasst 86 Standards mit insgesamt 297 Kriterien. Die Autoren haben analysiert, wie viele Aufforderungen zur Verbesserung, Empfehlungen und Vorbehalte (klein / gross) die Zusammenfassungen enthielten. Es zeigte sich, dass die Gutachterinnen und Gutachter in vielen Spitalern auf verbesserungsbedürftige Prozesse und Strukturen gestossen sind. In vier Spitalern gab es grosse Vorbehalte, in 44 Spitalern kleine Vorbehalte. 499 Empfehlungen zu 648 Standards wurden formuliert sowie 3025 Aufforderungen zur Verbesserung hinsichtlich 3317 Standards.

In ihrer Übersichtsarbeit habe Shaw, Kutryba et al. (2010) im Jahr 2009 insgesamt 18 aktive Akkreditierungsorganisationen in Europa gezählt. Die Autoren haben bei mehreren Europa-weiten Umfragen seit dem Jahr 2000 sowohl gescheiterte als auch erfolgreiche Akkreditierungsprogramme identifiziert. In der Tendenz haben diese Programme leicht zugenommen. Die Autoren unterscheiden zwischen unabhängigen, staatlichen und gemischten Trägerschaften. Es gibt eine grosse Vielfalt in Europa, welche sowohl die regulatorische Verankerung dieser Akkreditierungen als auch deren Inhalte anbelangt. Die Koordination zwischen den Ländern ist zudem eher schwach, die Direktiven und Leitlinien der EU werden nur bedingt in die jeweiligen Akkreditierungsstandards übernommen. Die Autoren postulieren, dass es in kleineren Ländern schwieriger sein könnte, beispielsweise Peer-Reviews durchzuführen, da es sehr schnell zu Interessenkonflikten kommt. Andere Herausforderungen – auch kultureller Natur – stellen sich in den Bereichen öffentliche Rechenschaftslegung, Selbstregulation der Berufsgruppen, unternehmerische Freiheit und wirtschaftliche Anreize zu Veränderungen. Akkreditierungsprogramme können sich besser entwickeln, wenn die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen passen.

Auf der Ebene der Spitäler haben Shaw, Groene et al. (2010) insgesamt 89 Spitäler in 8 europäischen Ländern untersucht. Dabei haben sie 6-stündige Audits vor Ort vorgenommen und die Spitäler bezüglich 229 Merkmalen bewertet. Insgesamt 79 Spitäler wurden in die Analyse aufgenommen, in welcher die akkreditierten mit den (ISO-)zertifizierten und den „nicht geprüften“ Spitalern verglichen wurden. Die Daten zeigen, dass die akkreditierten Spitäler in den Dimensionen Management, Patientensicherheit und medizinischer Praxis deutlich besser abschneiden als alle anderen. Die Werte der akkreditierten und zertifizierten Spitäler bei den Dimensionen Patientenrechte, klinischer Organisation und Umwelt waren vergleichbar (und besser als bei den „nicht geprüften“). Die Autoren merken kritisch an, dass die ISO-Zertifizierungen – im Gegensatz zu den Akkreditierungsprogrammen – nicht spezifisch für Spitäler zugeschnitten sind, was das bessere Abschneiden der Akkreditierungen erklären könnte.

In Kanada erstellten Pomey et al. (2010) eine qualitative Analyse basierend auf fünf Fallstudien. Unter anderem betonen die Autoren, dass es für die Umsetzung eines Akkreditierungsprogramms wichtig ist, dass Akkreditierungsbehörden auch positive Beispiele („good practices“) aufzeigen und vermitteln.

Furnival, Walshe und Boaden (2017) verglichen die verschiedenen Ansätze zur regulatorischen Qualitätssicherung in den vier Gliedstaaten des vereinigten Königreiches. Sie untersuchten

insbesondere das Spannungsfeld zwischen Abschreckung (*deterrence*) und Mitwirkung (*compliance*). Regulierungsbehörden, welche beide Ansätze gleichzeitig verfolgen, werden von den Autoren als "hybrid" bezeichnet (vgl. 2017, p. 518). Behörden sollten sich gemäss den Autoren weniger auf permanente Interventionen sondern eher auf die Entwicklung von Kompetenzen in den jeweiligen Organisationen konzentrieren und dabei auch die Einhaltung von Standards überwachen:

„Instead of providing high levels of on-going intervention and support for improvement, healthcare regulatory agencies could strengthen their approaches to assure and improve care by focusing on the **development of improvement capability as well as seeking to ensure compliance with standards** and performance within regulated organisations (2017, pp. 525\, Hervorhebungen durch den Autor\).“

### 3.4.3 Einzelne Studien aus Australien

In einer Studie zu den Bewertungen untersuchten Braithwaite et al. (2010), ob die Gesamtbewertung im Akkreditierungsverfahren mit verschiedenen organisationalen Merkmalen (Kultur, Arbeitsklima, Einbezug von Nutzenden, Führungskompetenzen und Qualitätsergebnisse) bei insgesamt 19 repräsentativ ausgewählten australischen Spitälern korreliert (Total 3910 Betten, 16448 Mitarbeitende, 321'289 stationäre und 1'971'087 ambulante Fälle). Sie fanden einen starken Zusammenhang zwischen dem Resultaten aus dem Akkreditierungsprozess und der organisationalen Kultur eines Spitals und den Führungskompetenzen der Geschäftsleitung (*leadership*). Ein positiver Trend konnte zwischen dem Abschneiden im Akkreditierungsprozess und den klinischen Ergebnissen festgestellt werden.

In einem internationalen Vergleich von Akkreditierungsprogrammen zeigten Hort, Djasri und Utarini (2013) auf, dass in den Jahren 2000-2010 in verschiedenen Ländern, darunter Australien und Indonesien, Reformen bei den Akkreditierungsprogrammen vorgenommen wurden. Diese Reformen haben eine höhere Verbindlichkeit und mehr Transparenz zur Folge gehabt.

Weitere Studien widmeten sich den Erfolgsfaktoren von Akkreditierungsprogrammen. Hinchcliff et al. (2013a) haben dazu Fokusgruppen und individuelle Interviews mit insgesamt 258 Teilnehmenden durchgeführt. Aus den Gesprächen konnten vier Schlüsselfaktoren und neun Themen für die erfolgreiche Implementierung von Akkreditierungsprogrammen identifiziert werden. Die Schlüsselfaktoren sind: (1) Das Programm ist mit einem kollaborativen Ansatz (i.S. von Ethos) aufgebaut und verwendet relevante und klare Standards, (2) die Akkreditierung wird von den Gesundheitsfachpersonen wohlwollend aufgenommen, (3) die Gesundheitsorganisationen sind fähig, die Akkreditierung umzusetzen und (4) die Akkreditierung ist auf die anderen regulatorischen Rahmenbedingungen abgestimmt und wird von Anreizen begleitet. Auch Desveaux et al. (2017) haben in ihrer qualitativen Studie ähnliche Resultate gefunden und betonen die Rolle der Passung zwischen den Anliegen des Akkreditierungsprogramms und den organisationalen Zielen und Verhaltensweisen (bis hin zur Kultur). Wenn keine Passung vorhanden ist, ist das organisationale Engagement (*organizational buy-in*) im Akkreditierungsprozess gefährdet.

Mit Fokus auf das Personalwesen untersuchten Greenfield et al. (2014), ob die Akkreditierung eine verbesserte Praxis im Bereich Personalmanagement (*high-performance human resource management*) befördert. Dies umfasst unter anderem leistungsorientierte Entlohnung, Training und Personalentwicklung, Mitwirkung der Mitarbeitenden, Kommunikation, Flexibilität und

Qualitätssicherungsaktivitäten. Die Autoren fanden einen Zusammenhang zwischen einem bewusst intensiven Personalmanagement und der Verwendung des externen Assessments als Gelegenheit für Reflexion und für weitere interne Verbesserungen in diesem Bereich.

Hinsichtlich der Akzeptanz von Akkreditierungen untersuchten Greenfield et al. (2016) die Einstellungen und Vorbehalte von Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen hinsichtlich der Veränderungen in den australischen Akkreditierungsprogrammen. Sie befragten insgesamt 258 Personen, grösstenteils in Gruppensettings (vgl. auch Hinchcliff et al., 2013b, die Daten sind aus dem selben Forschungsprojekt). Sie schliessen aus ihren Analysen, dass in Australien ein „hybrides“ Modell der Akkreditierung entstanden ist, welches einerseits Minimalstandards überwacht und andererseits kontinuierliche Qualitätsverbesserung fördert. Es überprüft sowohl Strukturen als auch Prozesse und zudem die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung. Die Fachpersonen sind uneins in ihrer Akzeptanz dieses neuen Modells. Es scheint jedoch die organisationale und die professionelle Praxis hinsichtlich einer Verbesserung der Sicherheitskultur zu beeinflussen.

#### *3.4.4 Kritische Würdigung der wissenschaftlichen Literatur*

Obschon in den vergangenen 50 Jahren einige wissenschaftliche Artikel zum Thema Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen geschrieben wurden, kann die Evidenz als eher dünn bezeichnet werden. Dies liegt an sehr unterschiedlichen Problemen, die einerseits in der Natur der Sache liegen und andererseits in den Limitierungen der wissenschaftlichen Ansätze. Akkreditierungsprogramme können als komplexe Interventionen in noch komplexeren Systemen bezeichnet werden. Von Land zu Land unterscheiden sich zudem die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Viele Faktoren, die nicht direkt mit der Ausgestaltung von Akkreditierungsprogrammen in Zusammenhang stehen, beeinflussen den Erfolg oder Misserfolg solcher Interventionen. Andererseits tut sich die Wissenschaft schwer mit der Erforschung solcher Phänomene. Die herkömmliche Herangehensweise in den Bereichen Qualitätssicherung und Medizin lehnen sich stark an die Sozialpsychologie, Human Factors Psychologie und Ergonomie an. Wie Waring et al. (2016) ausführen, könnte eine stärker soziologisch ausgerichtete Forschung in Zukunft dazu beitragen, etwas mehr Klarheit zu schaffen. Insbesondere sollten die kulturellen und organisationalen Einflussfaktoren stärker theoretisch abgestützt werden. Die alltägliche (soziale) Praxis im Spital wird unter anderem geprägt durch kulturelle und professionelle Normen, organisationale Hierarchien, Geschlechterunterschiede und den sozialen Status. Desveaux et al. (2017) haben in einer qualitativen Studie am Beispiel der Akkreditierungspraxis in Kanada erforscht, welche Zusammenhänge zwischen dem organisationalen Engagement („buy-in“) bei Akkreditierungsprogrammen und den qualitätsbezogenen Aktivitäten in einer Organisation bestehen. Sie haben dabei verschiedene kontextuelle Faktoren identifiziert, die solche Prozesse beeinflussen können. Ihr Beispiel zeigt, dass solche Forschungen weiterhin nötig sind.

Ebenso nicht wirklich befriedigend ist der Erkenntnisstand zu sogenannten „hybriden“ Akkreditierungsprogrammen, welche regulatorische Elemente (Minimalstandards) mit der Förderung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verknüpfen. Diese Ansätze könnten als eine Art „Ko-Produktion“ verstanden werden, wobei die regulatorischen Rahmenbedingungen in enger Abstimmung mit den sich entwickelnden Qualitätsprozessen in den Spitälern abgestimmt und kooperativ mit den Fachpersonen gestaltet werden.

### 3.5 Das System der Spital-Akkreditierung in Australien

Nationale Spital-Akkreditierungen gibt es in verschiedenen Ländern. Nicht alle diese Länder sind jedoch mit der Schweiz vergleichbar. Besonders wichtig für eine Übertragbarkeit auf die Schweiz ist die Kompatibilität der politischen Systeme, insbesondere der Typ des Föderalismus. Australien besteht wie die Schweiz aus relativ starken Gliedstaaten, die im Gesundheitsbereich umfassende Kompetenzen haben. Wie in der Schweiz ist die obligatorische Krankenversicherung auf Bundesebene geregelt und die Versicherungen sind privat organisiert. Im Gegensatz dazu liegen in vielen europäischen Ländern eher zentralisierte Systeme vor, in denen die Gliedstaaten im Gesundheitsbereich eine untergeordnete Rolle spielen.

Australien verfügt über knapp 1'000 Spitäler, ca. zwei Drittel davon sind von der öffentlichen Hand getragen und ein Drittel hat eine private Trägerschaft (vgl. Tabelle 3). Dieses Verhältnis ist vergleichbar mit der Schweiz. Australien hat 25 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner. Die Spitaldichte ist mit 4.0 Spitalern pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich tiefer als in der Schweiz (7.0 Spitäler pro 100'000 Einwohner).

Über Jahrzehnte, konkret seit den 1970er Jahren, war die Akkreditierung von Spitalern in Australien freiwillig – jedoch weit verbreitet. Spezialisierte Agenturen boten die Beratungsleistungen an, die für die Erlangung einer Akkreditierung notwendig waren. So waren bereits vor der Einführung des aktuellen Akkreditierungsprogramms im Jahr 2005 bereits 98% der Spitäler akkreditiert (vgl. Hort et al., 2013, p. 7). Ein grosser Teil davon von der nicht-gewinnorientierten, unabhängigen Organisation „Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)<sup>53</sup>“.

#### 3.5.1 Nationale Kommission für Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen

Im Jahr 2005 wurden in Australien umfassende Veränderungen hin zu einem obligatorischen Akkreditierungsprogramm vorgenommen. Dies geschah über eine Vereinbarung zwischen dem Bund (Commonwealth) und den Gliedstaaten im Rahmen des Council of Australian Governments (COAG). Die Reform institutionalisierte neue, unabhängige und vom Staat finanzierte Agenturen mit Verantwortung für die nationale Aufsicht über die Spitäler. Einerseits war dies die Australische Kommission für Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care ACSQHC) und andererseits die Nationale Behörde für Gesundheitsmessungen (National Health Performance Authority NHPA). Die Kommission ist zuständig für die Entwicklung und Aufsicht über ein nationales Rahmenwerk zur Förderung von Patientensicherheit und Qualität, sowie für die Entwicklung von entsprechenden Standards. Die Behörde ist zuständig für die Entwicklung von nationalen Standards für die Erfolgsmessung (*performance standards*) sowie die Berechnung und das Reporting der Ergebnisse der Spitäler (vgl. 2013, p. 7).

Im Jahr 2006 wurde die nationale Kommission für die Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen implementiert. Die heutige gesetzliche Grundlage ist das Gesetz über die nationale Gesundheitsreform 2011 („National Health Reform Act 2011“<sup>54</sup>, in Kraft seit dem 1. Juli 2011). Die Kommission ist eine Behörde, die von einer Geschäftsführerin / einem Geschäftsführer (CEO) geleitet und von einem Verwaltungsrat (Board) beaufsichtigt wird. Der Verwaltungsrat wird vom nationalen Gesundheitsminister gewählt und hat eine Präsidentin / einen Präsidenten

---

<sup>53</sup> <https://www.achs.org.au/about-us>

<sup>54</sup> [http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/cth/consol\\_act/nhra2011216/](http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/cth/consol_act/nhra2011216/)

plus 7-9 Mitglieder. Die Mitglieder müssen einschlägige Kompetenzen in Verwaltung und/oder im Gesundheitswesen mitbringen. Die Kommission kann Komitees einsetzen, welche sie bei ihren Tätigkeiten unterstützt.

Die Kommission muss dem nationalen Gesundheitsministerium jährlich einen mehrjährigen Arbeitsplan unterbreiten. Dieser wird den gliedstaatlichen Gesundheitsbehörden zur Kenntnis gebracht. Diese Behörden können innert 90 Tagen dazu Stellung nehmen. Die Kommission verfügt über knapp 80 Vollzeitstellen (2016<sup>55</sup>) und ein Jahresbudget von 30 Mio. Dollar. Die über Gebühren generierten Erträge beliefen sich auf knapp 20 Mio. Dollar und der Deckungsbeitrag des Staates belief sich auf etwas über 10 Mio. Dollar. Der staatliche Anteil ist über eine Beteiligung der nationalen und gliedstaatlichen Gesundheitsbehörden sichergestellt („on a cost-sharing basis“<sup>56</sup>). Die Kommission veröffentlicht jährlich einen Tätigkeitsbericht sowie einen Monitoring-Bericht.

Die nationale Kommission definiert die Qualitätsstandards für Institutionen im Gesundheitsbereich. Sie arbeitet dabei mit den Regierungen, staatlichen Behörden, Konsumentinnen und Konsumenten sowie privaten Trägerschaften zusammen. Das vordringliche Ziel der nationalen Standards für Sicherheit und Qualität in der Gesundheitsversorgung (*National Safety and Quality Health Service Standards NSQHS*) ist es, die Öffentlichkeit von Schäden zu bewahren und die Qualität der Leistungen zu steigern. Sie beschreiben, welches Leistung-Niveau (*level of care*) angeboten werden sollte und welche Systeme nötig sind um solche Leistungen erbringen zu können<sup>57</sup>.

Diese Qualitätsstandards müssen von den Leistungserbringern umgesetzt werden, um eine Akkreditierung und damit die Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen über das öffentliche Gesundheitsversicherungssystem zu erlangen. Es gibt seit dem Jahr 2013 ein Akkreditierungssystem, welches alle Staatsebenen und die Leistungserbringer mit einbezieht<sup>58</sup>.

Das Akkreditierungssystem besteht aus fünf untereinander verknüpften Elementen und soll die Anwendung der Standards erleichtern. Die fünf Elemente lassen sich wie folgt beschreiben:

1. Die Gesundheitsminister genehmigen die NSQHS und erhalten im Gegenzug Informationen über die Resultate (Qualitätsmessungen) der Gesundheitsorganisationen (*health service organisations*).
2. Die Regierungen der Gliedstaaten und des Bundes legen fest, welche Leistungserbringer sich an den NSQHS im Sinne einer Akkreditierung begutachten lassen müssen. Sie erhalten Rückmeldungen zu den Ergebnissen der Gutachten und können Massnahmen ergreifen, falls nötig.
3. Die Gesundheitsorganisationen unternehmen die nötigen Schritte um die Standards zu erfüllen und wählen eine zugelassene Akkreditierungsagentur aus. Es wird vertraglich vereinbart, dass die Daten zur Begutachtung den Behörden sowie der nationalen Kommission zugänglich gemacht werden.
4. Die Agentur bescheinigt die Erfüllung der Standards nach eingehender Prüfung.
5. Die nationale Kommission entwickelt und pflegt die Standards, erteilt den Agenturen Zulassungen für Akkreditierungen, unterhält enge Arbeitsbeziehungen zu den Behörden

---

<sup>55</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/10/Annual-Report-2016-2017.pdf>

<sup>56</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/>

<sup>57</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/assessment-to-the-nsqhs-standards/>

<sup>58</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/assessment-to-the-nsqhs-standards/australian-health-service-safety-and-quality-accreditation-scheme/>

der Gliedstaaten und legt gegenüber den Gesundheitsministern Rechenschaft ab über Sicherheit und Qualität in den Gesundheitsorganisationen.

Derzeit sind acht Agenturen von der nationalen Kommission zur Durchführung von Akkreditierungen / Assessments zugelassen (*approved accrediting agencies*)<sup>59</sup>.

### 3.5.2 Nationale Liste der als Spitäler anerkannten Einrichtungen

Die Spitäler müssen sich auf einer nationalen Liste der anerkannten Spitäler befinden, um ihre Leistungen über die Krankenversicherungen abrechnen zu können. Um auf diese Liste zu kommen, müssen sie gemäss den nationalen Standards akkreditiert sein. Die offizielle Anerkennung eines Spitals erfolgt auf der Ebene des Bundes (*Commonwealth*) durch den Gesundheitsminister. Die gesetzliche Grundlage dafür findet sich im Gesetz über die private Gesundheitsversicherung aus dem Jahr 2007 (*Private Health Insurance Act, PHI*). Ohne eine solche Anerkennung gilt eine medizinische Leistung nicht als Spitalbehandlung (vgl. Art. 121-5, Abs. 5 und 6 *PHI Act*)<sup>60</sup>.

Bei der Anerkennung muss das Gesundheitsministerium folgende Punkte prüfen (vgl. Art. 121-5 Abs. 7 *PHI Act*):

- (a) die Natur der Einrichtung,
- (b) das Leistungsspektrum, welches angeboten wird,
- (c) ob die notwendigen Genehmigungen des Gliedstaates vorliegen,
- (d) ob die Akkreditierung vorliegt,
- (e) ob die Datenlieferpflichten gegenüber den privaten Krankenversicherungen erfüllt werden,
- (f) weitere Pflichten gemäss Gesetz über die privaten Krankenversicherungen erfüllt sind.

Das Gesundheitsministerium kann bei der Anerkennung auch Auflagen machen (vgl. Art. 121-7 Abs. 3 *PHI Act*). Eine Anerkennung ist auch bei Fusionen notwendig. Das Ministerium veröffentlicht eine Liste mit allen anerkannten Spitalern (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4:** Anzahl Spitäler nach Spitaltyp und Gliedstaat in Australien (2018, Quelle <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hospitals2.htm>, eigene Darstellung)

<i>Spitaltyp</i>	<i>Gliedstaat (oder Territorium)</i>								<i>Gesamtergebnis</i>
	<i>ACT</i>	<i>NSW</i>	<i>NT</i>	<i>QLD</i>	<i>SA</i>	<i>TAS</i>	<i>VIC</i>	<i>WA</i>	
Öffentliches Spital	3	213	6	119	72	21	150	88	672
Gesundheitszentrum		4					6		10
Privatspital	6	97	2	60	24	8	80	24	301
Private Tagesklinik	8	105	1	60	34	7	83	31	329
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>17</b>	<b>419</b>	<b>9</b>	<b>239</b>	<b>130</b>	<b>36</b>	<b>319</b>	<b>143</b>	<b>1312</b>

<sup>59</sup> <https://nationalstandards.safetyandquality.gov.au/accreditation>

<sup>60</sup> <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hospitals2.htm>

### 3.5.3 Umsetzung im Gliedstaat Victoria

Die Umsetzung bzw. Festlegung von gesetzlichen Regelungen im Zusammenhang mit den Akkreditierungen ist Sache der Gliedstaaten. In Victoria gelten zwei unterschiedliche Regelwerke für öffentliche und private Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen.

Es gibt eine separate Weisung betreffend die Akkreditierung von öffentlichen Spitälern im Gliedstaat Victoria<sup>61</sup>. In dieser Weisung sind Rollen, Verantwortlichkeiten und regulatorische Voraussetzungen geregelt. Auch psychiatrische Einrichtungen müssen die nationalen Standards erfüllen (*National Mental Health Standards*). Die Weisung gilt für alle Einrichtungen im Gesundheitsbereich, welche sich im Eigentum des Staates befinden:

Für die privaten Spitäler in Victoria gibt es eigene Bestimmungen (*Risk Based Regulatory Framework: Private Hospitals 2017*<sup>62</sup>). Private Spitäler müssen sich bei den zuständigen Behörden des Gliedstaates registrieren (Health secretary, Victoria Department of Health and Human Services).

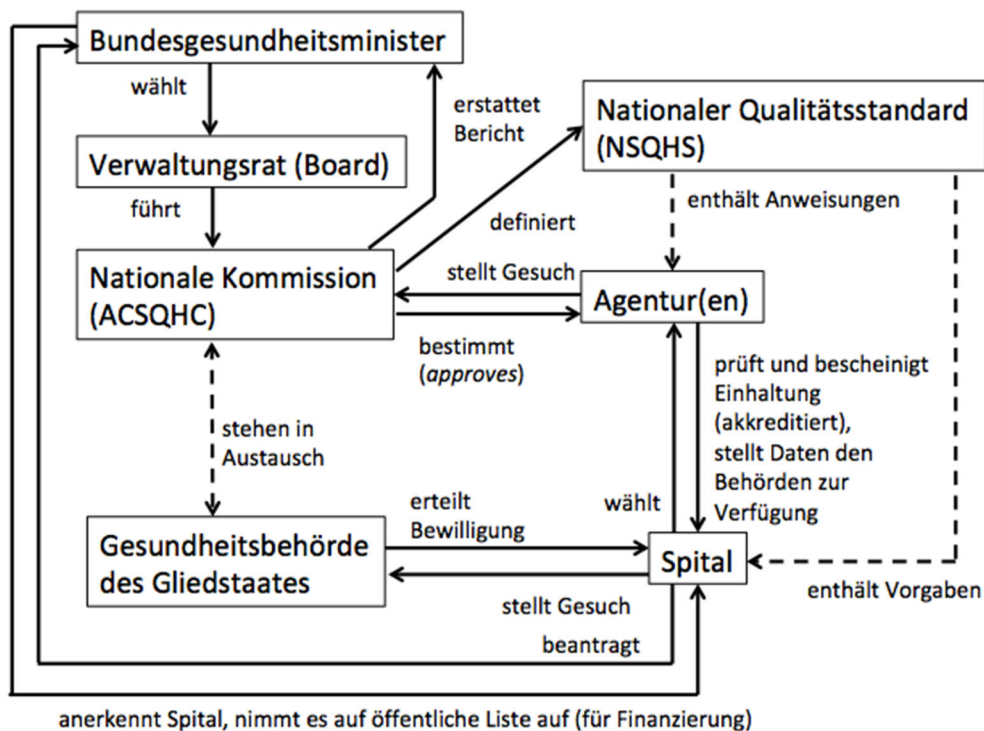
In Abbildung 1 ist eine Übersicht der Instanzen und Prozesse des australischen Akkreditierungsmodells für Spitäler und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt. Die einzelnen Gliedstaaten legen fest, welche Einrichtungen sich der Akkreditierung unterwerfen müssen. Ohne Akkreditierung kann keine Finanzierung über die obligatorische Krankenversicherung erfolgen.

---

<sup>61</sup> Accreditation policy for Victorian public health service organisations (2018), vgl. auch <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/quality-safety-service/hospital-accreditation/policy-on-accreditation>

<sup>62</sup> <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/risk-based-regulatory-framework-private-hospitals-2017>





**Abbildung 1:** Übersicht über die Instanzen und Prozesse im australischen Akkreditierungsmodell für Spitäler (eigene, vereinfachte Darstellung)

### 3.5.4 Zwischenfazit zum australischen Akkreditierungsprogramm

Australien hat mit der Reform im Jahr 2005 die bereits gut verankerte Akkreditierung von Spitälern auf eine neue, moderne konzeptuelle Basis gestellt und dabei ein System geschaffen, welches in sich konsistent ist. D.h. die Akkreditierung durch unabhängige Agenturen ist durch eine klare Rollenteilung mit den gesundheitspolizeilichen Aufgaben des Staates sowie mit den Finanzierungsmodellen verknüpft.

Der Fokus des Akkreditierungsprogrammes liegt einerseits auf der Sicherstellung der Einhaltung von fachlich anerkannten Mindeststandards sowie andererseits auf der Implementierung von kontinuierlichen Verbesserungsprozessen in den einzelnen Spitälern. Es kann daher als eine Art „hybrides“ Akkreditierungsprogramm bezeichnet werden (Furnival et al., 2017; vgl. Greenfield et al., 2015).

Die Kosten für das Programm sind gemessen an den gesamten Ausgaben im Spitalbereich moderat. Wenn man nur die Aufwände der nationalen Behörde in Betracht zieht sind es grob gerechnet 30'000 Dollar pro Spital und Jahr. Ein Drittel davon trägt der Staat, zwei Drittel werden durch Gebühren eingenommen. Es ist davon auszugehen, dass für grössere Spitäler mehr Kosten anfallen als für kleinere.

Zur weiteren Prüfung dieses Ansatzes wird im Folgenden die bestehende Akkreditierung im Hochschulbereich in der Schweiz beschrieben. Dies ermöglicht eine Gegenüberstellung der beiden Ansätze. Aus den Erkenntnissen der vorhergehenden Kapitel und der Gegenüberstellung von Spitalakkreditierung (Australien) und Hochschulakkreditierung (Schweiz) werden die Forschungsfragen abgeleitet.

### 3.6 Die Akkreditierung von Hochschulen in der Schweiz

Als Beispiel für eine in der Schweiz bereits bestehende Akkreditierung auf Bundesebene wird im folgenden die Akkreditierung der Hochschulen in der Schweiz beschrieben. Dieses System geht auf einen Artikel aus der Bundesverfassung zurück. Dieser beauftragt Bund und Kantone, die Qualitätssicherung im schweizerischen Hochschulwesen sicherzustellen (vgl. Art. 63a Abs. 3 BV). Dies obschon das Bildungswesen grundsätzlich im Kompetenzbereich der Kantone liegt. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass ein nationales Akkreditierungsprogramm in einem Politikfeld mit prinzipiell kantonalen Kompetenzen durchaus möglich ist.

Der rechtliche Rahmen wurde im Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz (HFKG<sup>63</sup>) festgelegt. Das Gesetz regelt unter anderem die institutionelle Akkreditierung. Um eine solche zu erlangen, müssen die Hochschulen über eigene Qualitätssicherungssysteme verfügen, welche die Bereiche Qualität in Lehre und Forschung, Zulassungsvoraussetzungen, Hochschulorganisation und -leitung, Mitwirkungsrechte der Mitarbeitenden, Chancengleichheit und Gleichstellung von Mann und Frau, nachhaltige Entwicklung und Auftragserfüllung abdecken (vgl. Art. 30 HFKG).

Die genauen Abläufe, Voraussetzungen und Kriterien werden vom Hochschulrat<sup>64</sup> per Verordnung erlassen<sup>65</sup>. Die Qualitätsstandards umfassen die Bereiche Qualitätssicherungsstrategie, Governance, Lehre, Forschung und Dienstleistungen, Ressourcen, interne und externe Kommunikation. Die institutionelle Akkreditierung soll den Hochschulen eine grössere nationale und internationale Sichtbarkeit verschaffen, als Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen und dazu beitragen, die Profilierung der Hochschulen zu unterstützen und die internationale Anerkennung der Schweizer Studienabschlüsse zu verbessern.

Die institutionelle Akkreditierung ist Voraussetzung für eine Institution, sich "Hochschule", "Universität" oder "Pädagogische Hochschule" zu nennen. Sie ist zudem eine Voraussetzung für öffentlich-rechtliche Hochschulen, um finanzielle Beiträge zu erhalten (vgl. Art. 29 HFKG). Sämtliche nach bisherigem Recht anerkannten kantonalen Universitäten, Fachhochschulen und pädagogischen Hochschulen, andere Institutionen des Hochschulbereichs sowie bundeseigene Hochschulen und Institutionen unterstehen der Akkreditierungspflicht. Auch private Hochschulen und Institutionen müssen sich einer institutionellen Akkreditierung unterziehen, wenn sie vom erwähnten Bezeichnungsrecht Gebrauch machen wollen aus anderen Gründen eine Akkreditierung ihrer Institutionen durch ein staatliches Organ benötigen. Entscheidungsinstanz für institutionelle Akkreditierungen ist der Schweizerische Akkreditierungsrat (vgl. Art. 21 HFKG). Das Gesetz trat am 1. Januar 2015 in Kraft. Die Hochschulen müssen sich innert 8 Jahren akkreditieren lassen, ansonsten verfällt ihre Berechtigung für finanzielle Zuschüsse durch den Bund und die Kantone. Eine Übersicht über die Instanzen und Prozesse bei der Akkreditierung von Hochschulen in der Schweiz ist in Abbildung 2 dargestellt.

Darüber hinaus können die Hochschulen ihre Studiengänge über eine sogenannte Programm-Akkreditierung anerkennen lassen. Dafür können sie Anträge an die dem Akkreditierungsrat unterstellte Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung (aaq.ch) oder

---

<sup>63</sup> Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich vom 30. September 2011 (Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz, HFKG ; SR 414.20)

<sup>64</sup> vgl. Art. 12 HFKG: Der Hochschulrat besteht aus einem Bundesrat sowie vierzehn Regierungsmitgliedern der Trägerkantone der Hochschulen. Die Details regelt die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Kantonen über die Zusammenarbeit im Hochschulbereich, ZSAV-HS (SR 414.205).

<sup>65</sup> Verordnung des Hochschulrates über die Akkreditierung im Hochschulbereich vom 28. Mai 2015 (SR 414.205.3)

eine andere vom Akkreditierungsrat anerkannte Agentur stellen. Die Programmakkreditierung ist freiwillig (vgl. Art. 28 Abs. 3 HFKG).

Kritische Würdigung: Der Hochschulrat setzt sich aus den für die Universitäten und Hochschulen zuständigen Regierungsratinnen und Regierungsräte (i.d.R. sind dies die kantonalen Erziehungsdirektorinnen und –direktoren) sowie der / dem für die eidgenössischen Hochschulen und Institute zuständigen BundesratIn / Bundesrat zusammen. Der Hochschulrat macht also einerseits qualitative Vorgaben an die Hochschulen, hat aber gleichzeitig auch ein grosses politisches Interesse am (jeweils eigenen) Hochschulstandort. Die Akkreditierung orientiert sich damit nicht ausschliesslich an den eigentlichen – vornehmlich internationalen – Standards im Interesse der Studierenden und Mitarbeitenden, sondern vermutlich auch an den Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Hochschulen.

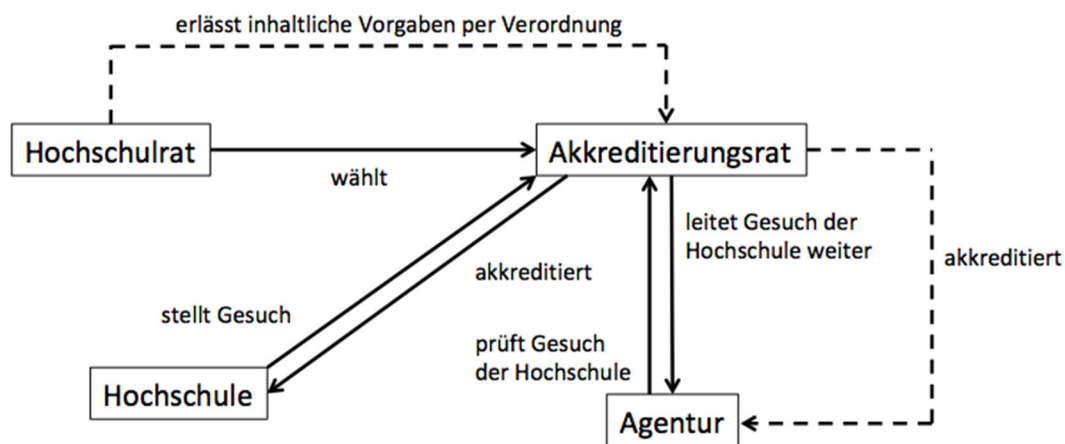


Abbildung 2: Übersicht Instanzen und Prozesse bei der Akkreditierung der Hochschulen in der Schweiz (eigene, vereinfachte Darstellung)

Obschon der Akkreditierungsrat formell unabhängig agiert, hat der Hochschulrat alle vier Jahre die Möglichkeit, den Akkreditierungsrat personell auszuwechseln. Damit kann er den Akkreditierungsprozess massgeblich beeinflussen. Ebenso erlässt er über eine Verordnung die Leitlinien für die inhaltlichen Kriterien. Es wäre von der Sache her logischer, wenn der Akkreditierungsrat die Inhalte bestimmen und allenfalls dem Hochschulrat zur Genehmigung vorlegen würde. Dass der Akkreditierungsrat – bei 15-20 Mitgliedern – über 5 Mitglieder verfügt, die ausserhalb der Schweiz im Hochschulbereich tätig sind, ist löblich. So kann das Wissen um die in anderen Ländern geltenden Standards in die Schweiz „importiert“ werden.

Aus den vorangegangenen Darstellungen der Problematik sowie verschiedener Möglichkeiten der „Meta-Regulation“ im Bereich der Qualitätssicherung im Spitalbereich ergeben sich verschiedene offene Fragen, die im Rahmen dieser Arbeit weiter untersucht werden sollen.

### 3.7 Forschungsfragen

Es stellt sich im Zusammenhang mit dieser Arbeit nun die grundsätzliche Frage, ob ein nationales Akkreditierungsprogramm für Spitäler dazu beitragen könne, die zu Beginn dieses Kapitels geschilderten Probleme hinsichtlich der gesundheitspolizeilichen Aufsicht und der Qualitätsentwicklung allgemein zu lösen. Dabei müsste auch geklärt werden, in welcher Form ein

solches Akkreditierungsprogramm ausgestaltet werden sollte, um die Ziele möglichst effizient zu erreichen. Kann das in der Schweiz bereits bestehende System für Hochschulen analog für Spitäler angewandt werden? Oder gibt es aufgrund der Unterschiede bei den regulierten Institutionen Anpassungsbedarf? Welche in anderen Ländern bestehenden Akkreditierungsprogramme, z.B. das aus Australien, könnte als Vorbild dienen?

Die Forschungsfragen drehen sich auf diesem Hintergrund primär um die Akkreditierung als Instrument der öffentlichen Regulierung von Spitälern zur Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit und einer guten Behandlungsqualität. Konkret soll am Beispiel der bestehenden Implementierung dieses Instruments in Australien eine mögliche Umsetzung in der Schweiz thematisiert werden. Die bereits bestehende Akkreditierung von Hochschulen dient als Ausgangsbasis für die Untersuchung. Folgende Fragen sind dabei leitend:

- (1) Welche Unterschiede bestehen zwischen dem in der Schweiz implementierten System der Akkreditierung von Hochschulen und der Akkreditierung von Spitälern in Australien (Vergleich zweier „Modelle“)?
- (2) Welche Eigenschaften eines Akkreditierungsprogramms sind in Bezug auf die Regulierung von Spitälern mittels Akkreditierung besonders wichtig?
- (3) Welche Vor- und Nachteile würden sich aus der Umsetzung eines an das australische System angelehnten Akkreditierungsprogramms für Spitäler in der Schweiz gegenüber dem Status Quo ergeben?
- (4) Wie würde sich die heutige gesundheitspolizeiliche Aufsicht über Spitäler durch die Kantone durch ein solches Akkreditierungsprogramm verändern?
- (5) Welches sind mögliche Erfolgsfaktoren und Hindernisse für die Umsetzung eines nationalen Akkreditierungssystems aus Sicht der Experten aus dem Spitalbereich (Regulierungsbehörden, Kostenträger, Spitäler, Patientenorganisationen) ?

Durch die Beantwortung dieser Fragen soll eine Grundlage geschaffen werden, mit welcher politische Entscheidungsträger und kantonale Behörden über Massnahmen zur Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken sowie eine Weiterentwicklung der gesundheitspolizeilichen Aufsicht über diese Einrichtungen diskutieren können. Insbesondere sollen die Antworten auf die obigen Fragen dazu beitragen, die heutige heterogene und unbefriedigende Situation aufzuzeigen und Empfehlungen zu deren Bereinigung abzugeben. Dadurch könnte längerfristig die Patientensicherheit erhöht und gleichzeitig die beschränkten Ressourcen auf Seiten der Behörden optimaler eingesetzt werden.

## 4 Theoretischer Ansatz und Definitionen

Grundsätzlich wird in dieser Arbeit ein sozialwissenschaftlich-politologischer Rahmen verwendet. Bund und Kantone werden als föderalistische Strukturen betrachtet. Zudem sollen punktuell Theorien und Methoden der Politikanalyse hinzugezogen werden. Der theoretische Rahmen wird durch grundlegende Erkenntnisse zu Akkreditierungssystemen (Ziele, Ansätze, Umsetzung, Evaluation) ergänzt. Die Definitionen der Begriffe Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Patientensicherheit finden sich im Anhang in Tabelle V.

### 4.1 Akkreditierung und Zertifizierung

Die Begriffe Akkreditierung und Zertifizierung sind konzeptionell eng miteinander verknüpft. Je nach Fachbereich und Hintergrund werden sie mehr oder weniger voneinander abgegrenzt. Die Definition der Schweizerischen Akkreditierungsstelle im eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung lautet wie folgt:

„Akkreditierung bedeutet die formelle Anerkennung der fachlichen und organisatorischen Kompetenz einer Stelle, eine konkrete, im Geltungsbereich der Akkreditierung beschriebene Dienstleistung durchzuführen. Kompetenz ist der Schlüssel zu Transparenz, Vertrauen und Vergleichbarkeit. Akkreditierung ist eine vertrauensbildende Massnahme, die es Behörden, der Wirtschaft sowie Gesellschaft erlaubt zu beurteilen, ob Prüf-, Inspektions- oder Zertifizierungsstellen (Konformitätsbewertungsstellen) bestimmte Aufgaben mit der geforderten, hohen Zuverlässigkeit ausführen können<sup>66</sup>“.

Der Unterschied zur Zertifizierung besteht bei dieser Definition darin, dass bei der Akkreditierung die formelle Anerkennung der Kompetenz im Zentrum steht. Dies erfordert fundierte technische Kenntnisse und damit den Beizug von Fachexperten für den zu akkreditierenden Bereich. Bei der Zertifizierung geht es vor allem darum, die Konformität mit einer Norm oder einer normativen Grundlage festzustellen<sup>67</sup>.

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass beispielsweise im Bereich der Hochschulen eher von Akkreditierung anstatt von Zertifizierungen gesprochen wird. Die Kompetenz steht im Zentrum, nicht die Konformität mit einer Norm. So werden auch in Deutschland die Akkreditierungsagenturen von einem Akkreditierungsrat beaufsichtigt und akkreditiert, die ihrerseits wiederum die einzelnen Studiengänge akkreditieren (nicht „zertifizieren“). Private Hochschulen müssen zudem vom Akkreditierungsrat eine institutionelle Akkreditierung erlangen. In der Schweiz müssen alle Hochschulen eine institutionelle Akkreditierung haben, die vom Akkreditierungsrat erteilt wird. Programmakkreditierungen (für Studiengänge) können bei anerkannten nationalen oder internationalen Akkreditierungsagenturen beantragt werden, sie sind jedoch für die Hochschulen freiwillig.

In diesem Verständnis von Akkreditierung und Zertifizierung besteht ein hierarchisches Verhältnis zwischen beiden Aktivitäten. Die Akkreditierung ist der Zertifizierung übergeordnet. Sie umfasst Elemente, die über eine eher technische Betrachtung von Anforderungen (z.B. im Rahmen einer ISO-Zertifizierung) hinaus gehen.

---

<sup>66</sup> vgl. Definition der SAS unter <https://www.sas.admin.ch/sas/de/home/akkreditierung/definition.html>

<sup>67</sup> vgl. Definition der DAKKS unter <https://www.dakks.de/content/was-ist-akkreditierung>

Im Gesundheitswesen ist die Verwendung des Begriffs Akkreditierung international jedoch uneinheitlich. Während die meisten Länder in Europa und Nordamerika den Begriff Akkreditierung ähnlich wie oben beschrieben verwenden, wird beispielsweise in Frankreich von Zertifizierung (bei den Spitälern) und Akkreditierung (bei den medizinischen Fachpersonen) gesprochen<sup>68</sup>.

Eine exemplarische Definition für Akkreditierung im Gesundheitsbereich lautet wie folgt:

„Accreditation [is] the certification of a programme, service, organisation, institution or agency by an authorised external body in accordance with predetermined criteria, usually expressed as standards, typically measuring structures and processes (Braithwaite et al., 2010, p. 14)“.

Hier werden also Akkreditierung und Zertifizierung miteinander vermischt. Demgegenüber unterscheiden manche etablierte Anbieter, wie die „Joint Commission“<sup>69</sup> zwischen einer Akkreditierung auf Ebene der Organisation und einer Zertifizierung auf Ebene von einzelnen Behandlungsprogrammen oder Dienstleistungen (innerhalb der akkreditierten Organisation).

Wiederum andere Quellen verwenden Begriffe wie „accreditation scheme“<sup>70</sup>, „accreditation system“<sup>71</sup> oder „accreditation program(me)“. Ein Beispiel:

„The purpose of accreditation programmes is to monitor and promote, via self and external assessment, healthcare organisation performance against predetermined optimal standards (Hinchcliff et al., 2012, p. 979).“

Mangels einer international anerkannten Definition lehnt sich diese Arbeit im folgenden an die australische Konzeption an. Dabei wird unterschieden zwischen der Akkreditierung als „öffentlicher Anerkennung“ und dem „Akkreditierungsprogramm“ als Gefüge von Institutionen und Prozessen, welche die Akkreditierung ermöglichen und im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung erweitern. Der Begriff „Zertifizierung“ meint dem gegenüber eine untergeordnete Feststellung einer Konformität mit bestimmten (technischen) Normen, die nicht zwingend einen Öffentlichkeitscharakter aufweist.

In Anlehnung an die Definition des „Australian Council on Health Care Standards“ sowie die Arbeit von Hinchcliff et al. (2012) werden im Weiteren die Begriffe „Akkreditierung“ und „Akkreditierungsprogramm“ wie folgt verwendet (vgl. dazu auch Hort et al., 2013, p. 3f):

### **Akkreditierung**

Akkreditierung ist die öffentliche Anerkennung des Erreichens von Standards durch eine Akkreditierungsstelle mittels einer externen, unabhängigen Prüfung der Leistungsfähigkeit (Grad der Erreichung) einer Organisation in Bezug auf diese Standards.

### **Akkreditierungsprogramm**

---

<sup>68</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249603/fr/accreditation-certification](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249603/fr/accreditation-certification)

<sup>69</sup> [https://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation\\_main.aspx](https://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx)

<sup>70</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/assessment-nsqhs-standards/australian-health-service-safety-and-quality-accreditation-scheme>

<sup>71</sup> <https://www.achs.org.au/about-us/what-we-do/what-is-accreditation/>

Ein Akkreditierungsprogramm legt die für eine Akkreditierung notwendigen institutionellen Strukturen und Prozesse fest und erweitert den Prüfprozess hinsichtlich einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität. Es umfasst fünf Schlüsselemente: (1) Eine übergeordnete Steuerung, (2) einen Prozess der Standard-Definition, (3) einen Prozess der externen Evaluation des Einhaltens dieser Standards, (4) ein der Evaluation nachgelagerter Verbesserungsprozess und (5) die Förderung der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

### **Zertifizierung**

Die Feststellung der Konformität mit bestimmten (technischen) Normen durch eine unabhängige Instanz, die von einer übergeordneten Stelle als Prüfinstanz anerkannt (akkreditiert) ist.

## **4.2 Eigenschaften von Akkreditierungsprogrammen**

Akkreditierungsprogramme im Bereich Gesundheitsversorgung sind von Land zu Land unterschiedlich ausgestaltet. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der institutionellen Einbettung, der Standards sowie des Anspruchs auf Förderung der Qualitätsentwicklung in den einzelnen Einrichtungen. Allen gemeinsam ist die Etablierung von Standards für Gesundheitsorganisationen sowie die Entwicklung einer Methode für die Evaluation der Organisationen, in der Regel mit Hilfe von Gutachtern. Zudem umfassen die Programme die Erteilung der Akkreditierung und Information von Behörden und der Öffentlichkeit sowie eine Überwachung der Akkreditierungsagenturen (vgl. 2013, p. 3f).

Vergleicht man die Akkreditierungsprogramme im Gesundheitswesen mit denjenigen der Hochschulbildung, so fallen einige Unterschiede auf. Die Implementierung von Akkreditierungsprogrammen unterscheidet sich gemäss Hort et al. hinsichtlich verschiedener Dimensionen (2013, p. 4) und stützt sich dabei auf Vorarbeiten von Scrivens (2002):

- Ausmass der staatlichen Interventionen und Unabhängigkeit der regulierenden Behörde
- Freiwillige oder obligatorische Teilnahme
- Vertraulichkeit oder Transparenz im Sinne einer Veröffentlichung der Ergebnisse
- Massnahmen, welche aus den Ergebnissen abgeleitet werden
- Ausmass von prozess-orientierten und ergebnis-orientierten Standards
- Zentralisierte oder regionale Kontrolle
- Ausmass, in welchem die Standards kontinuierliche Verbesserungen anregen, statt der ausschliesslichen Inspektion in Bezug auf Minimalstandards

Ein Vergleich der in den Kapiteln 3.4 und 3.5 beschriebenen Akkreditierungsprogramme anhand dieser Dimensionen ergab deutliche Unterschiede (vgl. Tabelle 6). Zum einen stellt das Akkreditierungsprogramm der Spitäler in Australien einen vergleichsweise stärkeren staatlichen Eingriff dar, die involvierten Stellen sind unabhängiger als bei der Hochschul-Akkreditierung in der Schweiz. Zum anderen erfolgt die Kontrolle bei den Spitätern unmittelbar, regional und vor Ort durch die Behörden (nicht durch die Agenturen). Die Unterschiede erklären sich vermutlich zumindest teilweise auch dadurch, dass die Risiken im Bereich der Spitäler wesentlich höher sind als bei den Hochschulen. Kritisch angemerkt werden könnte, dass das Akkreditierungsprogramm der Schweizer Hochschulen eine Art staatlich verordnete Selbstregulation darstellt, wobei der

Staat per Verordnung gewisse Standards vorgibt, sich jedoch ganz aus der Umsetzung der Akkreditierung und der Kontrolle der Vorgaben verabschiedet.

### 4.3 Vergleich des Föderalismus und des Gesundheitswesens Schweiz-Australien

Im folgenden Abschnitt soll ein geprüft werden, ob das australische Modell eines Akkreditierungsprogramms für Spitäler und Kliniken auf die Schweiz übertragbar wäre. Dazu müssten sowohl politische, gesellschaftliche als auch geografische Eigenschaften vergleichbar oder zumindest ähnlich ausgeprägt sein. Tabelle 5 stellt einen Versuch dar, diesen Vergleich zu ziehen.

Tabelle 5: Vergleich von Voraussetzungen für ein Akkreditierungsprogramm für Spitäler in Australien und in der Schweiz

<b>Dimension</b>	<b>Australien</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Vergleichbarkeit</b>
Einwohnerzahl	25 Mio.	8.5 Mio.	Bedingt
Anz. Spitäler (Standorte)	1'000	600	Ja
Spitaldichte (Anz. / 100'000 Ew.)	4.0	7.0	Bedingt
Föderalismus	Ausgeprägt	Ausgeprägt	Ja
Gesundheitspolizeiliche Kompetenzen der Gliedstaaten	Vorhanden	Vorhanden	Ja
Akkreditierungen im Hochschulbereich	Vorhanden	Vorhanden	Ja
Bundesgesetz zu Krankenversicherungen	Vorhanden	Vorhanden	Ja
Erfahrungen mit Akkreditierungen im Spitalbereich	Vorhanden	Nicht vorhanden	Nein

Der Föderalismus ist in Australien ähnlich ausgeprägt wie in der Schweiz, die Gliedstaaten verfügen über viele Kompetenzen, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Viele Spitäler befinden sich im Besitz der öffentlichen Hand, sprich der Gliedstaaten. Die Einwohnerzahl ist zwar drei Mal so hoch wie in der Schweiz, die Anzahl Spitäler jedoch nur 1.6 Mal so Hoch. Die Spitaldichte ist in der Schweiz mit 7.0 Spitalern pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern fast doppelt so hoch wie in Australien. Im Gegensatz zu Australien fehlen in der Schweiz die Erfahrungen mit Akkreditierungen, wobei im Rahmen der Selbstregulierung doch schon einige Spitäler mit Modellen der externen Begutachtung in Kontakt kamen (z.B. ISO, EFQM). Beide Länder verfügen über ein Akkreditierungsprogramm für Hochschulen auf Bundesebene. Zudem ist in beiden Ländern eine Gesetzgebung zur Krankenversicherung auf Bundesebene vorhanden, die dem Bund gewisse Kompetenzen im Bereich der Zulassung von Leistungserbringern einräumt. Insgesamt scheint das australische Modell für die Schweiz adaptierbar zu sein.

### 4.4 Hochschul-Akkreditierung (Schweiz) und Spital-Akkreditierung (Australien)

In diesem Kapitel werden die beiden Akkreditierungsmodelle der Hochschulen (Schweiz) und Spitäler (Australien) miteinander verglichen mit dem Ziel, für den empirischen Teil dieser Arbeit die wesentlichen, für die Implementierung möglicherweise kritischen, Unterschiede darzustellen. In Tabelle 6 sind die Unterschiede anhand der Dimensionen von Hort et al. (2013) aufgeführt.



**Tabelle 6:** Vergleich der Akkreditierungsprogramme von Spitälern (Beispiel Australien, ACSQHC 2017) und Hochschulen (Beispiel Schweiz, AAQ 2015) anhand der Dimensionen von Hort et al. (2013)

<b>Dimension</b>	<b>Spitäler (Australien)</b>	<b>Hochschulen (Schweiz)</b>	<b>Unterschied</b>
<i>(1) Staatliche Interventionen und Unabhängigkeit der regulierenden Behörde</i>	Starke staatliche Intervention, hohe Unabhängigkeit der Behörde (Wahl durch von den Trägerschaften unabhängige Instanz, Trennung von Standard-Definition, Überprüfung und Regulierung/ Sanktionierung)	Minimale staatliche Intervention, eher geringe Unabhängigkeit (Akkreditierungsrat wird durch Hochschulrat gewählt), der Akkreditierungsrat ist gleichzeitig die Instanz, welche die Standards festlegt, die Akkreditierungen vornimmt und als Aufsichtsorgan über die wichtigste Akkreditierungsagentur (AAQ) zuständig ist.	Deutlicher Unterschied. Staatliche Intervention im schweizerischen Modell minimal, die Behörde ist direkt gewählt von den Trägerschaften der Institutionen (Bund/Kantone) und ist zugleich auch eine Agentur.
<i>(2) Freiwillige oder obligatorische Teilnahme</i>	Quasi obligatorisch (ohne Teilnahme keine Betriebsbewilligung und keine Finanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung)	Quasi obligatorisch (ohne Teilnahme keine Bezeichnung als „Universität“ oder „Fachhochschule“, keine Finanzierung durch den Bund)	Gering.
<i>(3) Vertraulichkeit oder Transparenz im Sinne einer Veröffentlichung der Ergebnisse</i>	Bekanntgabe gegenüber den Gliedstaaten (durch Einrichtungen resp. Agenturen)	Veröffentlichung des Entscheids (inkl. Bericht der Agentur)	Veröffentlichung im australischen Modell eingeschränkt.
<i>(4) Massnahmen, welche aus den Ergebnissen abgeleitet werden</i>	Behebung der Mängel durch die Einrichtung, (zeitnahe) Kontrolle durch Gliedstaaten, Erreichen der Zertifizierung nach spätestens 12 Monaten (Victoria)	Auflagen bei Nicht-Erfüllen von Standards, Überprüfung durch Agentur im Auftrag des Akkreditierungsrates	Grosser Unterschied. Hohe Kontrolle und einschneidende Konsequenzen im Modell Australiens.
<i>(5) Ausmass von prozess-orientierten und ergebnis-orientierten Standards</i>	Überwiegend prozessorientiert (alle 8 allgemeinen Standards)	Überwiegend prozessorientiert (alle 18 allgemeinen Standards)	Gering.
<i>(6) Zentralisierte oder regionale Kontrolle</i>	Kontrolle regional durch Gliedstaat	Kontrolle durch Agentur (eher zentralisiert)	Rolle der Kantone im Schweizer Modell minim.

<i>(7) Ausmass, in welchem die Standards kontinuierliche Verbesserungen anregen, statt der ausschliesslichen Inspektion in Bezug auf Minimalstandards</i>	Die Standards betonen die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Verbesserung (vgl. Clinical Governance Standard) und einer gelebten Qualitätskultur.	Die Standards erwähnen zwar die Qualitätsentwicklung als Teil der verlangten Qualitätsstrategie (vgl. Bereich 1), nehmen aber nicht systematisch Bezug auf das Thema kontinuierliche Verbesserung.	Kontinuierliche Verbesserung nur im Australischen Modell expliziter Teil des Programms.
---	---	--	---

Die markantesten Unterschiede zwischen den beiden Modellen bestehen in der Governance sowie in der Umsetzung in Bezug auf Kontrolle und Konsequenzen im Falle einer Nicht-Erfüllung der Vorgaben. Zudem ist das Thema „kontinuierliche Verbesserung“ nur im australischen Modell explizit verankert. Das Akkreditierungsprogramm der Schweizer Hochschulen ist damit eigentlich unvollständig (2013).

#### 4.5 KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (2019)

Die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, welche im Jahr 2019 von den Räten verabschiedet wurde, umfasst unter anderem zwei wichtige Neuerungen für die Qualitätsentwicklung in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Zum einen soll eine Eidgenössische Qualitätskommission vom Bund bestellt werden. Die Kommission berät die verschiedenen Akteure im Bereich der Qualitätsentwicklung und koordiniert deren Aktivitäten. Sie berät den Bundesrat bei der Festlegung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung. Sie beauftragt Dritte, nationale Programme zur Qualitätsentwicklung und systematische Studien (beispielsweise zum Thema Patientensicherheit) durchzuführen, sowie neue Qualitätsindikatoren zu entwickeln und die bestehenden weiterzuentwickeln. Dabei finanziert sie die von ihr erteilten Aufträge und kann zudem weitere nationale und regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung finanziell unterstützen.

Eine zweite Neuerung betrifft die vertraglichen Absprachen zwischen den Tarifpartnern (Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer). Neu sollen diese alle qualitätsrelevanten Aspekte der Leistungserbringung in nationalen Tarifverträgen vereinbaren. Diese Verträge müssen durch den Bundesrat genehmigt werden. Geregelt werden in den Verträgen folgende Aspekte:

- Die Qualitätsmessungen und die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung
- Die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen
- Die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen
- Die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen
- Die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags
- Das Erstellen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung zuhanden der Eidgenössischen Qualitätskommission und des Bundesrats

Können sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht auf einen Qualitätsvertrag einigen, legt der Bundesrat die Regeln fest. Die Leistungserbringer müssen die

vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung einhalten, damit sie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können.

Die Kosten für die Qualitätsentwicklung werden je zu einem Drittel vom Bund, den Kantonen und den Versicherern getragen. Die jährlichen Ausgaben sind über ein gesetzliches Kostendach begrenzt. Es ist geplant, diese neuen Bestimmungen auf den 1. April 2021 in Kraft zu setzen.

#### **4.6 Entwicklung der Thesen und Fragen für den empirischen Teil**

Aus den vorhergegangenen Kapiteln sollen in diesem Teil der Arbeit Thesen und gezielte Fragen an die Anspruchsgruppen sowie ausgewählte Expertinnen und Experten destilliert werden. Die Thesen und die damit verbundenen Fragen adressieren fünf Themenbereiche.

##### *4.6.1 Einbezug aller Spitäler und Kliniken*

Aktuell besteht in der Schweiz die Situation, dass manche Spitäler und Kliniken keine Betriebsbewilligung benötigen, da sie entweder Teil der kantonalen Verwaltung sind oder aber vom Gesetz ausgenommen werden. Zudem werden die Anforderungen der Spitalisten von den Kantonen sehr unterschiedlich angewendet, kontrolliert und sanktioniert. Gleichzeitig sind die Spitäler einem nationalen Kosten-Benchmarking unterworfen. Eine verbindliche Teilnahme an einem nationalen Akkreditierungsprogramm hätte demgegenüber den Vorteil, dass alle Spitäler und Kliniken dieselben minimalen Qualitätsanforderungen erfüllen müssten.

These 1: Ein nationales Akkreditierungsprogramm sorgt dafür, dass für alle Spitäler und Kliniken in der Schweiz dieselbe Ausgangslage hinsichtlich der minimalen Qualitätsanforderungen besteht.

##### *4.6.2 Governance im Akkreditierungsprogramm*

Eine nationale Regulierung besteht in der Schweiz bereits im Bereich der Hochschulen, in Form eines Akkreditierungsprogrammes. Bund und Kantone haben sich im Rahmen des Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetzes bezüglich dieses Programms geeinigt. Jedoch bestehen beim gewählten Governance-Modell einige offene Fragen (vgl. Kapitel 4.4). So wird beispielsweise den Akkreditierungsrat durch Exekutiv-Politikerinnen und -politiker gewählt, die ihrerseits direkt für die regulierten Betriebe verantwortlich sind (kantonale oder nationale Hochschulen). Daher ist fraglich, wie unabhängig der Akkreditierungsrat wirklich agieren kann (vgl. Abb. 2). Zudem untersteht die grösste und wichtigste Akkreditierungsagentur, die AAQ, direkt dem Akkreditierungsrat.

Im australischen Modell wird dagegen der Verwaltungsrat der nationalen Kommission durch den Bundesgesundheitsminister eingesetzt. Dies stellt eine gewisse Distanz zu den regulierten (sich zu zwei Dritteln im öffentlichen Besitz der Gliedstaaten befindlichen) Spitalbetriebe sicher. Auch werden in Australien die Standards durch eine weitgehend unabhängige Instanz (die ACSQHC als Behörde) definiert und nicht durch die Politik vorgegeben. Wenn Standards in einem Gesetz festgehalten werden, wie beim Beispiel der Schweizer Hochschulen, können neue Bereiche und Methoden nur mit grossem Aufwand (und ggf. gegen politischen Widerstand) eingeführt werden. Um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu ermöglichen, sollte deshalb das Thema der Patientensicherheit und Qualität in den Spitälern an den Bund bzw. an eine weitgehend unabhängige Institution delegiert werden. Ob sich in der Schweiz ein solches Governance-Modell einsetzen liesse, ist abzuklären.

These 2: Um die (Patienten-)Sicherheit und Qualität in den Spitälern in einem nationalen Akkreditierungsprogramm kontinuierlich zu verbessern, braucht es eine vom Bund eingesetzte Institution, welche unabhängig von den Kostenträgern und Eigentümern Standards definieren kann.

#### 4.6.3 Entwicklung von Standards für die Akkreditierung

Die Standards sollen bei den Einrichtungen, Berufsgruppen, Patientenorganisationen und auf möglichst grosse Akzeptanz stossen. Die Umsetzung in den Spitälern soll möglich sein und das ganze Programm auf andere staatliche Vorgaben abgestimmt werden (vgl. Hinchcliff et al., 2013a). Bestehende Akteure wie beispielsweise die Stiftung Patientensicherheit Schweiz sollten bei der Entwicklung der Standards einbezogen werden. Die Standards sollen weder zu tief ausfallen noch unrealistisch hohe Anforderungen stellen. Zudem wäre darauf zu achten, dass durch die neuen Standards die alten, eventuell widersprüchlichen Anforderungen wegfallen. Dies würde bedeuten, dass zeitgleich mit der Einführung eines Akkreditierungsprogramms auch andere, ähnlich gelagerte Massnahmen und Vorgaben angepasst werden müssten. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Spitalisten-Anforderungen, aber auch Anforderungen, die sich aus den nationalen Tarifwerken ergeben (vgl. Zertifizierung von einzelnen Angeboten).

These 3: Um eine möglichst hohe Akzeptanz zu erreichen, sollen die nationalen Standards unter Einbezug der medizinischen und therapeutischen Fachpersonen sowie der Patientenorganisationen in einem transparenten und partizipativen Prozess entwickelt und einer regelmässigen Prüfung und Weiterentwicklung unterworfen werden.

#### 4.6.4 Kontrolle und Sanktionierung durch regionale Behörden

In der heutigen Situation gibt es in der Schweiz zwar Qualitätsstandards, die beispielsweise von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz oder einzelnen Fachgesellschaften definiert werden. Diese können jedoch nicht durchgesetzt werden, weil eine behördliche Kontrolle und Sanktionsmöglichkeiten fehlen. Die Kantone, welche an sich die Aufgabe hätten, gesundheitspolizeiliche Kontrollen durchzuführen und allenfalls Spitäler zu sanktionieren, sind durch ihre Doppelrolle als Eigentümer von Spitälern und Aufsichtsbehörden in einem Zielkonflikt.

Im australischen System müssen „kritische Beobachtungen“ unverzüglich den lokalen Behörden des Bundesstaates gemeldet werden. Diese werden innerhalb von wenigen Tagen aktiv (Bsp. Victoria<sup>72</sup>). Aufgrund der erhöhten Risiken für Patientinnen und Patienten sind im Bereich der Spitäler staatliche Handlungsmöglichkeiten von Auflagen, Sanktionen bis zur Schliessung von Spitälern notwendig. In einem nationalen Akkreditierungssystem müssen deshalb die Informationsflüsse zwischen den Einrichtungen, den Agenturen und den lokalen Behörden gewährleistet werden. Es sollte dabei verhindert werden, dass die Behörden aus politischen Gründen untätig bleiben (z.B. wegen Interessenskonflikten).

These 4: Um eine zeitnahe Kontrolle und Sanktionierung durch die kantonalen Behörden zu ermöglichen, müssen geeignete Informationskanäle zwischen den Einrichtungen, den Agenturen und den Behörden etabliert werden.

---

<sup>72</sup> <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/quality-safety-service/hospital-accreditation/policy-on-accreditation>

#### 4.6.5 Kosten und Finanzierung des Akkreditierungsprogramms

Es liegen Angaben zu den Kosten der australischen Behörde vor<sup>73</sup>. Aufgrund der höheren Personalkosten in der Schweiz wäre vermutlich von einem Jahresbudget von 30 Mio. CHF auszugehen. Dies würde bedeuten, pro Spitalfall wären 20 CHF für die externe Qualitätssicherung im Rahmen des Akkreditierungsprogramms aufzuwenden. Oder anders gerechnet, im Durchschnitt pro Spital-Standort 50'000 CHF pro Jahr. Ein Teil davon könnte über Gebühren von den Spitälern selber finanziert werden, ein anderer Teil z.B. über eine zusätzliche Abgabe auf den Prämien. Wenn – wie in Australien – ein Drittel der Kosten, also 10 Mio. CHF über die Prämien bezahlt werden müssten, würden diese um 1.2 CHF steigen. Da sich auch die Kosten der Spitäler auf die Baserate und damit indirekt auf die Prämien auswirken würde, würden auch diese Kosten letztendlich teilweise durch die Prämienzahlenden finanziert werden. Insgesamt wäre somit mit einer Erhöhung der (Jahres-)Prämien von 2-3 CHF zu rechnen. Bei einer mittleren Prämie von 3800 CHF pro Jahr entspricht dies weniger als 0.1%.

Gleichzeitig gibt es jedoch auch ein „Einsparpotenzial“ seitens der Kostenträger und Kantone. Durch eine Qualitätsverbesserung entstehen nicht nur Kosten, sondern auch Einsparungen. Beispielsweise können die Wiedereintritte nach Operationen gesenkt werden, wenn es aufgrund der Verbesserungen bei den Prozessstandards zu weniger Infektionen kommt. Wenn sich zudem sowohl die Betriebsbewilligung im Rahmen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht als auch die Umsetzung des KVG mittels Spitallisten auf eine national einheitliche Akkreditierung abstützen kann, entfallen für die Kantone einige administrative Aufwände. Die entsprechenden (personellen) Ressourcen können für andere Zwecke eingesetzt werden, beispielsweise für gezielte kantonale Programme oder Projekte zur Verbesserung der integrierten Versorgung (z.B. Modellversuche im Bereich der ambulanten und stationären Nachsorge). Dadurch wiederum profitieren auch die Spitäler und Kliniken.

These 5: Die involvierten Behörden und Kostenträger (Bund, Kantone und Krankenversicherungen) und die Einrichtungen selber tragen die Kosten des Akkreditierungsprogrammes gemeinsam, wobei die Einrichtungen gemessen am jeweiligen Akkreditierungsaufwand zur Finanzierung beitragen (vereinfacht gesagt: kleinere Spitäler bezahlen weniger, grössere mehr).

---

<sup>73</sup> <https://www.safetyandquality.gov.au/resource-library/acsqhc-annual-report-2017-18>

## 5 Methodologie und Vorgehen

In Kapitel 4 wurde dargelegt, welche theoretischen Grundlagen für ein Akkreditierungsprogramm für Spitäler in der Schweiz bestehen. Das Beispiel der Hochschulen zeigt, dass ein Akkreditierungsprogramm im Prinzip im föderalistischen System der Schweiz möglich ist, trotz primärer Zuständigkeit und Kompetenz der Kantone in diesem Politikbereich (mit Ausnahme der eidgenössischen Hochschulen). Das Beispiel der Spitalakkreditierung in Australien zeigt, wie ein Zusammenspiel zwischen der Bundesebene und der Gliedstaaten bzw. Kantonen aussehen könnte. Aufgrund dieser Voraussetzungen erscheint es deshalb möglich, mittelfristig auch in der Schweiz ein nationales System der Qualitätssicherung in Form eines Akkreditierungsprogrammes zu implementieren.

Im internationalen Vergleich von Akkreditierungssystemen, vor allem auch hinsichtlich der Akkreditierung von Spitalern, gibt es jedoch grössere qualitative Unterschiede. Diese wurden ebenfalls in den vorhergehenden Kapiteln aufgezeigt. Die nachfolgenden methodischen Ansätze basieren auf diesen Vergleichen und Analysen und konzentrieren sich auf die Thematik der für eine wirksame Umsetzung notwendigen Eigenschaften eines nationalen Akkreditierungssystems für Spitäler in der Schweiz. Die Fragen an die Anspruchsgruppen leiten sich aus den im Kapitel 4.3 entwickelten Thesen ab. Zudem wurde auf der Basis der Vorarbeiten von Scrivens (1996/2002) und Hort et al. (Hort et al., 2013) ein „morphologischer Kasten“ erstellt, der dazu dient, die Befragungen zu strukturieren (vgl. Anhang). Dieser findet insbesondere Anwendung in der Online-Befragung.

### 5.1 Methodologie

Mit Hilfe einer Online-Befragung werden Einschätzungen aus den verschiedenen Perspektiven der Anspruchsgruppen erhoben (Spitäler, Versicherungen, Berufsverbände, Patienten-Organisationen, Behörden). Mit Hilfe der Resultate dieser Befragung werden zudem in einem zweiten Teil Expertenmeinungen in Interviews erfragt und zu einer argumentativ gestützten Experteneinschätzung verdichtet werden. Dieses abgestufte Vorgehen orientiert sich an der iterativen Methode der Delphi-Befragung, jedoch ohne den Anspruch eine vollständige Delphi-Studie durchzuführen (Elliott, Heesterbeek, Lukensmeyer, & Slocum, 2006; Franklin & Hart, 2007; Nowack, Endrikat, & Guenther, 2011; Slocum 2006). Dabei sollen ausgewählte Fachpersonen mit ausgewiesener Expertise im Schweizer Gesundheitswesen, z.B. aus den kantonalen Verwaltungen, den Spitalern, der Gesundheitsdirektorenkonferenz, der Stiftung Patientensicherheit und/oder dem BAG, befragt werden.

#### 5.1.1 Schritt 1: Fragen an die Anspruchsgruppen (Online-Befragung)

Mit Hilfe eines Online-Fragebogens werden Einschätzungen aus verschiedenen Perspektiven erhoben. Die Fragen basieren auf den Dimensionen von Hort et al. (2013), die bereits weiter oben in Kapitel 4.4 (Tabelle 6) präsentiert wurden. Zudem wurden sie aufgrund der in Kapitel 4.6. aufgestellten Thesen inhaltlich leicht ergänzt bzw. differenziert. Die Fragen sollten für verschiedene Anspruchsgruppen verständlich sein und die Bearbeitung des Fragebogens sollte maximal 15 Minuten in Anspruch nehmen. Die „geschlossene“ Form der Antwortmöglichkeiten erleichtert die Auswertung der Resultate im Sinne eines Skalenvergleichs (*comparative scaling*). Der Nachteil einer solchen Einschränkung auf bestimmte Antwortmöglichkeiten ist, dass die Teilnehmenden keine Begründungen für ihre Antworten geben können und daher qualitative Aspekte nicht berücksichtigt werden können.

Adressaten:

- Spitalverbände und Universitätsspitäler (Hplus, diespitäler.be, VPSB, Inselspital, CHUV, UKB, USZ, HUG)
- Krankenversicherungen (HSK, Tarifsuisse, Groupe Mutuel)
- Berufsverbände (FMH, VSAO)
- Patientenorganisationen (SPO Patientenschutz, Stiftung Patientensicherheit)
- Ausgewählte kantonale Gesundheitsdirektionen (BS, BL, ZH, AG, LU, SG, GR, VD, VS, GE, NE, TI)
- GDK, BAG

Die 11 per Fragebogen gestellten Fragen sind hier zusammengefasst dargestellt (der detaillierte Fragebogen inkl. Antwortmöglichkeiten ist im Anhang in Tabelle II ersichtlich):

- In welchem Bereich sind Sie tätig (Hintergrund, Kategorisierung)?
- Welches Ausmass an staatlicher Intervention bei Akkreditierungsprogrammen für Spitäler halten Sie für angemessen (Dimension 1 nach Hort et al. 2013)?
- Wie unabhängig soll die für die Akkreditierung zuständige Agentur / Behörde sein (Dimension 1, These 2)?
- Soll die Akkreditierung für Spitäler obligatorisch oder freiwillig sein (Dimension 2)?
- Worauf soll sich die Akkreditierung beziehen (Dimension 5, These 1)?
- Welchen Fokus / Schwerpunkt sollen die Anforderungen (Standards) haben (Dimension 5, These 1)?
- Soll die Zielsetzung bei der Akkreditierung eher im Bereich der Minimalstandards oder eher bei der vergleichenden Einschätzung in Bezug auf ein Optimum liegen (These 1)?
- Wie vertraulich sollen die Ergebnisse der Akkreditierung sein (Dimension 3, These 4)?
- Welche Massnahmen sollen aus den Ergebnissen abgeleitet werden können (Mehrfachantwort möglich) (Dimension 4)?
- Wie regional oder zentralisiert soll die Kontrolle über die Spitäler in Bezug auf die Erfüllung von Standards erfolgen (Dimension 6)?
- In welchem Mass soll ein Akkreditierungsprogramm die kontinuierliche Verbesserung im Sinne einer Qualitätsentwicklung fördern (Dimension 7, These 3)?

Vorgehen / Umsetzung:

Online Fragebogen mit Multiple Choice Fragen (teils mit Mehrfachauswahl), mit zusätzlichen Freitext-Feldern am Ende des Fragebogens (Umsetzung auf SoSciSurvey, [www.socisurvey.de](http://www.socisurvey.de)). Versand des Links per E-Mail.

*5.1.2 Schritt 2: Fragen an die Expertinnen und Experten (Leitfaden-Interviews)*

Mit Hilfe der Resultate der Befragung der Anspruchsgruppen sollen Expertenmeinungen in leitfaden-gestützten Interviews abgeholt und zu einer argumentativ gestützten Experteneinschätzung verdichtet werden. Dieses abgestufte Vorgehen orientiert sich an der iterativen Methode der Delphi-Befragung, jedoch ohne den Anspruch eine vollständige Delphi-Studie durchzuführen (vgl. Ansatz « policy delphi », z.B. Slocum 2006).

Die dafür ausgewählten Expertinnen und Experten sollten das schweizerische Gesundheitswesen sowie die verschiedenen Akteure in der Steuerung und Aufsicht (Bund, Kantone) sehr gut kennen.

Dabei ist es erwünscht, dass sie eine gewisse Distanz zu den Leistungserbringern sowie den Kostenträgern (als primären Anspruchsgruppen) aufweisen. Die Interviewpartner bzw. die Interviewpartnerin wurden aufgrund dieser Kriterien identifiziert und konnten aufgrund bestehender persönlicher Kontakte im Rahmen des beruflichen Netzwerks gewonnen werden.

#### Interviewpartner:

- Annamaria Müller, Verwaltungsratspräsidentin Freiburger Spital HFR, ehem. Vorsteherin Spitalamt Kanton Bern
- David Schwappach, Direktor der Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Bernhard Rüttsche, Ordinarius für Öffentliches Recht und Rechtsphilosophie an der Universität Luzern

Die Interviewpartner haben zur Vorbereitung einen Einführungstext und mögliche Fragen zugestellt erhalten (eine Seite A4, Vorbereitungszeit 15-20 Minuten).

#### Fragestellungen im Überblick (der detaillierte Interview-Leitfaden ist im Anhang in Tabelle IV beigelegt):

- Es besteht aktuell eine unübersichtliche Vielfalt der Qualitätsanforderungen an Spitäler. Welchen Bedarf an einheitlichen Standards sehen Sie (These 1)?
- Je nach Kanton sind die Rahmenbedingungen für Spitäler unterschiedlich. Es sollten gleich lange Spiesse für alle Spitäler geschaffen werden. Welche Massnahmen würden Sie bevorzugen (These 1)?
- Wer soll die Entwicklung und Pflege der Standards verantworten und koordinieren (These 2)?
- Wie kann eine möglichst grosse Akzeptanz bei den medizinischen Fachpersonen erzielt werden (These 3)?
- Wie transparent sollen die Ergebnisse der Prüfungen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Standards sein (These 4)?
- Wer soll die Einhaltung der Standards kontrollieren und gegebenenfalls Spitäler sanktionieren können (These 4)?
- Der Aufwand in den Spitälern (bzw. bei den Kantonen) sollte nicht zu gross sein, wo sehen Sie ein Einsparpotenzial (These 5)?
- Wie soll die Finanzierung für die Entwicklung und Pflege der Standards verteilt werden (These 5)?

Weitere mögliche Fragen waren:

- Stimmt der Gesamteindruck, dass die Kohärenz der im Spitalbereich bestehenden Qualitätsbemühungen in der Schweiz weitgehend fehlt? Könnte eine nationale Akkreditierung der Spitäler dem Abhilfe schaffen?
- Weshalb wurde eine Akkreditierung in der Schweiz bisher nicht ins Auge gefasst, obschon die gesetzlichen Grundlagen im KVG vorhanden wären (Zulassung der Leistungserbringer)?
- Verschiedene „Modalitäten“ der Implementierung ansprechen (Unabhängigkeit der , welche wären für die Schweiz geeignet? Was müsste unbedingt beachtet werden? Die Implementierung von Akkreditierungsprogrammen unterscheidet sich hinsichtlich verschiedener Dimensionen (vgl. „morphologischer Kasten“ im Anhang):



- Was sollte bei einem Akkreditierungsprogramm für Spitäler anders geregelt sein als bei den Hochschulen?
- Wie sind die Rollen von Bund, Kantonen und Dritten (z.B. Qualitätskommission, Agenturen) voneinander abzugrenzen? Wie könnten die bestehenden Strukturen eingesetzt oder mit neuen Aufgaben versehen werden?
- Welcher Nutzen wird erwartet, für wen? Wer trägt die Kosten?
- Konkrete Umsetzung in einer „Vereinbarung zwischen Bund und Kantonen“ (analog Hochschulen) realistisch?
- Wer soll die Kosten für ein mögliches Akkreditierungsprogramm von geschätzten 30 Mio. CHF pro Jahr tragen?
- Inwiefern ist die bereits beschlossene Fachstelle im BAG und die ausserparlamentarische „eidgenössische Qualitätskommission<sup>74</sup>“ ein erster Schritt hin zu einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards in der Schweiz?

Die Interviews wurden elektronisch aufgenommen und stichwortartig dokumentiert (keine Wort-Transkripte). Dabei wurde ein mündliches Einverständnis eingeholt, dass die darin gemachten Aussagen für diese Arbeit verwendet werden dürfen.

Im nun folgenden Kapitel werden die Resultate der Fragebogen-Umfrage sowie der drei Experten-Interviews dargestellt.

---

<sup>74</sup> vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>

## 6 Resultate

Wie im vorangehenden Kapitel beschrieben wurden einerseits Anspruchsgruppen mittels Online-Fragebogen befragt und andererseits darauf aufbauend vertiefende Experten-Interviews durchgeführt. In diesem Kapitel sind die Ergebnisse dieser beiden empirischen Zugänge beschrieben.

### 6.1 Befragung von Anspruchsgruppen (Online-Fragebogen)

Der Link zur Online-Befragungen wurde per E-Mail an insgesamt 34 Behörden und Organisationen verschickt, 22 davon waren kantonale Gesundheitsdirektionen und -ämter. Der Fragebogen wurde zwischen dem 17. Mai und dem 19. Juni 2020 24 Mal aufgerufen. 14 Fragebogen wurden vollständig und auswertbar ausgefüllt (Rücklaufquote 41%). Insgesamt 9 Rückmeldungen kamen aus der öffentlichen Verwaltung, 3 aus dem Gesundheitswesen (Spitäler, Verbände) und je eine von den Krankenversicherung respektive anderen Organisationen (z.B. Patientenorganisation).<sup>75</sup>

Im folgenden werden die Antworten pro Frage dargestellt, wobei die Rückmeldungen aus der öffentlichen Verwaltung und der anderen Teilnehmenden jeweils gesondert ausgewiesen werden. Da die Antwortzahlen jeweils pro Kategorie sehr klein sind, können keine reliablen Aussagen gemacht werden. Jedoch zeigen sich gewisse interessante Unterschiede in den Antworten der öffentlichen Verwaltung im Gegensatz zu den anderen Teilnehmenden an der Befragung.

Frage 1	<b>Welches Ausmass an staatlicher Intervention bei Akkreditierungsprogrammen für Spitäler halten Sie für angemessen?</b>			
Antwortmöglichkeiten	Keine Rolle des Staates	Gesetzliche Pflicht, Staat überlässt Akkreditierung mehrheitlich privaten Akteuren	Staat übernimmt gewisse zentrale Funktionen (z.B. Einsetzen und Finanzieren einer Akkreditierungskommission)	Staat übernimmt die meisten Funktionen, inkl. Standard-Definition, Aufsicht über Akkreditierungsstellen usw.
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
Davon öff. Verwaltung	0	5	4	0
Davon andere Anspruchsgr.	0	1	2	2

Bei den Antworten auf Frage 1 fällt auf, dass niemand die Antwortmöglichkeit „keine Rolle des Staates“ ausgewählt hat und die öffentlichen Verwaltungen die Akkreditierung tendenziell eher privaten Akteuren überlassen möchte, wobei kein Teilnehmer die Option „Staat übernimmt die meisten Funktionen“ ausgewählt hat. Zwei der fünf Teilnehmenden der anderen Anspruchsgruppen haben hingegen die Antwortoption „Staat übernimmt die meisten Funktionen“ ausgewählt. Es scheint also, dass die Rolle des Staates durchaus unterschiedlich

<sup>75</sup> Für diese Befragung erschwerend war, dass sie gegen Ende der ausserordentlichen Lage (Corona-Krise) stattfand und sowohl Gesundheitsbehörden als auch Spitäler unmittelbar vor diesem Befragungszeitraum stark belastet waren.

wahrgenommen bzw. gesehen wird, je nach Hintergrund. Insgesamt scheinen die beiden „mittleren“ Varianten, d.h. sowohl eine Akkreditierung durch rein private Akteure (mit einer gesetzlichen Pflicht) als auch mit einer gewissen Rolle des Staates (z.B. Definition von Standards) bevorzugt zu werden.

Frage 2	Wie unabhängig soll die für die Akkreditierung zuständige Agentur / Behörde sein?		
Antwortmöglichkeiten	Wenig, sie soll abhängig von den Spitälern sein (Selbstregulation)	Viel, weitgehend unabhängig von den Spitälern und den Kostenträgern (Staat, Krankenversicherungen)	Wenig, als staatliche Behörde aus Steuermitteln finanziert (Aufsichtsbehörde)
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>2</b>
Davon öff. Verwaltung	0	7	2
Davon andere Anspruchsgr.	0	5	0

Auffällig bei Frage 2 ist, dass keine Teilnehmende die Option „Selbstregulation“ ausgewählt hat. Zwei der neun Teilnehmenden aus der öffentlichen Verwaltung sehen die zuständige Behörde als staatliche Instanz. Die anderen Anspruchsgruppen haben eine klare Präferenz zur Option „weitgehend unabhängig von den Spitälern und Kostenträgern“. Insgesamt wählten 12 von 14 Teilnehmenden diese Option. Unabhängige Akkreditierungsagenturen bestehen heute bereits bei den Hochschulen, ein solches Modell scheint für viele Teilnehmende auch für Spitäler im Vordergrund zu stehen.

Frage 3	Soll die Akkreditierung für Spitäler obligatorisch oder freiwillig sein?	
	Obligatorische Teilnahme	Freiwillige Teilnahme
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>12</b>	<b>2</b>
Davon öff. Verwaltung	8	1
Davon andere Anspruchsgr.	4	1

Bei Frage 3 zeigt sich ein klares Bild, die meisten Teilnehmenden würden eine obligatorische Teilnahme befürworten. Man könnte vermuten, dass durch eine solche Regelung eine grössere Vergleichbarkeit der Spitäler realisiert werden könnte, mit dem entsprechenden Nutzen für die Qualitätssicherung. Mit einer freiwilligen Teilnahme wäre dies nur schwer zu realisieren.

Frage 4	Worauf soll sich die Akkreditierung beziehen?		
Antwortmöglichkeiten	Teile des Spitals, z.B. einzelne Kliniken oder Abteilungen innerhalb des Spitals	Ganzes Spital (Standort)	Ganze Spitalgruppe (Standortübergreifend)
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
Davon öff. Verwaltung	1	6	2
Davon andere Anspruchsgr.	0	3	2

Frage 4 zeigte eine weniger klare Präferenz: 9 der 14 Teilnehmenden wählte den Spitalstandort als Einheit, auf welche sich die Akkreditierung beziehen sollte. Immerhin 4 wählten die ganze Spitalgruppe und eine teilnehmende Person wählte eine kleinere Einheit als der Spitalstandort (Abteilung). Es ist denkbar, dass die teilnehmenden Personen nicht die selben Vorstellungen von Spitälern und Spitalgruppen mitbringen. Allenfalls müsste dieser Punkt konkretisiert werden, denn es gibt beispielsweise grosse Spitalgruppen, die überregional in verschiedenen Kantonen tätig sind. Es scheint aber schon so zu sein, dass die Mehrheit der Meinung ist, dass Massnahmen zur Qualitätssicherung primär am Spitalstandort zu verorten wären.

Frage 5	Welchen Fokus / Schwerpunkt sollen die Anforderungen (Standards) haben?		
Antwortmöglichkeiten	Strukturen	Prozesse	Ergebnisse (Outcomes)
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
Davon öff. Verwaltung	1	4	4
Davon andere Anspruchsgr.	2	0	3

Bei Frage 5 fällt auf, dass die öffentlichen Verwaltungen eher die Prozesse und die Ergebnisse in den Fokus rücken würden, bei den anderen Teilnehmenden ist die Verteilung der Antworten bei den Strukturen und den Ergebnissen zu beobachten. Da bei dieser Frage keine Mehrfachantworten zugelassen waren, mussten sich die Teilnehmenden auf eine Antwort beschränken. Es besteht dabei eine leichte Tendenz zu einem Fokus auf die Ergebnisqualität, wobei auch die Strukturen und Prozesse insgesamt gleich viele Antworten verzeichnen konnten.

Frage 6	Soll die Zielsetzung bei der Akkreditierung eher im Bereich der Minimalstandards oder eher bei der vergleichenden Einschätzung in Bezug auf ein Optimum liegen?	
	Die Akkreditierung soll Minimalstandards prüfen.	Die Akkreditierung soll die Abweichung von einem Optimum aufzeigen.
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>11</b>	<b>3</b>
Davon öff. Verwaltung	8	1
Davon andere Anspruchsgr.	3	2

Bei Frage 6 gibt es eine klare Präferenz der Antworten für die Prüfung von Minimalstandards. Nur 3 von 14 Teilnehmenden haben das Aufzeigen einer „Abweichung vom Optimum“ als Zielsetzung gewählt. Eine Prüfung und Rückmeldung im Hinblick auf ein betriebliches Optimum ist gegenüber einer Prüfung des Minimalstandards deutlich anspruchsvoller und aufwändiger zu realisieren. Dies könnte ein Grund sein für dieses Ergebnis, wobei die Umfrage keine Rückschlüsse auf die den Antworten zugrundeliegenden Gründe zulässt.

Frage 7	Wie vertraulich sollen die Ergebnisse der Akkreditierung sein?		
Antwortmöglichkeiten	Keine Veröffentlichung der Ergebnisse	Veröffentlichung eines Teils der Ergebnisse	Vollständig transparente Veröffentlichung
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Davon öff. Verwaltung	2	4	3
Davon andere Anspruchsgr.	0	2	3

Bei Frage 7 fällt auf, dass sich bei den Antworten der öffentlichen Verwaltung keine Mehrheit für eine vollständig transparente Veröffentlichung findet. Bei den anderen Teilnehmenden hat hingegen niemand die Antwort „Keine Veröffentlichung“ ausgewählt, die Tendenz geht eher zu einer vollständig transparenten Veröffentlichung. Jedoch sind hier die Antwortzahlen zu klein für eine klare Aussage. Die Mehrheit der Teilnehmenden scheint jedoch eine (zumindest teilweise) transparente Veröffentlichung zu bevorzugen.

Frage 8	Welche Massnahmen sollen aus den Ergebnissen abgeleitet werden können (Mehrfachantwort möglich)?			
Antwortmöglichkeiten	Keine Massnahmen	Empfehlungen	Auflagen	Sanktionen
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>7</b>
Davon öff. Verwaltung	0	7	7	4
Davon andere Anspruchsgr.	0	2	5	3

Die Frage 8 ermöglichte es den Teilnehmenden, mehrfach zu antworten. Die grösste Zahl der Antworten fielen auf die Option „Auflagen“, gefolgt von „Empfehlungen“ und „Sanktionen“. Bei den Teilnehmenden aus der öffentlichen Verwaltung gibt es eine Tendenz zu Empfehlungen und Auflagen, bei den anderen eher zu Auflagen und Sanktionen.

Frage 9	Wie regional oder zentralisiert soll die Kontrolle über die Spitäler in Bezug auf die Erfüllung von Standards erfolgen?		
Antwortmöglichkeiten	Vollständig regionalisierte / dezentrale Kontrolle	Teilweise zentralisierte Kontrolle	Zentralisierte Kontrolle
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
Davon öff. Verwaltung	3	5	1
Davon andere Anspruchsgr.	1	2	2

Bei Frage 9 fällt auf, dass die Teilnehmenden aus der öffentlichen Verwaltung tendenziell eher zu einer vollständigen oder zumindest nur teilweise zentralisierten Kontrolle neigen. Für die anderen Anspruchsgruppe zeichnet sich eher eine Tendenz zu einer teilweise zentralisierten oder zentralisierten Kontrolle ab. Möglicherweise zeigt sich hier eine gewisse Skepsis der kantonalen Behördenvertreter und -vertreterinnen gegenüber einer vollständig zentralisierten Kontrolle.

Frage 10	<b>In welchem Mass soll ein Akkreditierungsprogramm die kontinuierliche Verbesserung im Sinne einer Qualitätsentwicklung fördern?</b>		
Antwortmöglichkeiten	Keine Förderung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.	Punktuelle Hinweise und Anregungen (Empfehlungen ohne bindenden Charakter).	Auf optimale Strukturen / Prozesse ausgerichtete kontinuierliche Verbesserung wird angestrebt.
<b>Total Anz. Antworten</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
Davon öff. Verwaltung	1	1	7
Davon andere Anspruchsgr.	0	0	5

Bei der Frage 10 fällt auf, dass sämtliche Teilnehmenden der anderen Anspruchsgruppen die Option „Auf optimale Strukturen / Prozesse ausgerichtete kontinuierliche Verbesserung“ ausgewählt haben. Auch bei den Teilnehmenden aus der öffentlichen Verwaltung war es die überwiegende Mehrheit mit 7 von 9 Antworten. Hier zeigt sich jedoch ein gewisser Widerspruch zu den Antworten auf Frage 6, wo die meisten zu einer Überprüfung der Mindeststandards neigten. Es wäre zu klären, woher diese Widersprüchlichkeit her kommt. Es ist auch denkbar, dass die Teilnehmenden den hauptsächlichen Zweck der Akkreditierung bei der Sicherstellung eines Mindeststandards sehen, jedoch insgesamt – mit einem längerfristigen Horizont – dabei auch das Potenzial für eine kontinuierliche Verbesserung von Strukturen und Prozessen ausmachen.

Zusätzlich zu den Multiple-Choice Antworten hatten vier der Teilnehmenden am Ende des Fragebogens beim Kommentarfeld eine Bemerkung hinterlassen (Frage: „Möchten Sie noch etwas erwähnen, was im Fragebogen nicht thematisiert wurde?“). Hier die Einträge im Originalwortlaut:

Welche Bereiche unterliegen der Akkreditierung (Akutsomatik, Psychiatrie, Reha)? und was ist mit den ambulanten Gesundheitsorganisationen (Ärzte, Ambulatorien usw.)?
Finanzierung des Prozesses
Ein Modell der Akkreditierung entspricht unserer Meinung nach nicht dem Schweizerischen System, das von dezentralen Gesundheitssystemen geprägt ist. Die Akkreditierungsprogramme kommen sehr technokratisch daher, es ist kaum vorstellbar, dass dies in der föderalistischen Schweiz möglich ist umzusetzen. Hinzu kommt, dass die derzeitigen Umwälzungen im Bereich der Qualitätsentwicklung andere Prioritäten setzen.
Vereinzelt wäre es gut, wenn mehrere Antwortmöglichkeiten bestehen würden, zum Beispiel bei den angestrebten Veränderungen (für mich sowohl Strukturen und Prozesse als auch Ergebnisse).

Aus diesen Rückmeldungen wird weiter unten der Aspekt der drohenden zentral gesteuerten „Technokratie“ als Herausforderung für Akkreditierungsprogramme in der Diskussion aufgegriffen.

## 6.2 Expertinnen- und Experten-Befragung (Interviews)

### 6.2.1 Annamaria Müller

Das Interview mit Annamaria Müller fand am 28. August 2020 in Bern statt (Dauer: 52 Min.). Die Ökonomin war nach längerer Tätigkeit als Generalsekretärin der FMH von 2009-2019 Amtsvorsteherin des Spitalamtes des Kantons Bern. Sie ist heute selbständige Beraterin und Präsidentin des Verwaltungsrates der Freiburger Spitäler.

Frau Müller bestätigt die Wahrnehmung, dass die Spitäler mit einer sehr grossen Anzahl Anforderungen im Qualitätsbereich konfrontiert sind. Kantone, Swissmedic, Tarifverträge etc. tragen dazu bei, dass die Liste immer länger wird. Hinzu kommen gesetzliche Pflichten (z.B. Seelsorge) aber auch Zertifizierungen oder Vertragsbestimmungen (z.B. beim Leasing von teuren Grossgeräten wie Operationsrobotern). Die Rahmenbedingungen sind für die Spitäler je nach Kanton unterschiedlich, jedoch gleichen sich die Mehr- oder Minderanforderungen vermutlich aus. Eine Harmonisierung wäre dennoch zu begrüssen.

Die Standards sollten aus Sicht von Frau Müller in einer Struktur von „Gewaltentrennung“ erarbeitet bzw. umgesetzt werden, d.h. die Eigentümer/innen und Kostenträger sollten nicht selber die Standards definieren und die definierende Behörde sollte auch nicht die Kontrollen bezüglich der Einhaltung vornehmen. Die Eigentümer/innen und Kostenträger könnten eine Art „Findungskommission“ einsetzen, die wiederum die Expertinnen und Experten für die Standard-Definition auswählt. Auf keinen Fall sollten es jedoch noch mehr Player werden als heute. Die Akzeptanz bei den Fachleuten, insbesondere der Ärzte, läuft über deren Einbindung in einem Dialog. Sie müssen den Prozess und die Erarbeitung der Standards „sich zu eigen machen“ können.

Die Kontrolle der Standards müsste durch Expertinnen und Experten erfolgen, ähnlich wie bei einer Revision. Die Resultate sind zu veröffentlichen, unter Wahrung der Anonymität von Einzelpersonen. Die Agentur oder Behörde, die den Bericht erstellt, kann Empfehlungen abgeben, wird aber nicht selber aktiv. Diese Rolle muss laut Frau Müller der Staat übernehmen. Die akkreditierende Agentur oder Behörde schliesslich würde von den Spitälern finanziert (und über die Tarife refinanziert). Die Definition der Standards selber und die Zulassung der Agenturen müsste jedoch der Staat übernehmen.

Im Schweizer System werden in der Regel Innovationen zunächst von einigen wenigen vorangetrieben und dann unter Umständen von den anderen übernommen bzw. zum Standard erklärt. Ein nationaler Konsens „aus dem Nichts“ ist praktisch unmöglich. Die Intention des KVG war ursprünglich eine andere, im politischen Prozess kam es im Lauf der Zeit zu vielfältigen Veränderungen und Anpassungen. Auch sieht man beispielsweise beim Heilmittelgesetz, dass die Massnahmen zu Veränderungen in der Praxis führen, die vorher schwer abzusehen waren. Grundsätzlich gilt aber „wer zahlt, befiehlt“, d.h. Kantone und Versicherungen müssen mitreden bei einer Ausgestaltung von solchen Systemen oder Programmen.

Eine Schwierigkeit des heutigen Systems ist die sehr grosse Trägheit. Es braucht jedoch eine kontinuierliche Überarbeitung der Standards und eine rasche Umsetzung. Das heisst, im System braucht es Agilität, jedoch auch eine Einheitlichkeit bei den Anforderungen und Vorgaben, und auch Betriebsbewilligungen müssen darauf abstützen. Wirksam bei den Spitälern sind einerseits

die Finanzen, die gesetzlichen Vorgaben (mit Sanktionsmöglichkeiten) sowie die möglichen Reputationsrisiken. Diese drei Einflussfaktoren sind für die Spitalleitungen zentral. Ein Akkreditierungssystem müsste dies berücksichtigen.

### 6.2.2 David Schwappach

Das Interview mit Prof. Dr. David Schwappach fand am 18. September 2020 per Telefon statt (Dauer 55 Min.). Herr Schwappach ist Direktor der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz in Zürich und zudem als Professor am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern tätig.

Herr Schwappach bestätigt, dass es einen Bedarf nach Harmonisierung der Anforderungen gibt. Dies deckt sich mit den Erfahrungen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, dass lediglich ein Minimalstandard vorgeschrieben ist und zudem eine Art „Anpassung nach unten“ zu beobachten ist. Die Anforderungen werden durch die Heterogenität nicht höher, sondern tiefer. Die weit verbreitete Annahme, der Wettbewerb werde es schon richten, teilt Herr Schwappach nicht. Vielmehr müssten gezielt an den richtigen Stellen Standards gesetzt werden. Dabei sollte man nicht Listen mit hunderten von Anforderungen auflegen, sondern sich auf das Wesentliche konzentrieren.

Die Erwartungen des BAG für nationale Aktivitäten und Programme seien hoch. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zu den regionalen Gegebenheiten. Als Beispiel nennt Herr Schwappach die Medikationssicherheit in den Alters- und Pflegeheimen. So gebe es Kantone, in denen Dutzende von Heimärzten in den Heimen ein- und ausgehen und aufgrund der Berechtigung zur Selbstdispensation auch gleich die Medikamente mitbringen. Dies erschwert die Durchsetzung von Standards im Bereich der Medikationssicherheit erheblich.

Herr Schwappach bezeichnet das aktuelle, heterogene und unübersichtliche System als „vorzeitig“ und weist auf die Absurdität hin, dass jeder Kanton Expertise vorhalten müsse um zu definieren, was in der heutigen Zeit ein gutes Spital sein soll. Die Beantwortung dieser Frage braucht enorm viel Fachwissen, das weder bei den Kantonen (noch beim Bund) vorhanden ist. Aktuell besteht zudem eine Art Vakuum bei der Durchsetzung von Vorgaben und der gesundheitspolizeilichen Aufsicht, Herr Schwappach spricht in diesem Zusammenhang von „kollegialer Unverantwortlichkeit“.

Die Umsetzbarkeit einer nationalen Akkreditierung für Spitäler schätzt Herr Schwappach kritisch ein. Es bestehe eine Art „Gleichgewicht der Kräfte“ im aktuellen System und eine grosse Trägheit. Nationale Anstrengungen wie im Beispiel der eidgenössischen Qualitätskommission werden zwar begrüsst, aber bei solchen Aktivitäten wird zugleich zu viel aufs mal versucht und doch nicht genug Wirkung erzielt. Die Vorstellungen im Gesetz seien zu „mechanistisch“, man kann nicht von einer einfachen Kette von Massnahmen und Wirkungen ausgehen. Der Dialog kommt dabei zu kurz, wäre aber dringend nötig. Wenn man die nötige Expertise zusammenführen könnte, könnte dies helfen, die nötige politische Akzeptanz zu schaffen. Vertrauen muss aufgebaut werden.

Wichtig wäre gemäss Herrn Schwappach eine starke regulatorische Säule. Es reicht nicht lediglich Ergebnismessungen durchzuführen. Nötig wären einfache regulatorische Prüfkriterien, wie zum Beispiel ob ein Spital in der Lage ist, Informationen digital entgegen zu nehmen und weiterzugeben, etwa ärztliche Verordnungen von Medikamenten. Zu umfassende Anforderungskataloge, die von Universitätsspitalern entworfen werden, führen hingegen zu Widerstand bzw. werden aus politischen Gründen untergraben. Dies geschah etwa bei den



Mindestfallzahlen, wo der Kanton Bern die Vorgaben aus Zürich nach unten korrigierte, ohne dass dazu Evidenz vorhanden wäre.

Eine nationale Akkreditierung für Spitäler sieht Herr Schwappach als Staatsaufgabe. Der Bund und die Kantone haben bereits heute die Aufgabe, die Performance des Gesamtsystems zu überwachen und die Versorgung sicher zu stellen. Eine Akkreditierungsbehörde als Fachorganisation müsste daher vom Staat beauftragt und finanziert werden (die Akkreditierung selber könnten dann die Spitäler finanzieren). Ein politisches Entscheidungsgremium sollte zudem die Ziele vorgeben und Entscheide über die Umsetzung treffen. Kleinere Prüf-Agenturen wären für die Überprüfung der Standards in den Spitälern zuständig.

Die Transparenz sollte soweit gewährt werden, dass insbesondere für Patientinnen und Patienten verständliche und aussagekräftige Informationen vorliegen. Dies ist aktuell mit den ANQ-Berichten nicht gegeben. Besser wären einfache Informationen, z.B. ob chirurgische Checklisten angewendet werden, digitale Verordnungen möglich sind etc. Möglich wäre auch eine Angabe über Anzahl und Art von Verstössen gegen den Standard.

### 6.2.3 Bernhard Rüttsche

Das Interview mit Prof. Dr. Bernhard Rüttsche fand am 25. September 2020 per Telefon statt (Dauer 42 Min.). Herr Rüttsche ist Ordinarius für Öffentliches Recht und Rechtsphilosophie an der Universität Luzern und unter anderem Vorsitzender der Geschäftsleitung des Zentrums für Recht & Gesundheit.

Laut Herrn Rüttsche wäre es aufgrund der Verfassung und der bundesstaatlichen Kompetenzordnung denkbar, dass innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein nationales Akkreditierungswesen eingerichtet werden kann. Dies mit einer Regelung im KVG. Die Kantone sind demgegenüber zuständig für die Betriebsbewilligungen für alle Spitäler auf ihrem Gebiet. Sie könnten sich dabei auf eine Akkreditierung stützen, wenn sie das möchten. Eine Empfehlung der GDK könnte den Weg bereiten für eine schweizweit einheitliche Handhabung.

Im Fall der Hochschulen musste in einem längeren Prozess zunächst die Bundesverfassung angepasst werden. Es ging um eine Neuordnung des Bildungsraums Schweiz mit einer geteilten Verantwortung für die Qualitätssicherung durch den Bund und die Kantone.

Die Verfassung sieht im Artikel 117a zur Medizinischen Grundversorgung vor, dass der Bund und die Kantone „im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität [sorgen]“.

Das revidierte KVG setzt auf vertragliche Lösungen zwischen den Tarifpartnern, die vom Bundesrat genehmigt werden müssen („Qualitätsverträge“). Diese Verträge sind als öffentlich-rechtliche Verträge zu qualifizieren. Offenbar gibt es jedoch keine Bezüge zur Spitalplanung, wo die Qualität als Planungskriterium vorkommt (vgl. Art. 39 KVG, Art. 58b KVV). Die Qualitätsmassnahmen und Sanktionen sind damit losgelöst von den Spitalistenverfahren.

Es besteht somit eine strukturelle Inkonsistenz zwischen der Selbstregulierung der Tarifpartner im Qualitätsbereich (Qualitätsmessungen, Massnahmen zur Qualitätsentwicklung) und der Rolle der Kantone beim Erstellen der Spitalisten (Qualität als Planungskriterium) und der Sicherung der Qualität im Sinne der gesundheitspolizeilichen Aufgaben (Aufsicht).

Mit Hilfe der Qualitätsverträge könnte aber theoretisch ein Akkreditierungsorgan institutionalisiert werden. Die Standards selber müssten jedoch von Expertinnen und Experten entwickelt werden. Welche Rolle die eidgenössische Qualitätskommission dabei genau spielen würde, bleibt zu bestimmen. Die Qualitätskommission kann nationale Bemühungen fördern und finanzieren. Daher könnte sie vermutlich auch eine vertraglich vereinbarte Zusammenarbeit mit einem Akkreditierungsorgan (eine Art Akkreditierungsrat für Spitäler) unterstützen und begleiten.

## 7 Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse meiner Arbeit anhand der im Kapitel 4.6 aufgestellten Thesen im Zusammenhang mit den Resultaten diskutiert. In einem zweiten Teil wird dann etwas vertieft auf die Unterschiede der gesundheitspolizeilichen und der krankensicherungsrechtlichen Perspektive eingegangen und am Ende werden die Herausforderungen, Risiken und Chancen einer nationalen Akkreditierung auf dem Hintergrund dieser Resultate beleuchtet.

These 1: Ein nationales Akkreditierungsprogramm sorgt dafür, dass für alle Spitäler und Kliniken in der Schweiz dieselbe Ausgangslage hinsichtlich der minimalen Qualitätsanforderungen besteht.

Die empirische Untersuchung mittels Umfrage und Interviews führte zu einigen interessanten Erkenntnissen. Die Teilnehmenden aus der öffentlichen Verwaltung sind nicht immer gleicher Ansicht wie die anderen befragten Anspruchsgruppen. Es scheint einen Konsens zu geben, dass der Staat eine gewisse Rolle spielen sollte, wobei diese auch nur in der Durchsetzung einer gesetzlichen Pflicht bestehen könnte. Einer vollständigen Übernahme aller Funktionen eines Akkreditierungsprogramms durch den Staat stehen die Teilnehmenden eher kritisch gegenüber.

Die Unabhängigkeit einer für die Akkreditierung zuständigen Agentur oder Behörde müsste gross sein, gemäss der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmenden. Ebenso müsste eine Teilnahme am Programm obligatorisch sein. Die Akkreditierung sollte pro Spitalstandort erfolgen oder alternativ auch standortübergreifend durchgeführt werden. Schwerpunktmässig sollte die Akkreditierung die Ergebnisse (*outcomes*) umfassen, jedoch sollten auch Strukturen und Prozesse berücksichtigt werden. Die Zielsetzung sollte in der Prüfung von Minimalstandards liegen und die Ergebnisse sollten zumindest teilweise veröffentlicht werden. Als Massnahmen bei ungenügenden Ergebnissen sollen Empfehlungen oder Auflagen erfolgen, die Hälfte der Teilnehmenden sprach sich auch für Sanktionen aus (Mehrfachantworten waren möglich). Die Kontrolle der Spitäler sollte gemäss der Mehrheit der Teilnehmenden teilweise zentralisiert erfolgen.

Sowohl in der Literaturrecherche (z.B. Vincent 2019), der Online-Umfrage als auch aus den Experteninterviews ergaben sich insgesamt deutliche Hinweise darauf, dass ein nationales Akkreditierungsprogramm einerseits die grosse Heterogenität der Qualitätsanforderungen in den einzelnen Kantonen harmonisieren könnte und dabei auch dafür sorgen würde, dass in der ganzen Schweiz die selben minimalen Qualitätsanforderungen gelten und durchgesetzt werden.

These 2: Um die (Patienten-)Sicherheit und Qualität in den Spitälern in einem nationalen Akkreditierungsprogramm kontinuierlich zu verbessern, braucht es eine vom Bund eingesetzte Institution, welche unabhängig von den Kostenträgern und Eigentümern Standards definieren kann.

Insbesondere im Vergleich mit den anderen OECD-Staaten (vgl. Aaraaen 2020) ergibt sich, dass vergleichbare Länder mit grosser Mehrheit auf eine unabhängige, nationale Behörde setzen, um die Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung in den Spitälern zu fördern und kontinuierlich zu verbessern. In der Online- Umfrage und in den Interviews wurde dieser Ansatz im Grundsatz bestärkt.

These 3: Um eine möglichst hohe Akzeptanz zu erreichen, sollen die nationalen Standards unter Einbezug der medizinischen und therapeutischen Fachpersonen sowie der Patientenorganisationen in einem transparenten und partizipativen Prozess entwickelt und einer regelmässigen Prüfung und Weiterentwicklung unterworfen werden.

Dieser Aspekt wurde in den Experteninterviews lediglich gestreift. Es scheint für den gesamten Erfolg eines Akkreditierungsprogramms jedoch eine wichtige Rolle zu spielen, wie die Fachpersonen involviert werden und ein gegenseitiges Vertrauen geschaffen werden kann. Die nationalen Standards sollten eine möglichst grosse Akzeptanz bei den involvierten Anspruchsgruppen aufweisen, wobei die Fachpersonen in den Spitälern selber eine zentrale Rolle einnehmen.

Gleichzeitig waren die Teilnehmenden der Ansicht, dass das Akkreditierungsprogramm eine auf optimale Strukturen und Prozesse ausgerichtete kontinuierliche Verbesserung anstreben sollte. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zur Forderung, dass primär Minimalstandards geprüft werden sollten. Es ist zwar denkbar, dass man das gesamte Programm auf eine kontinuierliche Verbesserung ausrichtet, aber im Sinne eines Feedbacks an die akkreditierten Spitäler wäre es hilfreich, wenn man nicht nur die Erfüllung des Standards bestätigen würde, sondern auch Verbesserungspotenzial aufzeigen könnte.

Die Interviews haben diese Einschätzungen im Grossen und Ganzen bestätigt. So bestätigte Annamaria Müller etwa, dass eine Harmonisierung durch Expertinnen und Experten vorgenommen werden sollte, nicht durch die Eigentümer oder die Kostenträger, es ist dabei unbedingt auf eine „Gewaltentrennung“ zu achten. Auch die Kontrolle der Standards sollte durch möglichst unabhängige und anerkannte Fachpersonen erfolgen.

These 4: Um eine zeitnahe Kontrolle und Sanktionierung durch die kantonalen Behörden zu ermöglichen, müssen geeignete Informationskanäle zwischen den Einrichtungen, den Agenturen und den Behörden etabliert werden.

Nach Ansicht von Prof. David Schwappach ist in der Schweiz eine Art „Anpassung nach unten“ zu beobachten. Die Anforderungen werden durch die zunehmende Heterogenität nicht höher, sondern tiefer. Es fehlt an Verbindlichkeit, Kontrolle und Transparenz. Es besteht eine Art Vakuum bei der gesundheitspolizeilichen Aufsicht. Man sollte sich zur Verbesserung dieser Situation jedoch auf das Wesentliche konzentrieren. Es sei auch unrealistisch, dass jeder Kanton die nötige Expertise vorhalten könne um wirklich alle Anforderungen zu prüfen. Transparenz sollte soweit geschaffen werden, dass neben den zuständigen Behörden insbesondere auch für die Patientinnen und Patienten verständliche und aussagekräftige Informationen vorliegen.

These 5: Die involvierten Behörden und Kostenträger (Bund, Kantone und Krankenversicherungen) und die Einrichtungen selber tragen die Kosten des Akkreditierungsprogrammes gemeinsam, wobei die Einrichtungen gemessen am jeweiligen Akkreditierungsaufwand zur Finanzierung beitragen (vereinfacht gesagt: kleinere Spitäler bezahlen weniger, grössere mehr).

Aus Sicht des öffentlichen Rechts beurteilt Prof. Bernhard Rütscche eine nationale Akkreditierung von Spitälern in der Schweiz als gangbaren Weg. Er ist der Ansicht, dass der gesetzliche Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits ausreicht für eine Institutionalisierung

eines Akkreditierungsprogramms. Die Kantone könnte sich auf der Basis der kantonalen Gesetzgebungen auf die Akkreditierung abstützen, z.B. im Rahmen von Betriebsbewilligungen. Eine Empfehlung der GDK könnte den Weg ebnen für eine schweizweit einheitliche Handhabung. Ein Mittel für die Umsetzung könnten die Qualitätsverträge sein, indem die Vertragspartner darin ein nationales Akkreditierungsprogramm vereinbaren könnten. Die eidgenössische Qualitätskommission könnte dies unterstützen und begleiten oder gar eine aktive Rolle bei der Steuerung im Sinne eines „Verwaltungsrates“ übernehmen. Eine Akkreditierungsbehörde müsste somit vom Staat beauftragt und finanziert werden. Übergeordnet sollte ein politisches Steuerungsgremium die Ziele vorgeben und Entscheide über die Umsetzung treffen.

### **7.1 Gesundheitspolizeiliche und krankensicherungsrechtliche Perspektive**

Die Resultate meiner Untersuchung zeigen auf, dass es einen Handlungsbedarf gibt bezüglich der aktuellen Vielfalt von qualitätsbezogenen Anforderungen an die Spitäler und Kliniken, die sich aus den diversen gesetzlichen Aufgaben der Kantone ergeben und die jeder Kanton für sich anders gelöst hat.

Eine Schwierigkeit im derzeitigen System liegt in der Inkonsistenz der Normen in Bezug auf (kantonale) gesundheitspolizeiliche Aufgaben und (nationale und kantonale) krankensicherungsrechtliche Aufgaben. Einerseits erteilen die Kantone die Betriebsbewilligungen für Spitäler und Kliniken aufgrund sehr heterogener Anforderungen und Nachweise. Zudem sind die Kantone in Bezug auf die gesundheitspolizeiliche Aufsicht ihrer Spitäler mit grosser Mehrheit rein reaktiv unterwegs. Es gibt kaum genug Expertise in den kantonalen Verwaltungen, um der komplexe Materie von Qualität und Patientensicherheit angemessen begegnen zu können. Andererseits verlangt das KVG unter anderem eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und verpflichtet die Kantone, bei der Erstellung der Spitalisten die Qualität zu berücksichtigen. Diese Vorgabe können die Kantone derzeit nicht erfüllen, weil keine brauchbare Daten dafür vorhanden sind. Die bestehenden nationalen Qualitätsmessungen des ANQ sind für diese Zwecke völlig ungenügend. In der Not behelfen sich die Kantone bei der Evaluation von Spitalisten-Bewerbungen mit mehr oder weniger langen Listen von (überprüfbar) Struktur- und Prozessanforderungen. Sie setzen dabei meist auf Selbstdeklaration, ohne die Angaben vor Ort zu prüfen. Die Ergebnisqualität wird bei Spitalisten-Entscheiden gar nicht berücksichtigt. Der Anspruch des KVG und die Realität in den Kantonen klaffen hier weit auseinander.

Das BAG hat vor zwei Jahren Charles Vincent (UK) und Anthony Staines (CH) beauftragt, einen Bericht über die aktuelle Situation in der Schweiz in Bezug auf Qualität und Patientensicherheit zu erstellen (Vincent & Staines, 2019). Der Report fasst den derzeitigen Wissensstand zur Patientensicherheit und Qualität in der schweizerischen Gesundheitsversorgung zusammen und zeigt den Handlungsbedarf auf. Die Autoren bestätigen grundsätzlich die oben genannten Schwächen im Schweizerischen System:

„To the outside observer from another country, Swiss healthcare appears to have very little oversight or regulation. Regulation in healthcare is not a panacea and is only one of many influences on quality and safety. However, most countries have systems to detect failing units and organisations and to intervene before serious harm occurs. In Switzerland, such monitoring systems appear to be weak, which means that the legal framework of responsibilities is in practice not capable of enforcement (2019, p. 39).“

Und weiter:

„The governance and regulation of Swiss healthcare should be the subject of a separate review. Regulations and practice for quality assurance appear to vary widely across Switzerland causing confusion for patients and staff. It is not at all clear whether cantons have the capacity to monitor the quality of care or intervene proactively when standards are compromised (2019, p. 49).“

Diese Wahrnehmung wird durch einen Report der OECD aus dem Frühjahr 2020 voll und ganz bestätigt. Auraaen et al. (2020) erheben seit vielen Jahren regelmässig, welche Regulierungs- und Überwachungsfunktionen (*governance functions*) die OECD-Länder in Bezug auf die Patientensicherheit implementiert haben. Dabei zeigte sich, dass die Schweiz bei der Implementierung im Vergleich der OECD-Länder nach wie vor weit abgeschlagen auf dem letzten Platz landet (vgl. Tabelle VI im Anhang). Von 25 Länder haben 21 mehr als 10 von 16 Funktionen implementiert, die Schweiz gerade mal 4. Exemplarisch ist etwa folgende Aussage aus dem Bericht:

“External accreditation, inspection and audits are carried out in all responding countries except Switzerland making it the most commonly implemented governance function in the survey (2020, p. 48).“

Der OECD-Bericht zeigt verschiedene Lücken und Schwächen der *governance* von Patientensicherheit in der Schweiz auf. Auch die neueste KVG-Revision zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität, welche im Jahr 2021 in Kraft treten wird, kann nur einen kleinen Teil dieser Lücken schliessen. Zum einen soll die eidgenössische Qualitätskommission dafür sorgen, dass nationale Standards für die Patientensicherheit entwickelt werden. Und zum anderen haben die Patientenorganisationen Einsitz in die Qualitätskommission. Dies ist ein erster Schritt hin zu mehr Partizipation der Patientinnen und Patienten auf allen Ebenen. Der grosse Rückstand der Schweiz im Vergleich zu den anderen OECD-Staaten wird sich jedoch nicht so schnell schliessen lassen. Dafür müssten deutlich mehr Anstrengungen erfolgen.

Eine grosse Herausforderung besteht beispielsweise beim Einbezug von Patientinnen und Patienten (vgl. key finding Nr.4; Auraaen et al. 2020, p. 6). Patientinnen und Patienten sollten bereits in der Konzeption, bei der Umsetzung und bei der Ausführung der Überwachungsfunktionen einbezogen werden. Dies ist im heutigen System nicht möglich, da sowohl der Bund als auch die einzelnen Kantone damit überfordert wären und auch im Rahmen von der geplanten Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern so etwas kaum vorgesehen sein dürfte. Eine nationale Akkreditierungsbehörde könnte diese Forderung jedoch vermutlich ohne grössere Schwierigkeiten umsetzen.

Vom Grundsatz her sollten die proaktive und die reaktiven Mechanismen in Bezug auf die Patientensicherheit aufeinander abgestimmt und komplementär sein (Auraaen et al. 2020, p. 18). Dies ist aktuell im schweizerischen System nicht möglich, da die übergeordnete Steuerung fehlt. Die fünf grundlegenden Säulen, welche die Autoren des OECD-Berichts vorschlagen, umfassen die Transparenz, Rechenschaftspflicht (*accountability*), Partizipation, Integrität und fachliche Kompetenz (vgl. TAPIC framework; Auraaen et al. 2020, p. 20f).

Zusätzlich zu den nur minimal ausgebildeten Strukturen in der Schweiz kommt eine grosse Trägheit der Akteure hinzu. Angenommen, eine wissenschaftliche Studie kommt zum Schluss,

dass durch die Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateur<sup>76</sup> die Sterblichkeit für bestimmte Eingriffe deutlich gesenkt werden kann. Heute muss diese neue Vorgabe im Prinzip über die kantonalen Spitallisten umgesetzt und kontrolliert werden. Aufgrund der langen Planungszyklen und Periodizitäten der Spitallisten-Gesamterneuerungen inklusive allfälliger Gerichtsverfahren mit aufschiebender Wirkung kann es fünf oder mehr Jahre dauern, bis eine solche Vorgabe in einem grossen Teil der Kantone umgesetzt wird. Durch diese Trägheit verzeichnet die Schweiz unter Umständen über mehrere Jahre hinweg eine höhere Sterblichkeit als andere Länder, die solche Vorgaben rascher umsetzen können.

## 7.2 Herausforderungen, Risiken und Chancen einer nationalen Akkreditierung für Spitäler

Der Vergleich des australischen Modells für die Akkreditierung von Spitätern und der Akkreditierung von Hochschulen in der Schweiz (Kapitel 4.4) hat aufgezeigt, dass es bezüglich der Governance und Unabhängigkeit sowie bezüglich der Massnahmen und des Aspekts der kontinuierlichen Verbesserung grössere Unterschiede gibt (vgl. Tabelle 6, S. 38f). Während bei einer Hochschule die Risiken für Beschäftigte und Nutzende vermutlich überschaubar sind, sieht es bei Spitalbetrieben bekanntlich anders aus. Die höheren Risiken legen ein konsequentes und zielgerichtetes Vorgehen nahe, das sich auch nicht von einschneidenden Massnahmen scheut. Dafür braucht es eine grosse Unabhängigkeit der Instanzen, welche die Standards festlegen und überprüfen. Der Aspekt der kontinuierlichen Verbesserung ist zentral. Die Standards sollten darauf Bezug nehmen und eine fortlaufende Qualitätsentwicklung zum Ziel haben. Dies ist im australischen Modell besser gelöst.

Würde ein Akkreditierungsprogramm für Spitäler in der Schweiz umgesetzt werden, hätte das Vor- und Nachteile für die Spitäler. Einerseits könnte eine Harmonisierung der vielfältigen Anforderungen im Qualitätsbereich eine gewisse Klärung bringen. Widersprüche, etwa zwischen Spitallistenanforderungen und Tarifregelungen, könnten aufgelöst werden. Mit den beauftragten Akkreditierungs-Agenturen kommen Fachleute in den Betrieb, mit denen auf Augenhöhe diskutiert werden kann. Die Ergebnisse wären transparent, der Anreiz, zu den Besten zu gehören, könnte Ressourcen mobilisieren helfen.

Nachteile könnten den Spitalern durch einen zusätzlichen Aufwand entstehen, da Audits und andere Prüfungen bzw. Nachweise aufwändig sein können. Der damit verbundene Ressourcenaufwand könnte besonders für kleinere Betriebe signifikant sein und eine zusätzliche Belastung für bestimmte Schlüsselpersonen darstellen. Ebenso besteht eine Herausforderung darin, dass bei den Fachpersonen Vertrauen geschaffen werden muss.

Ein nicht zu unterschätzendes Risiko bei einem nationalen Akkreditierungsprogramm ist ein Vertrauensverlust durch die Spitäler und die Fachpersonen. Dieser könnte durch eine ungenügende Kommunikation, einer nicht konsequent praktizierten Partizipation durch die Fachgesellschaften sowie Mängeln bei den Standards und/oder den Prüfprozessen entstehen.

Ein nationales Akkreditierungsprogramm würde sich unter anderem auch auf die Aufgaben und Aktivitäten der Kantone auswirken. Einerseits könnte die gesundheitspolizeiliche Aufsicht, insbesondere die Erteilung oder der Entzug von Betriebsbewilligungen, auf die Akkreditierung von Spitalern abgestützt werden. Andererseits könnten die Spitallistenverfahren vereinfacht

---

<sup>76</sup> Derzeit kennen nur wenige Kantone solche Vorgaben pro Operateur, z.B. ZH. Dies erfordert zusätzliche Datenerhebungen, die derzeit von den Kantonen in eigener Kraft implementiert werden müssen.

werden. Anstatt lange Kataloge von Struktur- und Prozessanforderungen zu definieren und zu kontrollieren könnten die Kantone sich auf die Planungs- und Steuerungsaufgaben sowie allenfalls einzelne, gezielte Vorgaben (z.B. Mindestfallzahlen) konzentrieren.

Dem Vorwurf der übertriebenen und teuren „Technokratie“ könnte begegnet werden, indem alle Vorgaben einen klaren Nutzen aufweisen müssten und dies regelmässig überprüft würde. Der administrative Aufwand im Sinne der „Regulierungskosten“ wäre vermutlich gegenüber heute dennoch erhöht. Dies obschon die Kantone bei einzelnen Aufgaben entlastet werden könnten. Es ist jedoch undenkbar, dass man im Spitalbereich eine wirksame Qualitätssicherung ohne zusätzlichen Aufwand etablieren kann. Dem stehen der Patientennutzen durch eine höhere Sicherheit und Qualität sowie Kosteneinsparungen durch vermiedene Komplikationen sowie Rehospitalisationen gegenüber.

Die Rolle der GDK wäre zu klären. Als koordinierende Instanz und Ansprechstelle der Bundesbehörden und einer unabhängigen Qualitätsinstitution wäre sie prädestiniert, die Kantone bei der Umsetzung von neuen Prozessen und Regulierungsinstrumenten zu unterstützen und mit Leitlinien und Empfehlungen den „Weg freizumachen“ für eine neue Praxis im Bereich der gesundheitspolizeilichen Aufsicht der Spitäler sowie der Versorgungsplanung und der Spitallisten.

Im nun folgenden Kapitel werden aus diesen Betrachtungen drei Empfehlungen formuliert.



## 8 Empfehlungen

### 8.1 Institutionalisierung eines nationalen Akkreditierungsprogramms

Mit der Einsetzung einer eidgenössischen Qualitätskommission durch den Bundesrat im kommenden Jahr könnte im Idealfall dem Mangel an *Leadership* im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der Schweiz ein Stück weit begegnet werden. In einer ersten Phase wird die Kommission vermutlich eine eher beratende Funktion wahrnehmen und die vorhandenen Mittel zur Entwicklung von neuen Indikatoren und einem Monitoring im Bereich Patientensicherheit investieren.

In einem nächsten Schritt könnte dann die Kommission als eine Art „Verwaltungsrat“ fungieren, d.h. sie würde als politisches Steuergremium eine Behörde führen, die für die Spitäler verbindliche Standards entwickelt und ein Akkreditierungsprogramm aufbaut. Diese Behörde würde die Akkreditierungsagenturen überwachen und eine Liste der akkreditierten Spitäler führen. Ein solches System wäre analog des Akkreditierungsprogramms der Spitäler in Australien aufgebaut. Dieses hat – im Gegensatz zum Modell der Hochschulen in der Schweiz – den Vorteil, dass die Governance mit der Trennung von strategischer Führung und operativer Leitung verbessert ist. Die Kantone behalten ihre Autonomie in Bezug auf die Erstellung der Spitallisten, können diese aber auf die Akkreditierung abstützen und sparen so Ressourcen, während eine Vergleichbarkeit der Anforderungen schweizweit gegeben ist. Abbildung 3 zeigt diese Empfehlung in einer schematischen Darstellung.

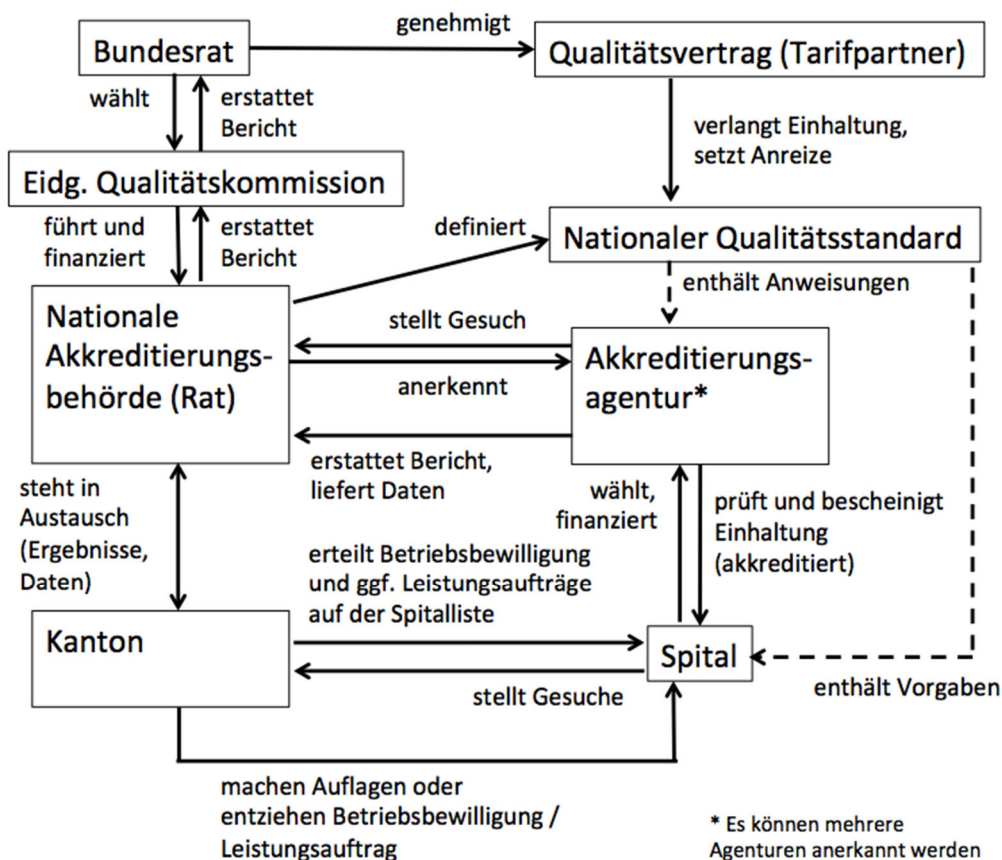


Abbildung 3: Übersicht Instanzen und Prozesse bei einer möglichen Akkreditierung der Spitäler in der Schweiz (eigene Darstellung)

## 8.2 Einführung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

In Deutschland übernimmt ein von den Ärztesgesellschaften, den Krankenversicherungen und den Spitälern getragener „Gemeinsamer Bundesausschuss<sup>77</sup>“ (G-BA, gegründet 2004) eine zentrale Rolle in der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Unter anderem finanziert der G-BA seit 2015 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)<sup>78</sup>. Im Auftrag des G-BA entwickelt das Institut Qualitätssicherungsverfahren und beteiligt sich an deren Durchführung. Unter anderem definiert das deutsche Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die Aufgaben des IQTIG in der qualitätsorientierten Steuerung des Gesundheitswesens<sup>79</sup>.

Für die Kantone von grosser Bedeutung in Bezug auf die Versorgungsplanung und Erstellung von Spitallisten ist die Unterscheidung von nicht-planungsrelevanten und planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

Der G-BA hat in einer Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Indikatoren und Berechnungsregeln definiert. Seit 2017 liefern die Krankenhäuser quartalsweise Daten für insgesamt elf planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den Bereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie. Weitere Bereiche sind in Vorbereitung. Dazu wird in einem Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargelegt, welche Qualitätsaspekte sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und wie entsprechende Indikatoren und Indikatorensets entwickelt werden können. Zudem wird geprüft und evaluiert, wie eine Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets allgemein zum Verfahrenszweck der Spitalplanung und im Speziellen zu Leistungspaketen, Grundversorgungsleistungen oder auch Querschnittsthemen erfolgen kann. Darüber hinaus werden Unterschiede in der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren zum Zweck der Krankenhausplanung im Vergleich zur Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren für qualitätsfördernde Massnahmen aufgezeigt (IQTIG 2018, p. 66).

Es empfiehlt sich, in der Schweiz einen ähnlichen Weg einzuschlagen. Die eidgenössische Qualitätskommission sollte Mittel dafür einsetzen, damit die Kantone mittelfristig eine auf die Planungsaufgaben zugeschnittene Datenbasis erhalten.

## 8.3 Verbesserung des Public Reporting

Die öffentlich zugänglichen Spitalvergleiche in der Schweiz sind relativ schwer verständlich. Beispielsweise werden auf der Plattform des Verbands der Schweizer Spitäler (Hplus) standortbezogene Qualitätsindikatoren pro Jahr aufgelistet. Jedoch fehlt eine Angabe über die Bedeutung der Zahlen und Farben (vgl. Abbildung 4). Ein Spitalvergleich kann zwar erstellt werden, es braucht jedoch einige „Klicks“ bis man ein Resultat hat.

Eine andere Plattform bietet der Verein für nationale Qualitätsmessungen ANQ. Auf seiner Website veröffentlicht dieser Verein jährlich einen Vergleichsbericht. Darin kann man Grafiken finden, die das Spital im Vergleich zu den anderen Spitälern darstellt. Der Zugang ist für jemanden mit wenig medizinischem Vorwissen eindeutig erschwert. Es gibt keine einfachen

---

<sup>77</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss: <https://www.g-ba.de>

<sup>78</sup> Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG: <https://iqtig.org/>

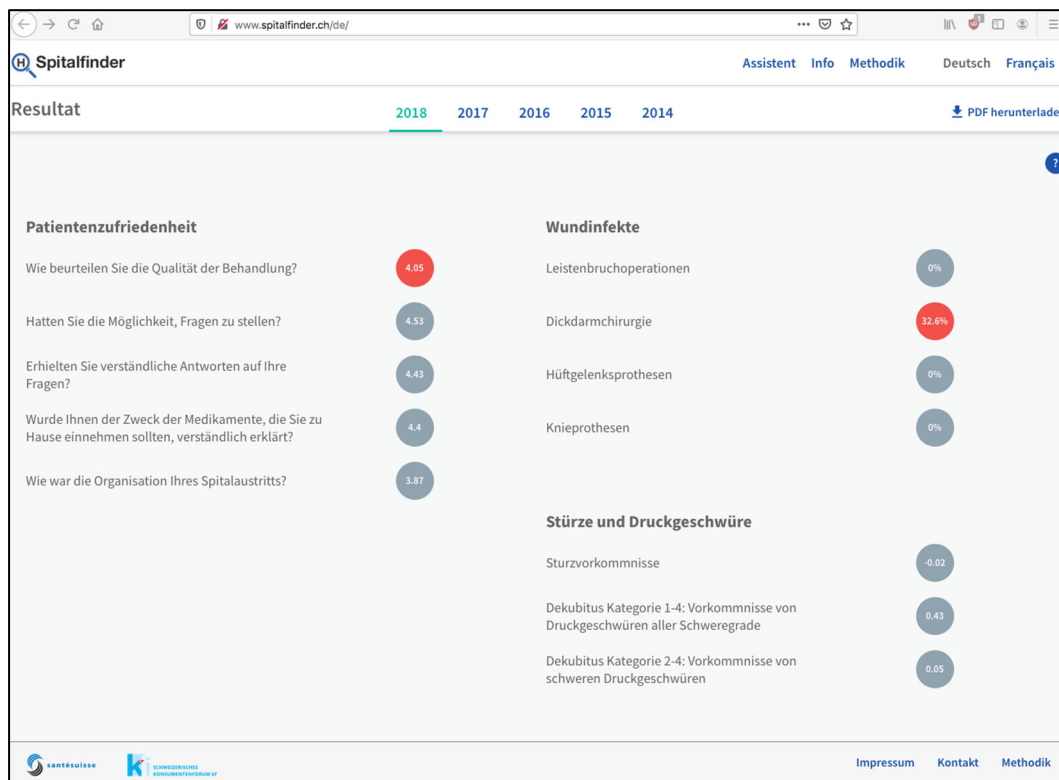
<sup>79</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20.

Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

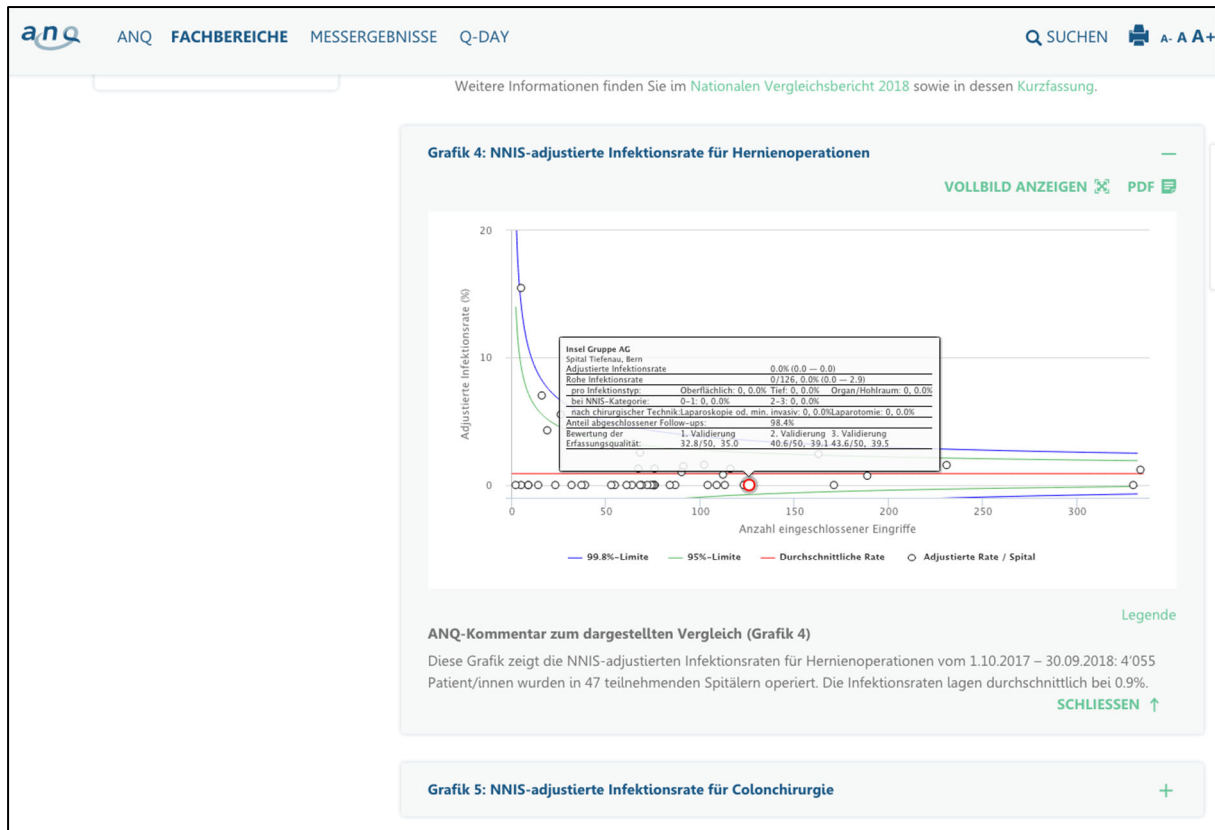
Vergleichsmöglichkeiten und keine mehrjährige Perspektive. Eine Übersicht über alle Indikatoren für einen spezifischen Spitalstandort fehlt ganz (vgl. Abbildung 5).

Im Vergleich zu anderen Ländern ist es in der Schweiz für interessierte Laien, Patientinnen und Patienten so wie ihre Angehörigen praktisch unmöglich, sich ein Bild über die Qualität eines Spitals zu verschaffen. Damit wird de facto der vielbeschworene Qualitätswettbewerb systematisch verunmöglicht. Durch die in der Öffentlichkeit nur schwer zugänglichen Resultate sinkt der Druck auf die Spitäler, in Bezug auf ihre Behandlungsqualität aktiv zu werden und die Qualitätsentwicklung voranzutreiben.

**Abbildung 4:** Beispiel mit standortbezogenen Qualitätsindikatoren im Bereich Akutsomatik für ein

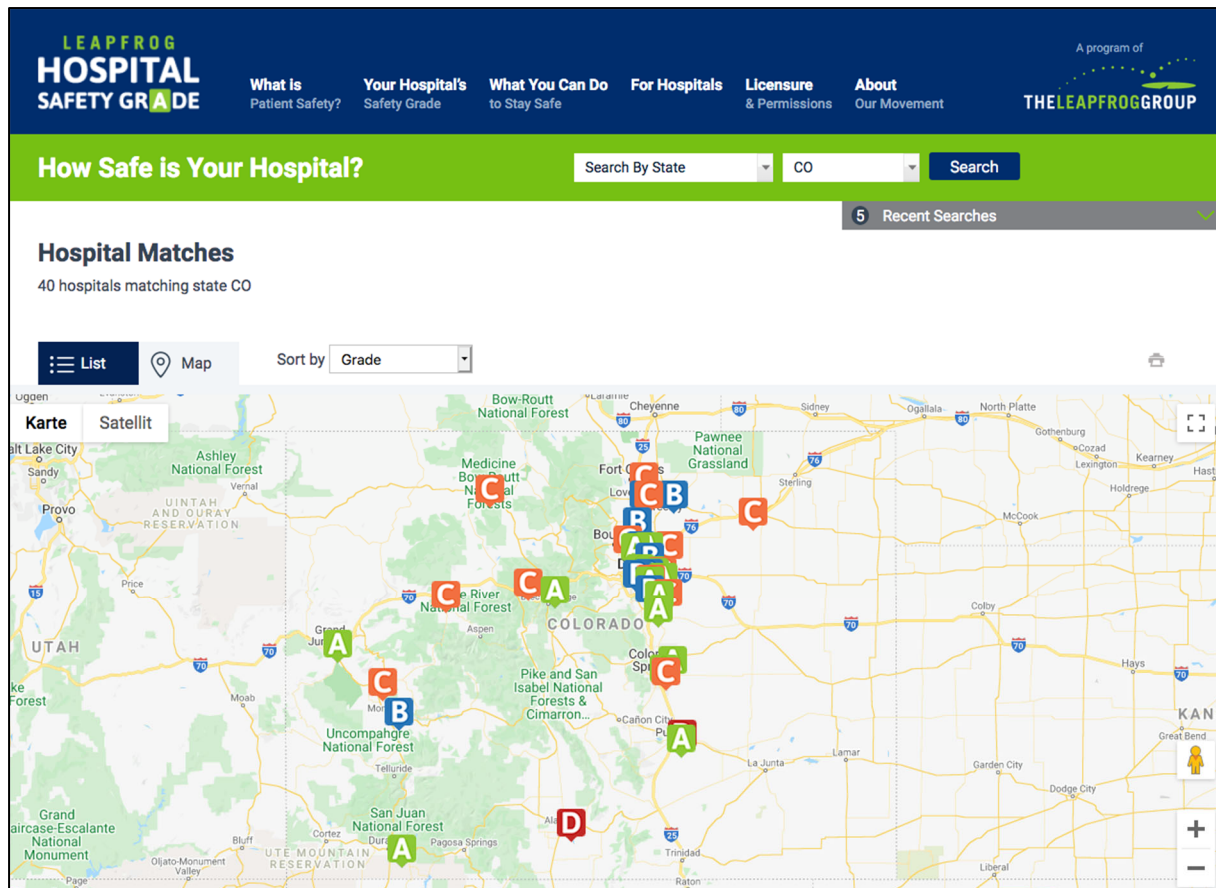


ausgewähltes Spital im Kanton Bern (Quelle: www.spitalfinder.ch)



**Abbildung 5:** Beispiel mit Standortvergleich im Bereich Akutsomatik, NNIS-adjustierte Infektionsrate für Hernienoperationen (Quelle: www.anq.ch)

Viel besser gestaltet ist diesbezüglich das Public Reporting der Spitalqualität in den USA. Die Leapfrog Group beispielsweise veröffentlicht eine Karte mit allen Spitälern und teilt diese in einfache Kategorien ein (vgl. Abbildung 6). Diese „Sicherheitsgrade“ (safety grades) sind allgemeinverständlich (A-D) und auch mit einem Farbcode (grün-blau-orange-rot) versehen. Wer es genauer wissen will, kann sich die einzelnen Bereiche und Indikatoren auf der Detailseite anzeigen lassen. Dabei ist auch beschrieben, worum es beim jeweiligen Standard oder Indikator geht. Man braucht keine medizinische Grundausbildung und muss sich auch nicht durch schwer verständliche Messprotokolle durchlesen.



**Abbildung 6:** Einfache Kategorisierung der Spitäler („safety grade“) aufgrund der Prüfergebnisse und Darstellung auf Karte (Quelle: <https://www.hospitalsafetygrade.org/>)

Die Eidgenössische Qualitätskommission sollte für die Schweiz eine geeignete, unabhängige Institution damit beauftragen, eine einfach zugängliche und informative Website mit aussagekräftigen Spitalvergleichen zu konzipieren und zu betreiben. In einem ersten Schritt könnten so die vorhandenen Qualitätsmessungen besser aufbereitet werden als heute. In einem zweiten Schritt sollten auf dieser Website die Ergebnisse der nationalen Akkreditierung so transparent wie möglich veröffentlicht werden.

In einem abschliessenden Kapitel werden nun einige Schlussfolgerungen in Bezug auf die weiter oben gestellten Forschungsfragen präsentiert.

## 9 Schlussfolgerungen

Die Arbeit hatte zum Ziel, eine nationale Akkreditierung der Spitäler in der Schweiz als Vorschlag zur Stärkung der gesundheitspolizeilichen Aufsicht und der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung zu untersuchen. Dabei wurde unter anderem das australische Akkreditierungsprogramm genauer analysiert, um abzuschätzen ob in der Schweiz ein ähnliches Modell ebenfalls funktionieren könnte. Australien hat von den föderalistischen Strukturen und der Gesundheits- und Krankenversicherungsgesetzgebung ähnliche Voraussetzungen wie die Schweiz.

Im folgenden wird abschliessend auf die fünf Forschungsfragen eingegangen, die für diese Untersuchung leitend waren (vgl. Kapitel 3.7):

Welche Unterschiede bestehen zwischen dem in der Schweiz implementierten System der Akkreditierung von Hochschulen und der Akkreditierung von Spitälern in Australien (Vergleich zweier „Modelle“)?

Eine nationale Akkreditierung für Spitäler und Kliniken in der Schweiz scheint analog der bereits bestehenden Akkreditierung von Hochschulen möglich, ohne die vorhandenen gesetzlichen Grundlagen substantiell zu verändern. Auf der nationalen Ebene wäre zu prüfen, ob das KVG mit der aktuellsten Revision eine ausreichende Grundlage für ein Akkreditierungsprogramm bietet. Um den Nutzen für die Kantone zu optimieren, bräuchte es vermutlich einige Änderungen in den kantonalen Gesetzgebungen, beispielsweise im Bereich Betriebsbewilligungen.

Der Vergleich der Akkreditierungsprogramme zeigt jedoch, dass in Bezug auf die „Governance“ im Fall einer nationalen Akkreditierung für Spitäler – auch aufgrund der für die Patientinnen und Patienten deutlich gravierenderen Konsequenzen – gegenüber den Hochschulen eine gewisse Optimierung möglich und angezeigt wäre (vgl. Empfehlung in Kapitel 8.1).

Welche Eigenschaften eines Akkreditierungsprogramms sind in Bezug auf die Regulierung von Spitälern mittels Akkreditierung besonders wichtig?

Eine nationale Institution, welche mit einer möglichst grossen Unabhängigkeit ausgestattet ist, bietet die Chance, kontinuierlich neueste Erkenntnisse in die Standards und Prozesse aufzunehmen. Es würde so auch eine Angleichung an andere, mit der Schweiz vergleichbare Staaten stattfinden. Das Feld der Medizin ist heute hoch komplex und verlangt eine hohe Expertise und multidisziplinäre Zusammenarbeit. Gerade auch der Bereich der Patientensicherheit kann von einem kleinen Land wie der Schweiz nicht im Alleingang bearbeitet werden. Die fachliche und internationale Abstützung ist für die Akzeptanz zentral.

Eine unabhängige, mit Expertinnen und Experten dotierte Behörde, welche Qualitätsstandards definiert und die Akkreditierungen verantwortet müsste insbesondere auch dazu beitragen, den aktuellen „Flickenteppich“ der Schweiz in Bezug auf die Qualitätsentwicklung zu korrigieren. Durch eine fachlich kompetente und transparente Kommunikation und Information würde das Vertrauen von Bevölkerung und Fachpersonen in das Schweizer Spitalwesen wesentlich gestärkt.

Welche Vor- und Nachteile würden sich aus der Umsetzung eines an das australische System angelehnten Akkreditierungsprogramms für Spitäler in der Schweiz gegenüber dem Status Quo ergeben?

Für die Leistungserbringer würde eine Akkreditierung einige Vorteile mit sich bringen. Einerseits stellt sie sicher, dass sich alle Spitäler an die selben Vorgaben halten müssen. Dies erhöht die Vergleichbarkeit z.B. der Kosten pro Behandlung. Andererseits reduziert sie die Vielfalt der regulatorischen Anforderungen, mit denen sich die Spitäler konfrontiert sehen, und schafft klare Verhältnisse, wer wofür zuständig ist.

Wie würde sich die heutige gesundheitspolizeiliche Aufsicht über Spitäler durch die Kantone durch ein solches Akkreditierungsprogramm verändern?

Die Akkreditierung erleichtert und stärkt grundsätzlich die gesundheitspolizeiliche Aufsicht der Kantone. Während heute die Kantone meist nur reaktiv auf Aufsichtsbeschwerden oder Vorkommnisse reagieren, könnten sie mit Hilfe der detaillierten Akkreditierungsergebnisse gezielter auf Qualitätsmängel reagieren und ihre Aufsicht proaktiver wahrnehmen. Die Zusammenarbeit mit einer nationalen Behörde, die für alle Qualitätsfragen auch die nötigen Kompetenzen mitbringt, ist eine Bereicherung für die kantonalen Fachleute und Entscheidungsträger/innen.

Die Kantone könnten sich bei einigen ihren Tätigkeiten direkt auf die Akkreditierung abstützen. Dies einerseits bei der Erteilung von Betriebsbewilligungen (Akkreditierung oder äquivalente Nachweise) und andererseits bei der Erstellung der Spitallisten. Wenn sich ein akkreditiertes Spital für einen bestimmten Leistungsauftrag bewirbt, kann der Kanton den Leistungsauftrag erteilen, sofern der Bedarf der Bevölkerung vorhanden und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gegeben ist. Er kann zudem einzelne planungsrelevante Qualitätsindikatoren (vgl. Empfehlung Kapitel 8.2) oder auch Kriterien wie Mindestfallzahlen in die Abwägungen mit einbeziehen, ohne jedoch die grundlegenden Qualitätsdimensionen selber prüfen zu müssen.

Welches sind mögliche Erfolgsfaktoren und Hindernisse für die Umsetzung eines nationalen Akkreditierungssystems aus Sicht der Experten aus dem Spitalbereich (Regulierungsbehörden, Kostenträger, Spitäler, Patientenorganisationen) ?

Die wichtigsten Erfolgsfaktoren sind (1) eine Trennung von politischem Steuerungsgremium und Expertenorganisation zur Definition der Standards, (2) die Schaffung von Akzeptanz bei den Spitalern und Fachpersonen durch Klärung und Harmonisierung der unüberschaubaren Vielfalt von Qualitätsanforderungen, (3) die Entwicklung eines Sets von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Unterstützung der Spitallistenentscheide in den Kantonen und (4) eine möglichst grosse Transparenz für die Öffentlichkeit, was die Ergebnisse der Akkreditierung anbelangt (vgl. Empfehlung Kapitel 8.3).

## 10 Referenzen

- Auraaen, A., Saar, K., & Klaazinga, N. (2020). *System governance towards improved patient safety* [Key functions, approaches and pathways to implementation] (Key functions, approaches and pathways to implementation). Paris. OECD.
- BAG. (2009). *Qualitätsstrategie des bundes im schweizerischen gesundheitswesen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Barthélémy, I., Rocheleau, L., Vaillancourt, R., & Bussièrès, J. -F. (2012). Étude observationnelle comparative des systèmes d'agrément en Amérique du Nord et en Europe. *CJHP the Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 65(4), 308-316.
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., . . . Lancaster, J. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: A blinded, random, stratified study. *Quality & Safety in Health Care*, 19(1), 14-21.
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: The challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15, 280.
- Daucourt, V., & Michel, P. (2003). Results of the first 100 accreditation procedures in France. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 15(6), 463-71.
- Desveaux, L., Mitchell, J. I., Shaw, J., & Ivers, N. M. (2017). Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(7), 941-947.
- Elliott, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C. J., & Slocum, N. (2006). *Leitfaden partizipativer verfahren. Ein handbuch für die praxis*. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften. Retrieved from WorldCat: [http://hw.oeaw.ac.at/?arp=ita/ebooks/Leitfaden\\_pTA\\_DE\\_Feb06.pdf](http://hw.oeaw.ac.at/?arp=ita/ebooks/Leitfaden_pTA_DE_Feb06.pdf)
- Franklin, K. K., & Hart, J. K. (2007). Idea generation and exploration: Benefits and limitations of the policy delphi research method. *Innov High Educ Innovative Higher Education*, 31(4), 237-246.
- Furnival, J., Walshe, K., & Boaden, R. (2017). Emerging hybridity: Comparing UK healthcare regulatory arrangements. *Journal of Health Organization and Management*, 31(4), 517-528.
- GDK. (2018a). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung*. Bern: GDK. Retrieved from [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM\\_Spitalplanung\\_totalrevidiert\\_20180525\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf).
- GDK. (2018b). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung*. Bern: GDK. Retrieved from [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM\\_Spitalplanung\\_totalrevidiert\\_20180525\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf).



- Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(3), 172-83.
- Greenfield, D., Debono, D., Hogden, A., Hinchcliff, R., Mumford, V., Pawsey, M., . . . Braithwaite, J. (2015). Examining challenges to reliability of health service accreditation during a period of healthcare reform in australia. *Journal of Health Organization and Management*, 29(7), 912-24.
- Greenfield, D., Hinchcliff, R., Hogden, A., Mumford, V., Debono, D., Pawsey, M., . . . Braithwaite, J. (2016). A hybrid health service accreditation program model incorporating mandated standards and continuous improvement: Interview study of multiple stakeholders in australian health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(3), 116-30.
- Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Lawrence, S. A. (2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: Lessons from an australian study. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(4), 372-7.
- Halfon, P., Staines, A., & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: A retrospective medical records review in a swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(4), 527-53.
- Hinchcliff, R., Greenfield, D., Moldovan, M., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Mumford, V., & Braithwaite, J. (2012). Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Quality & Safety*, 21(12), 979-91.
- Hinchcliff, R., Greenfield, D., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Mumford, V., & Braithwaite, J. (2013a). Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: A qualitative study of enabling factors. *BMC Health Services Research*, 13, 437.
- Hinchcliff, R., Greenfield, D., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Mumford, V., & Braithwaite, J. (2013b). Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: A qualitative study of enabling factors. *BMC Health Services Research*, 13, 437.
- Hort, K., Djasri, H., & Utarinin, A. (2013). *Regulating the quality of health care: Lessons from hospital accreditation in australia and indonesia*. Melbourne: University of Melbourne.
- IQTIG. (2018). *Planungsrelevante qualitätsindikatoren. Konzept zur neu- und weiterentwicklung. Abschlussbericht*. Berlin: IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.
- Mumford, V., Forde, K., Greenfield, D., Hinchcliff, R., & Braithwaite, J. (2013). Health services accreditation: What is the evidence that the benefits justify the costs? *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(5), 606-20.
- Nowack, M., Endrikat, J., & Guenther, E. (2011). Review of delphi-based scenario studies: Quality and design considerations. *TFS Technological Forecasting & Social Change*, 78(9), 1603-1615.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Quentin, W. (2015). *Switzerland. Health system review*. Copenhagen: WHO. Retrieved from

<https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/switzerland-hit-2015>

- Pomey, M. P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A. P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on canadian healthcare organizations. *Implementation Science : IS*, 5, 31.
- Scrivens, E. (1996). A taxonomy of the dimensions of accreditation systems. *Social Policy and Administration*, 30(2), 114-124.
- Scrivens, E. (2002). Accreditation and the regulation of quality in health services. In R. B. Saltman, R. Busse, & E. Mossialos (Eds.), *European Observatory on Health Care Systems: Regulating entrepreneurial behaviour in european health care systems* (pp. 91-105). Buckingham (UK); Philadelphia: Open University Press.
- Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: Do they explain differences in quality management in european hospitals? *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22(6), 445-51.
- Shaw, C. D., Kutryba, B., Braithwaite, J., Bedlicki, M., & Warunek, A. (2010). Sustainable healthcare accreditation: Messages from europe in 2009. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22(5), 341-50.
- Slocum, N. (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur (Delphi)*. Bruxelles: Fondation Roi Boudouin.
- Soziale Sicherheit. Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht. (2015). *Soziale Sicherheit. Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Vincent, C., & Staines, A. (2019). *Enhancing the quality and safety of swiss healthcare*. Bern: Federal Office of Public Health.
- Waring, J., Allen, D., Braithwaite, J., & Sandall, J. (2016). Healthcare quality and safety: A review of policy, practice and research. *Sociology of Health & Illness*, 38(2), 198-215.

## Anhang

**Tabelle I:** Übersicht über die kantonalen gesetzlichen Grundlagen für Betriebsbewilligungen für Spitäler in der Schweiz nach Kanton

<b>Kanton</b>	<b>Gesetz / Verordnung / Reglement / Weisung</b>	<b>Artikel</b>
AG	Spitalgesetz vom 25. Februar 2003 (331.200)	8a
AI	Gesundheitsgesetz vom 26. April 1998 (800.000); Standeskommissionsbeschluss betreffend Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vom 17. April 2007 (810.251)	26; 5
AR	Gesundheitsgesetz vom 25.11.2007 (811.181)	49-50
BE	Spitalversorgungsgesetz vom 13.6.2013 (BSG 812.11); Spitalversorgungsverordnung vom 23.10.2013 (BSG 812.112)	119-120; 41-45
BL	Gesundheitsgesetz vom 21. Februar 2008 (901)	36-38
BS	Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (300.100)	36-37
FR	Gesundheitsgesetz vom 16.11.1999 (821.0.1)	100-103
GE	Loi sur la santé du 7 avril 2006 (K 1 03)	101
GL	Gesetz über das Gesundheitswesen vom 6.5.2007 (VIII A1/1)	23-24
GR	Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden vom 2. September 2016 (500.000)	17-20
JU	Loi sur les établissements hospitaliers du 28 juin 2011; ordonnance sur les établissements hospitaliers du 20 mars 2012 (810.11, 810.11.1)	19-21; 3- 15
LU	Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 (800)	38
NE	Loi de santé du 6 février 1995; Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions du 21 août 2002 (800.100.01)	79; 45- 56
NW	Gesetz zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit (Gesundheitsgesetz) vom 30.5.2007 (711.1)	38-41
OW	Gesundheitsgesetz vom 3.12.2015 (GDB 810.1)	45-47
SG	Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 (311.1); Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege vom 21. Juni 2011 (325.11)	51; 7-9
SH	Spitalgesetz vom 22. November 2004 (813.100)	3
SO	Gesundheitsgesetz vom 27. Januar 1999 (811.11); Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1999 (811.12)	48; 78
SZ	Spitalgesetz vom 19.11.2014 (574.110)	4
TG	Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 3. Dezember 2014 (810.1); Verordnung des Regierungsrates über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens vom 25. August 2015 (811.121)	24; 44
TI	Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989 (801.100)	80
UR	Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008 (30.2111); Reglement über die Berufe und Organisationen im Gesundheitswesen vom 9. Dezember 2008 (30.2117)	40; 26- 27
VD	Loi sur la santé publique du 29 mai 1985 (800.01); Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud du 26 janvier 2011 (810.03.1)	145- 149b; 4- 10
VS	Loi sur la santé du 14.2.2008 (800.1); Ordonnance sur les autorisations d'exploiter un établissement ou une institution sanitaire du 26.3.1997 (810.12); Directives du département de la santé, des affaires sociales et de la culture concernant l'autorisation d'exploiter un établissement hospitalier du novembre 2014	86-89; 3- 5
ZG	Gesetz über das Gesundheitswesen im Zug vom 30.10.2008 (821.1)	26-27
ZH	Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (810.1)	35-36

Tabelle II: Morphologischer Kasten für die empirische Untersuchung (Fragebogen, Interviews)

#	Dimension	Mögliche Ausprägungen			
1	Ausmass der staatlichen Interventionen (vgl. Scrivens 2002; Hort et al. 2013)	Keine Rolle des Staates	Pflicht, Staat überlässt Akkreditierung privaten Akteuren	Staat übernimmt gewisse Funktionen (z.B. Einsetzen und Finanzieren einer Akkreditierungskommission)	Staat übernimmt meiste Funktionen, inkl. Standard-Definition, Aufsicht über die Akkreditierungsstellen usw.
2	Unabhängigkeit der regulierenden Agentur / Behörde (vgl. Hort et al. 2013)	Abhängig von den Spitalern (Selbstregulation)		Weitgehend unabhängig vom Staat und den Kostenträgern (Staat, Krankenversicherungen)	Staatliche Behörde, aus Steuermitteln finanziert (Aufsichtsbehörde)
3	Freiwillige oder obligatorische Akkreditierung (vgl. Scrivens 1996, 2002; Hort et al. 2013)	Freiwillige Teilnahme			Obligatorische Teilnahme
4	Reichweite der Akkreditierung (vgl. Scrivens 2002)	Teile des Spitals, z.B. einzelne Kliniken / Abteilungen innerhalb des Spitals		Ganzes Spital (Standort)	Ganze Spitalgruppe (Standortübergreifend)
5	Fokus der Standardisierung / des Assessments (vgl. Scrivens 2002)	Strukturen		Prozesse	Ergebnisse (Outcomes)
6	Minimalstandards vs. Optimum (vgl. Scrivens 1996, 2002)	reine Minimalstandards (Inspektion mit Ja/Nein-Prüfung)			vergleichende Einschätzung in Bezug auf das Optimum
7	Vertraulichkeit oder Transparenz im Sinne einer Veröffentlichung der Ergebnisse (vgl. Scrivens 1996, 2002; Hort et al. 2013)	Keine Veröffentlichung		Veröffentlichung eines Teils der Ergebnisse	Vollständig transparente Veröffentlichung
8	Möglichkeiten für Massnahmen, welche aus den Ergebnissen abgeleitet werden (vgl. Hort et al. 2013)	Keine Massnahmen	Empfehlungen	Auflagen	Sanktionen
9	Zentralisierte oder regionale Kontrolle (vgl. Scrivens 1996, 2002)	Vollständig regionalisierte / dezentrale Kontrolle		Teilweise zentralisierte Kontrolle	Zentralisierte Kontrolle
10	Ausmass, in welchem die Standards kontinuierliche Verbesserungen anregen	kein kontinuierlicher Verbesserungsprozess		Punktuelle Hinweise und Anregungen (Empfehlungen ohne bindenden Charakter)	Auf optimale Strukturen / Prozesse ausgerichtete kontinuierliche Verbesserung wird angestrebt

	(vgl. Hort et al. 2013)			
--	-------------------------	--	--	--

**Tabelle III: Fragebogen für Anspruchsgruppen (online Befragung)**

**Start**

Dieser Fragebogen ist Teil meiner Masterarbeit zum Thema „Nationale Akkreditierung von Spitälern“ im Rahmen meines Studiums am IDHEAP. Anlass meiner Arbeit ist die Beobachtung, dass die regulatorischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Spitäler in der Schweiz von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich sind. Die Spitäler müssen aktuell ganz unterschiedlichen Qualitätsanforderungen (insbesondere Standards für die Struktur- und Prozessqualität) Rechnung tragen. Diese stammen aus den kantonalen gesetzlichen Voraussetzungen für Betriebsbewilligungen, aus den unterschiedlichen Spitallisten-Regelungen (SPLG-Systematiken), aus den Tarifwerken (u.a. via CHOP-Katalog), sowie von freiwilligen Selbstregulierungen im Rahmen von Zertifizierungen.

Dies trägt zu den grossen Unterschieden in den Leistungen und Kostenstrukturen, aber auch bezüglich der Kontrolle und Aufsicht der Kantone bei. Ein nationales Akkreditierungsprogramm könnte dafür sorgen, dass die Spitäler vergleichbaren Vorgaben unterliegen und damit auch die Qualitätssicherung einheitlicher erfolgen würde. Eine solche Harmonisierung würde zudem die Vergleichbarkeit bezüglich der Leistungen und Kosten deutlich erhöhen. Gerade in der aktuellen Pandemie zeigt sich beispielsweise, dass die Unterschiede bezüglich Vorbereitungen und Vorhalteleistungen (z.B. Schutzmaterial) beträchtlich sind. Eine national einheitliche Überprüfung dieser und anderer Massnahmen (z.B. bei der Spitalhygiene) gibt es bisher nicht.

Verschiedene Länder kennen bereits solche nationalen Akkreditierungsprogramme für Spitäler und Kliniken. In meiner Arbeit interessiere ich mich unter anderem für die Übertragbarkeit solcher Programme auf die Schweiz. Akkreditierungsprogramme können unterschiedlich ausgestaltet werden, je nach Zielsetzung und politischen Strukturen. Für eine erste Einschätzung der Ausgestaltung und Akzeptanz eines möglichen Akkreditierungsprogramms durch die Anspruchsgruppen (Spitäler, Verbände, Krankenversicherungen, öffentliche Verwaltung, Patientenorganisationen) habe ich den vorliegenden Fragebogen erstellt.

Der folgende Fragebogen befasst sich mit einer möglichen Harmonisierung eines Teils dieser Standards mit Hilfe einer nationalen Akkreditierung von Spitälern. Eine solche Akkreditierung hätte zudem das Potenzial, einige der oben genannten Prozesse und Instrumente zu vereinfachen.

Die Bearbeitung dauert ca. 10-15 Minuten (12 Fragen). Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Mitwirkung bei meiner Forschungsarbeit!

-----

**Definition Akkreditierung**

Akkreditierung ist die öffentliche Anerkennung des Erreichens von Standards durch eine Akkreditierungsstelle mittels einer externen, unabhängigen Prüfung der Leistungsfähigkeit (Grad der Erreichung) einer Organisation in Bezug auf diese Standards.

**Definition Akkreditierungsprogramm**

Ein Akkreditierungsprogramm legt die für eine Akkreditierung notwendigen institutionellen Strukturen und Prozesse fest und erweitert den Prüfprozess hinsichtlich einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität. Es umfasst fünf Schlüsselemente: (1) Eine übergeordnete Steuerung, (2) einen Prozess der Standard-Definition, (3) einen Prozess der externen Evaluation des Einhaltens dieser Standards, (4) ein der Evaluation nachgelagerter Verbesserungsprozess und (5) die Förderung der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

Nr.	Frage	Antwortmöglichkeiten
1	In welchem Bereich sind Sie tätig?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spital / Gesundheitswesen / Verband</li> <li>• Öffentliche Verwaltung</li> <li>• Krankenversicherung</li> <li>• Andere (z.B. Hochschule, Patienten-Organisation)</li> </ul>

2	Welches Ausmass an staatlicher Intervention bei Akkreditierungsprogrammen für Spitäler halten Sie für angemessen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Rolle des Staates</li> <li>Gesetzliche Pflicht, Staat überlässt Akkreditierung mehrheitlich privaten Akteuren</li> <li>Staat übernimmt gewisse zentrale Funktionen (z.B. Einsetzen und Finanzieren einer Akkreditierungskommission)</li> <li>Staat übernimmt die meisten Funktionen, inkl. Standard-Definition, Aufsicht über Akkreditierungsstellen usw.</li> </ul>
3	Wie unabhängig soll die für die Akkreditierung zuständige Agentur / Behörde sein?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wenig, sie soll abhängig von den Spitälern sein (Selbstregulation)</li> <li>Viel, weitgehend unabhängig von den Spitälern und den Kostenträgern (Staat, Krankenversicherungen)</li> <li>Wenig, als staatliche Behörde aus Steuermitteln finanziert (Aufsichtsbehörde)</li> </ul>
4	Soll die Teilnahme die Akkreditierung für Spitäler obligatorisch oder freiwillig sein?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatorische Teilnahme</li> <li>Freiwillige Teilnahme</li> </ul>
5	Worauf soll sich die Akkreditierung beziehen (Reichweite)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teile des Spitals, z.B. einzelne Kliniken oder Abteilungen innerhalb des Spitals</li> <li>Ganzes Spital (Standort)</li> <li>Ganze Spitalgruppe (Standortübergreifend)</li> </ul>
6	Welchen Fokus / Schwerpunkt sollen die Anforderungen (Standards) haben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strukturen</li> <li>Prozesse</li> <li>Ergebnisse (Outcomes)</li> </ul>
7	Soll die Zielsetzung eher im Bereich der Minimalstandards oder eher bei der vergleichenden Einschätzung in Bezug auf ein Optimum liegen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Akkreditierung soll Minimalstandards prüfen.</li> <li>Die Akkreditierung soll die Abweichung von einem Optimum aufzeigen.</li> </ul>
8	Wie vertraulich sollen die Ergebnisse der Akkreditierung sein?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Veröffentlichung der Ergebnisse.</li> <li>Veröffentlichung eines Teils der Ergebnisse.</li> <li>Vollständig transparente Veröffentlichung.</li> </ul>
9	Welche Massnahmen sollen aus den Ergebnissen abgeleitet werden können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Massnahmen</li> <li>Empfehlungen</li> <li>Auflagen</li> <li>Sanktionen</li> </ul>
10	Wie regional oder zentralisiert soll die Kontrolle über die Spitäler in Bezug auf die Erfüllung von Standards erfolgen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vollständig regionalisierte / dezentrale Kontrolle</li> <li>Teilweise zentralisierte Kontrolle</li> <li>Zentralisierte Kontrolle</li> </ul>
11	In welchem Mass soll ein Akkreditierungsprogramm die kontinuierliche Verbesserung im Sinne einer Qualitätsentwicklung fördern?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Förderung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.</li> <li>Punktuelle Hinweise und Anregungen (Empfehlungen ohne bindenden Charakter)</li> <li>Auf optimale Strukturen / Prozesse ausgerichtete kontinuierliche Verbesserung wird angestrebt.</li> </ul>
12	Möchten Sie noch etwas erwähnen, was im Fragebogen nicht thematisiert wurde?	Freitext.

Tabelle IV: Interview-Leitfaden für Expertinnen / Experten

Anlass meiner Arbeit ist die Beobachtung, dass die regulatorischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Spitäler in der Schweiz von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich sind. Die Spitäler müssen aktuell ganz unterschiedlichen Qualitätsanforderungen (insbesondere Standards für die Struktur- und Prozessqualität) Rechnung tragen. Diese stammen aus den kantonalen gesetzlichen Voraussetzungen für Betriebsbewilligungen, aus den unterschiedlichen Spitalisten-Regelungen (SPLG-Systematiken), aus den Tarifwerken (u.a. via CHOP-Katalog), sowie von freiwilligen Selbstregulierungen im Rahmen von Zertifizierungen.

Dies trägt zu den grossen Unterschieden in den Leistungen und Kostenstrukturen, aber auch bezüglich der Kontrolle und Aufsicht der Kantone bei. Ein nationales Akkreditierungsprogramm könnte dafür sorgen, dass die Spitäler vergleichbaren Vorgaben unterliegen und damit auch die Qualitätssicherung einheitlicher erfolgen würde. Eine solche Harmonisierung würde zudem die Vergleichbarkeit bezüglich der Leistungen und Kosten deutlich erhöhen. Gerade in der aktuellen Pandemie zeigt sich beispielsweise, dass die Unterschiede bezüglich Vorbereitungen und Vorhalteleistungen (z.B. Schutzmaterial) beträchtlich sind. Eine national einheitliche Überprüfung dieser und anderer Massnahmen (z.B. bei der Spitalhygiene) gibt es bisher nicht.

Verschiedene Länder kennen bereits solche nationalen Akkreditierungsprogramme für Spitäler und Kliniken. In meiner Arbeit interessiere ich mich unter anderem für die Übertragbarkeit solcher Programme auf die Schweiz. Akkreditierungsprogramme können unterschiedlich ausgestaltet werden, je nach Zielsetzung und politischen Strukturen<sup>80</sup>. Für eine erste Einschätzung der Ausgestaltung und Akzeptanz eines möglichen Akkreditierungsprogramms durch die Anspruchsgruppen (Spitäler, Verbände, Krankenversicherungen, öffentliche Verwaltung, Patientenorganisationen) habe ich eine Online-Befragung durchgeführt.

Das Interview befasst sich mit einer möglichen Harmonisierung der Qualitätsanforderungen für Spitäler und Kliniken mit Hilfe einer nationalen Akkreditierung. Eine solche Akkreditierung hätte das Potenzial, einige der oben genannten Prozesse (z.B. bei Betriebsbewilligungen) und Instrumente (z.B. Spitalisten) zu vereinfachen.

## Interview-Fragen:

1	Es besteht aktuell eine unübersichtliche Vielfalt der Qualitätsanforderungen an Spitäler. Welchen Bedarf an einer Harmonisierung von Anforderungen und Standards sehen Sie?
2	Je nach Kanton sind die Rahmenbedingungen für Spitäler unterschiedlich (insb. gesundheitspolizeiliche Anforderungen und Spitalistenanforderungen). Es sollten gleich lange Spiesse für alle Spitäler geschaffen werden. Welche Massnahmen zur Harmonisierung würden Sie bevorzugen?
3	Wer soll die Entwicklung und Pflege der Anforderungen / Standards verantworten und koordinieren? Wie sind die Rollen von Bund, Kantonen und Dritten (z.B. eidgenössische Qualitätskommission, unabhängige Agenturen) voneinander abzugrenzen? Wie könnten die bestehenden Strukturen eingesetzt oder mit neuen Aufgaben versehen werden?
4	Wie kann eine möglichst grosse Akzeptanz bei den medizinischen Fachpersonen erzielt werden? Was müsste bei der Ausgestaltung / Implementierung unbedingt beachtet werden?
5	Wie transparent sollen die Ergebnisse der Prüfungen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Standards sein?
6	Wer soll die Einhaltung der Standards kontrollieren und gegebenenfalls Spitäler sanktionieren können?
7	Der Aufwand in den Spitälern (bzw. bei den Kantonen) sollte nicht zu gross sein, wo sehen Sie ein Einsparpotenzial?
8	Wie soll die Finanzierung für die Entwicklung und Pflege der Standards bzw. der Akkreditierungsbehörde ausgestaltet werden?
9	Was steht aus Ihrer Sicht einer nationalen Akkreditierung von Spitälern in der Schweiz entgegen? Weshalb?
10	Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, um eine nationale Akkreditierung von Spitälern als realistische Option in den politischen Diskurs aufnehmen zu können?

<sup>80</sup> In der Schweiz existiert bereits ein nationales Akkreditierungsprogramm für Hochschulen (<https://akkreditierungsrat.ch/>)



Tabelle V: Definitionen

Begriff	Definition (Quelle)
<b>Qualität</b>	<p>Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen a) die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und b) dem aktuellen Fachwissen entsprechen (Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen, BAG, 2009, S. 47<sup>81</sup>). Die Qualität der Leistungserbringung kann dabei nach den folgenden Zieldimensionen beurteilt werden: Die Leistungserbringung soll sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient sein und der Zugang zu den Leistungen soll für alle chancengleich erfolgen (Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen, BAG, 2009, S. 12).</p> <p>Vgl. dazu auch folgende Definition aus Deutschland:  „Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“<sup>82</sup></p>
<b>Patientensicherheit</b>	<p>Patientensicherheit zielt darauf ab, der Patientin oder dem Patienten keinen Schaden zuzufügen bzw. dafür zu sorgen, dass die Behandlung fehlerfrei erfolgt und keine vermeidbaren Schäden hervorruft (vgl. Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen, BAG, 2009, S. 47). Sie ist ein zentraler und prioritärer Teilaspekt der Qualität im Gesundheitswesen.</p>
<b>Qualitätsmanagement</b>	<p>Das Qualitätsmanagement umfasst alle betriebs-internen Bemühungen eines Leistungserbringers, die Service- und Behandlungsqualität zu optimieren sowie die Patientensicherheit zu garantieren (vgl. Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen, BAG, 2009, S. 47).</p>
<b>Qualitätssicherung</b>	<p>Qualitätssicherung bezieht sich auf die externe Überwachung von Leistungserbringern im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnis- und Indikationsqualität sowie der Patientensicherheit. Die Qualitätssicherung stützt sich häufig auf Vergleiche von Leistungserbringern ab, z.B. mit Qualitätsindikatoren.</p>
<b>Qualitätsentwicklung</b>	<p>Qualitätsentwicklung ist ein Organisationsentwicklungsprozess mit dem Ziel, die Bemühungen eines Leistungserbringers um eine bessere Qualität zu stärken und zu erweitern. Sie kann von internen oder externen Stellen angeregt und koordiniert werden.</p>
<b>Gesundheitspolizeiliche Aufsicht</b>	<p>Hoheitliche Aufgabe basierend auf einer gesetzlichen Grundlage, mit dem Ziel, die Sicherheit der Patientinnen und Patienten durch Überprüfung und Durchsetzung von Mindeststandards (bzgl. Räumlichkeiten, Fachpersonal, Hygiene, etc.) in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu gewährleisten.</p>

<sup>81</sup> Vgl. Definition der IoM: “Quality is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.” In: Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century (Washington: National Academy Press, 2001).

<sup>82</sup> Sens, B. et al. (2007). Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage. GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. 3.

Tabelle VI: Patient safety governance functions (vgl. OECD, 2020; eigene Darstellung)

Patient safety governance functions	Clearly defined roles and responsibilities				Systems for measuring and monitoring				Key accountabilities				Capacity-building to ensure right skills and competencies				Involvement of key stakeholders			Total
	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3				
N. OECD member country	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	5.3	16			
England	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16		
Japan	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16		
Norway	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16		
Spain	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16		
Sweden	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	16		
Latvia	Yes	Yes	Yes*	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	15		
Netherlands	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	15		
Wales	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	15		
Australia	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	14		
Austria	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	14		
Ireland	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	14		
Northern Ireland	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	14		
Scotland	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	14		
Israel	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	13		
Portugal	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	13		
Belgium	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	12		
Denmark	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	12		
Lithuania	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	11		
Luxembourg	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	11		
Slovenia	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	11		
Germany	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	10		
Canada	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	7		
Estonia	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	7		
Czech Republic	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	6		
Switzerland	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	4		

\*Currently being developed

Source: 2019 OECD Patient Safety Governance Survey

## **L'IDHEAP en un coup d'oeil**

### **Champ**

L'IDHEAP, créé en 1981, se concentre sur l'étude de l'administration publique, un champ interdisciplinaire (en anglais Public Administration) visant à développer les connaissances scientifiques sur la conduite des affaires publiques et la direction des institutions qui en sont responsables. Ces connaissances s'appuient sur plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, comme le droit, l'économie, le management et la science politique, adaptées aux spécificités du secteur public et parapublic. L'IDHEAP est le seul institut universitaire suisse totalement dédié à cet important champ de la connaissance. Il est intégré dans la Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique de l'Université de Lausanne.

### **Vision**

A l'interface entre théorie et pratique de l'administration publique, l'IDHEAP est le pôle national d'excellence contribuant à l'analyse des mutations du secteur public et à une meilleure gouvernance de l'Etat de droit à tous ses niveaux, en pleine coopération avec ses partenaires universitaires suisses et étrangers.

### **Mission**

Au service de ses étudiants, du secteur public et de la société dans son ensemble, l'IDHEAP a une triple mission qui résulte de sa vision:

- Enseignement universitaire accrédité au niveau master et post-master, ainsi que formation continue de qualité des élus et cadres publics;
- Recherche fondamentale et appliquée en administration publique reconnue au niveau national et international, et valorisée dans le secteur public suisse;
- Expertise et conseil indépendants appréciés par les organismes publics mandataires et enrichissant l'enseignement et la recherche.