Nationale Qualitätsverträge

Stellenwert in der Qualitätsdiskussion und Einblicke in die Umsetzung

Eine kritische Betrachtung aus Sicht der Leistungserbringer im Schweizer Gesundheitswesen

PROF. DR. MED. ILONA FUNKE

HEAD CLINICAL GOVERNANCE & PERFORMANCE, HIRSLANDEN-GRUPPE



HIRSLANDEN AG

QUALITÄT

INNOVATION

WACHSTUM

Themenschwerpunkte heute

01

Perspektive der Leistungserbringer

Spitäler und Kliniken in der Qualitätsdebatte

02

Überwachung auf nationaler Ebene

Mechanismen, Instrumente, Herausforderungen

03

Entwicklungen und Auswirkungen

Stationäre Versorgungsqualität im Wandel

Agenda

Aufbau des Vortrags

1. **Ausgangslage**
   Qualitätsdiskussion im Schweizer Gesundheitswesen
2. **Regulatorischer Rahmen**
   Strukturvorgaben, KVG und Qualitätsmessung
3. **Qualitätsverträge**
   Konzept, Inhalt und nationale Umsetzung
4. **Überwachung**
   Monitoring-Mechanismen und Verantwortlichkeiten
5. **Perspektiven**
   Auswirkungen und Handlungsempfehlungen



KAPITEL 1

Ausgangslage: Qualitätsdiskussion im Schweizer Gesundheitswesen

Ein System unter Qualitätsdruck

Das Schweizer Gesundheitswesen steht seit Jahren im **Spannungsfeld** zwischen steigenden Kosten, wachsenden Qualitätsansprüchen und zunehmender regulatorischer Dichte. Die Frage, was Qualität in der stationären Versorgung bedeutet und wie sie gemessen werden soll, ist nicht nur fachlich komplex – sie ist auch politisch umkämpft.

⚠ Für Leistungserbringer entsteht daraus ein erheblicher Umsetzungsdruck: Mehrere Regulierungsebenen, fehlende Abstimmung zwischen Bund und Kantonen und laufend neue Nachweis- und Dokumentationspflichten binden Ressourcen. Die Gefahr ist, dass Compliance-Aufwand die eigentliche Qualitätsverbesserung verdrängt.

Kostendruck

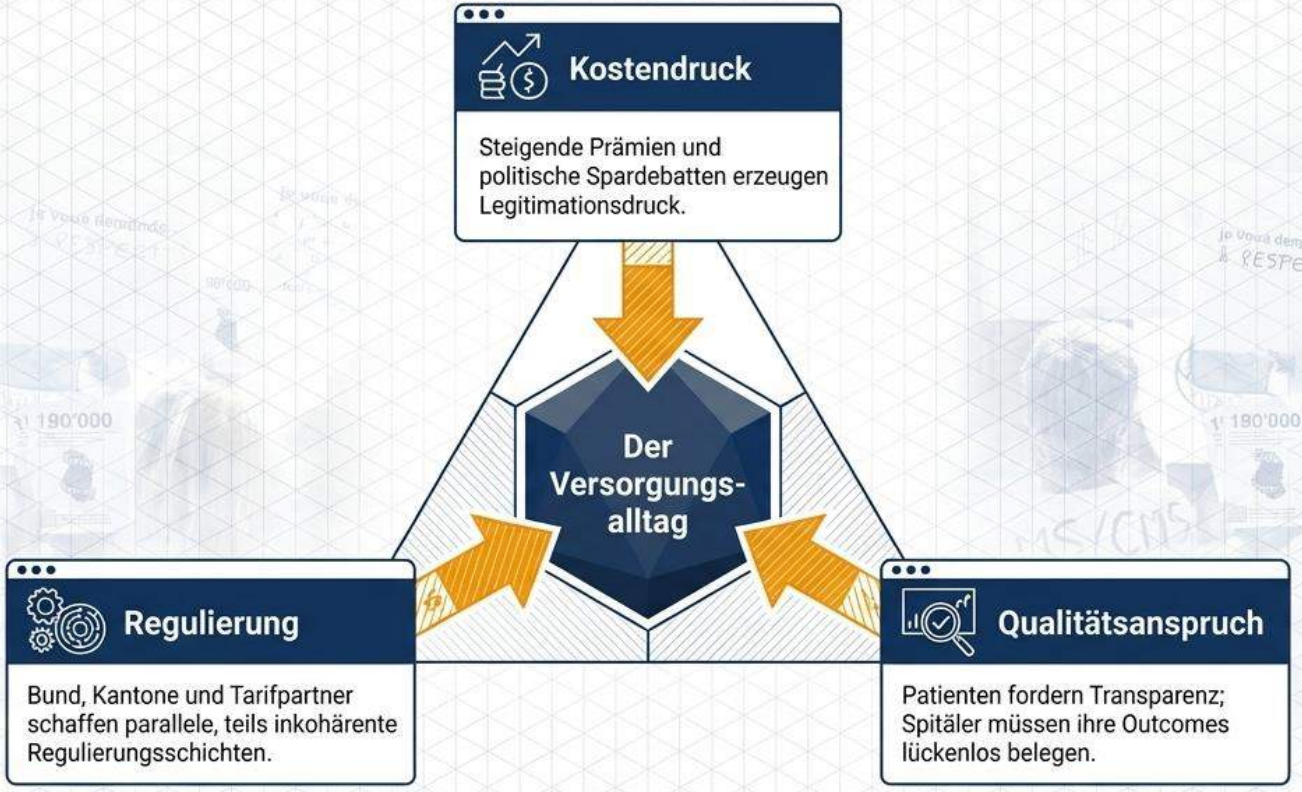
Steigende Prämien und politische Spardebatten belasten das System und erzeugen Legitimationsdruck auf alle Akteure.

Qualitätsanspruch

Patientinnen und Patienten fordern transparente Outcomes – Leistungserbringer müssen belegen, was sie leisten.

Regulierung

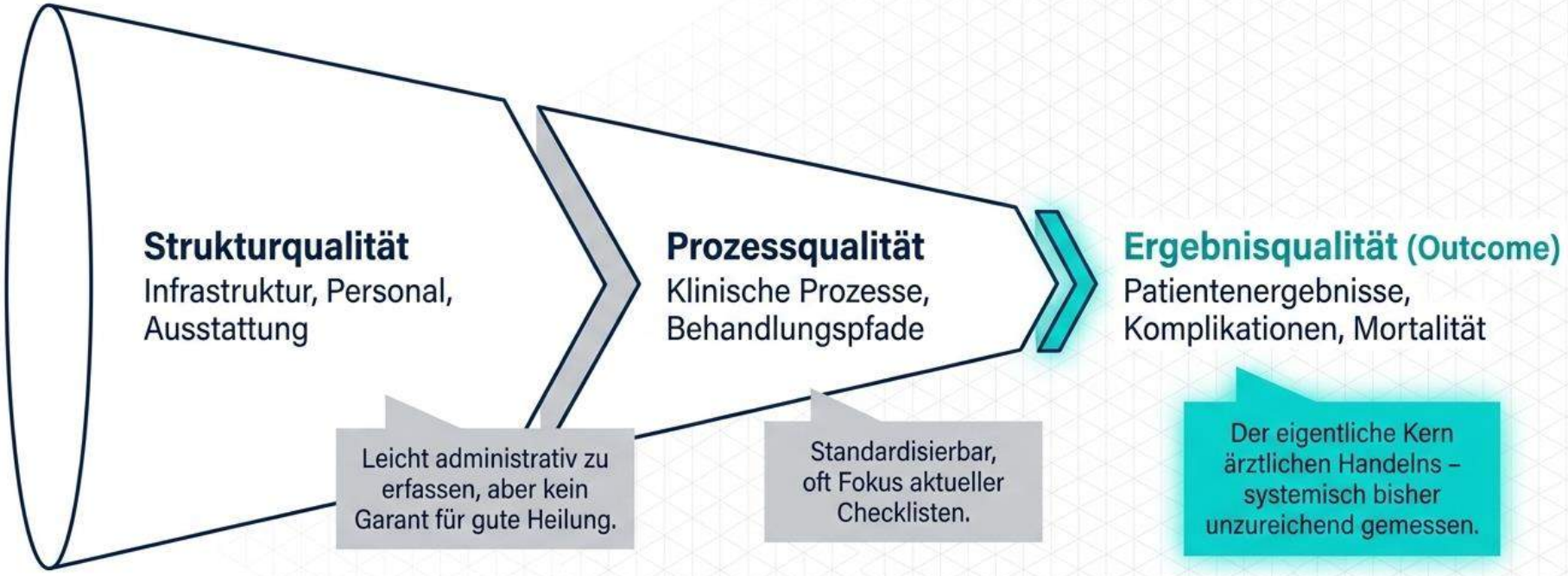
Bund, Kantone und Tarifpartner schaffen parallel Regulierungsschichten, die nicht immer kohärent sind.



Das System steht im Dauerstress. Die Frage der Qualitätsmessung ist längst keine rein fachliche mehr – sie ist hochgradig politisiert.

NotebookLM

Der Bauplan der Qualität



Nationale Verträge dürfen sich nicht auf leicht messbare Strukturvorgaben reduzieren. Sie müssen Outcome-getrieben sein.

NotebookLM

Die Akteure im Qualitätsgefüge



Bund / BAG

Strategische Rahmensetzung, Beauftragung von Qualitätsinstitutionen, gesetzliche Grundlagen via **KVG Art. 58 ff.**



Versicherer

Tarifpartner und Vertragspartei bei Qualitätsverträgen; Interesse an messbaren Outcomes und Kosteneffizienz.



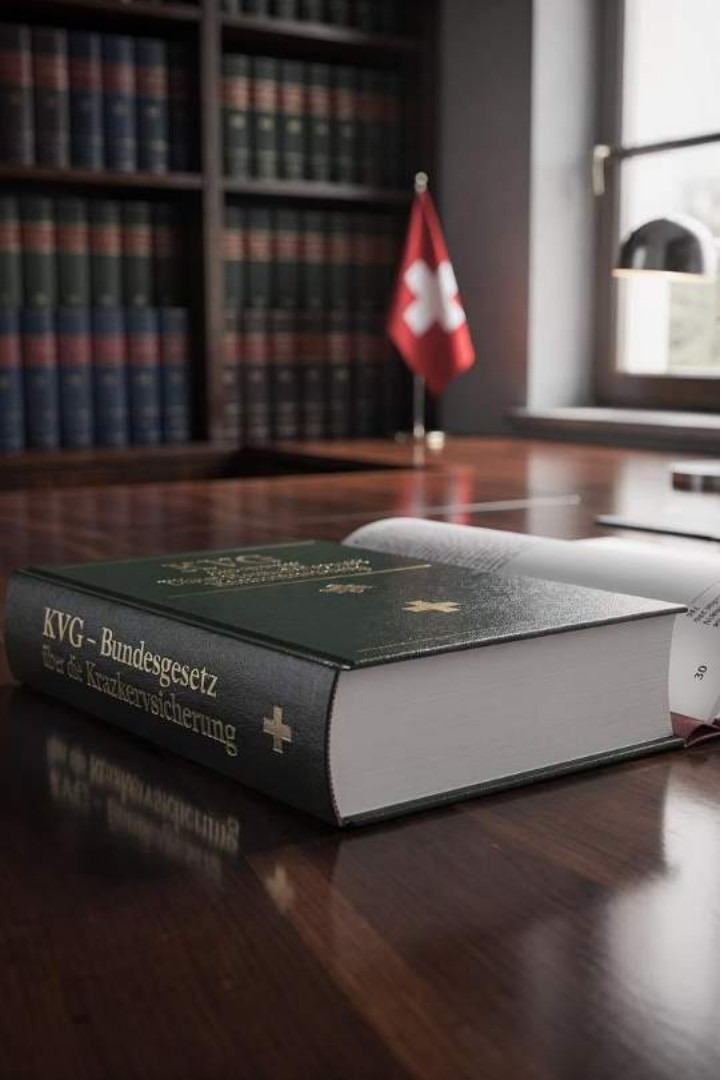
Leistungserbringer

Spitäler und Kliniken als **Umsetzungsträger**; tragen die **operative Verantwortung** und das **Implementierungsrisiko**.



Patientinnen und Patienten

Eigentliche **Leistungsempfänger**; deren **Perspektive** fliesst bisher **unzureichend** in die Qualitätsdefinition ein.



KAPITEL 2

Regulatorischer Rahmen: Strukturvorgaben, KVG und Qualitätsmessung



KVG Art. 58a

Keine freiwillige Initiative, sondern rechtliche Verpflichtung.

Die Drohkulisse (Ersatzvornahme)

Scheitern die Verhandlungen zwischen Tarifpartnern und Leistungserbringern, greift der Bundesrat ein und diktiert die Verordnung.

Kernelemente

- Obligatorische Qualitätsmessung für alle Leistungserbringer.
- Pflicht zu nationalen Qualitätsverträgen.
- Steuerung durch die neu geschaffene Eidgenössische Qualitätskommission (EQK).
- Zwingende Verknüpfung von Daten mit kantonaler Spitalplanung.

NotebookLM

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Die EQK wurde 2021 als strategisches Steuerungsorgan installiert. Sie trägt die **Verantwortung für die Entwicklung nationaler Qualitätsprogramme und die Empfehlung von Qualitätsindikatoren**. Aus Sicht der Leistungserbringer ist ihre Rolle ambivalent: Einerseits bietet sie fachliche Legitimation, andererseits droht eine Regulierungsdichte, die den Praxisalltag belastet.

Auftrag

Entwicklung von **Programmen** zur **Qualitätsmessung**, **Qualitätsförderung** und **Patientensicherheit** auf nationaler Ebene.

Zusammensetzung

Fach- und Sachverständige aus Medizin, Pflege, Versicherung, Patientenorganisationen und Wissenschaft.

Kritische Einschätzung

Die bislang veröffentlichten Programme bleiben in der operativen **Konkretisierung hinter den Erwartungen der Leistungserbringer** zurück.

Strukturvorgaben: Segen oder Bürde?

Aus Sicht der Leistungserbringer sind Strukturvorgaben oft **eher eine Bürde als ein Qualitätsgewinn**: Sie sind teuer umzusetzen, nicht immer evidenzbasiert und können kleinere Anbieter strukturell benachteiligen.

Warum Strukturvorgaben unterstützt werden

- **Mindeststandards** können in allen Spitälern einen Grundstandard sichern
- Vergleichbarkeit zwischen Institutionen wird erleichtert
- Sie sollen einen «race to the bottom» im Wettbewerb verhindern
- Sie dienen als **Basis für kantonale Spitalplanung**

Warum sie aus Providersicht problematisch sind

- Hohe Implementierungs- und Betriebskosten für Infrastruktur, IT und Prozesse
- Vorgaben wie Mindestfallzahlen, Personalquoten oder Geräteanforderungen sind nicht immer mit besserer Ergebnisqualität belegt
- Kleine und regionale Anbieter geraten gegenüber grossen Zentren in einen Wettbewerbsnachteil
- Strukturqualität wird oft als Qualitätsproxy verwendet, ohne Outcomes tatsächlich zu messen
- Feste Vorgaben ignorieren häufig die Heterogenität von Fachgebieten, Fallmix und Versorgungsauftrag
- Mess- und Dokumentationsaufwand bindet knappe klinische Ressourcen



Qualitätsmessung in der Praxis: Was wird gemessen?

Die Qualitätsmessung im stationären Sektor konzentriert sich in der Schweiz auf einige etablierte Instrumente – mit **deutlich unterschiedlicher Tiefe und klinischer Relevanz.**



ANQ-Messungen

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ): Patientenzufriedenheit, Sturzmessungen, Dekubitusmessung, Rehospitalisierungsrate.



Routinedaten / BFS

Administrativ erhobene Daten (DRG-Datensätze) ermöglichen Outcome-Analysen, sind aber für klinische Qualitätsaussagen nur bedingt geeignet.



Zertifizierungen

Krankheitsspezifische Zertifizierungen (z. B. Brustzentren, Stroke Units) liefern tiefere klinische Qualitätsaussagen, sind jedoch nicht flächendeckend verankert.



PROMs / PREMs

Patient-Reported Outcomes und Experience Measures gewinnen an Bedeutung – ihre systematische Integration in Qualitätsverträge fehlt jedoch bislang weitgehend.

	Nationale Abdeckung	Klinische Tiefe	Aktualität	Ressourcen-effizienz
ANQ-Messungen (Stürze, Dekubitus, Zufriedenheit)				
Routinedaten (BFS) (DRG-Datensätze, administrativ)				
Zertifizierungen (Brustzentren, Stroke Units)				
PROs / PREMs (Patient-Reported Outcomes)				

ANQ hat hohe Abdeckung, aber geringe klinische Tiefe. Routinedaten sind effizient, aber extrem verzögert. PROs/PREMs bieten den höchsten klinischen Wert, fehlen aber in der Breite.

NotebookLM

Die regulatorische Realität vs. Die klinische Realität



Eine valide Überwachung setzt zeitnahe Daten voraus. Der aktuelle
Der aktuelle Zeitverzug von Routinedaten verhindert jedes Echtzeit-Monitoring.

Der Bund fordert proaktive, echtzeitnahe Qualitätssteuerung – gestützt auf 18 Monate alte, retrospektive Administrativdaten.
Ohne moderne Datenarchitektur wird Qualitätsüberwachung zur Symbolpolitik.

NotebookLM



KAPITEL 3

Nationale Qualitätsverträge: Konzept, Inhalt und Umsetzung

Was ist ein nationaler Qualitätsvertrag?

Nationale Qualitätsverträge (gemäss Art. 58a KVG) sind Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer. Sie legen verbindliche Qualitätsziele, Messinstrumente und – wo vorgesehen – qualitätsbezogene Tarifmechanismen fest. **Sie sind rechtlich von Tarifverträgen getrennt, wirken aber auf diese ein.**

Entscheidend: Qualitätsverträge sind **keine freiwilligen Qualitätsinitiativen** – sie haben Rechtsverbindlichkeit und können bei Nichtabschluss durch Bundesratsersatz erzwungen werden.

Charakteristika

- **Nationaler Geltungsbereich**

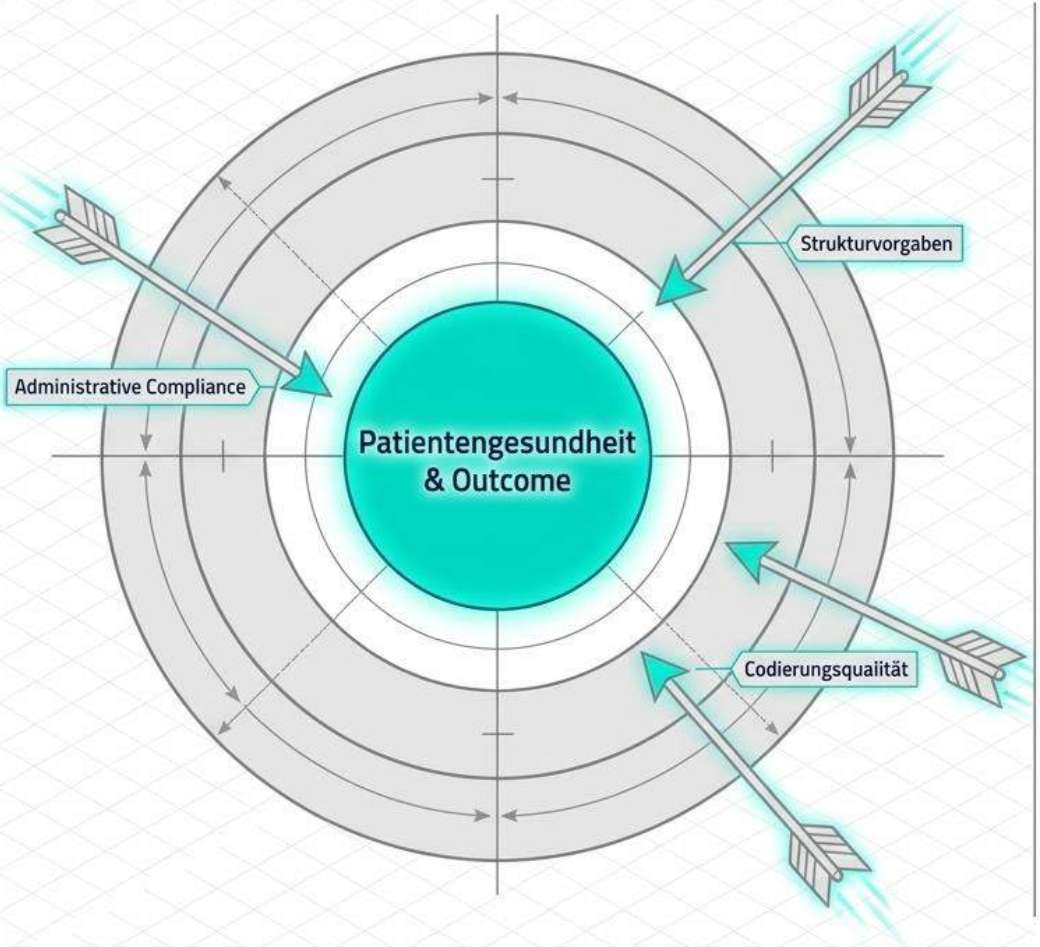
  Gelten für alle anerkannten Leistungserbringer in der OKP.

- **Sektoren**

  Stationär, ambulant, Langzeitpflege – unterschiedliche Reifegrade.

- **Sanktionsmechanismus**

  Bundesrätliche Ersatzvornahme als Druckmittel.



> ***Qualität im Gesundheitswesen ist letztlich das, was Patientinnen und Patienten als gut, sicher und wirksam erleben – nicht das, was sich am einfachsten in einer Datenbank erfassen lässt.***

Die Reduktion von klinischer Komplexität auf administrativ messbare Surrogat-Endpunkte schafft eine Scheingenauigkeit.

NotebookLM

Knackpunkte in den Verhandlungen

Aus Sicht der Leistungserbringer drohen die Verhandlungen an unrealistischen Anforderungen, fragwürdigen Vergleichslogiken und einem zunehmenden Kostendruck zu scheitern. **Qualität darf nicht zum Vorwand für Sparmassnahmen werden**.

Keine validen Indikatoren

Es fehlen belastbare, gemeinsam akzeptierte Qualitätsindikatoren. Versicherer wollen Routinedaten, Leistungserbringer brauchen klinisch relevante Messgrössen.

Pay-for-Performance als Risiko

Qualitätsverknüpfungen mit Tarifen bestrafen schnell die falschen Fälle: komplexe Patientinnen und Patienten, unterschiedliche Fallmixe und echte Versorgungsaufträge werden benachteiligt.

Unverhältnismässiger Verwaltungsaufwand

Statt besserer Versorgung entstehen zusätzliche Dokumentations-, Nachweis- und Abstimmungsprozesse. Der bürokratische Aufwand wächst schneller als der Nutzen.

Bundesratsersatz als Druckmittel

Die Drohung mit staatlicher Ersatzregelung schwächt die Verhandlungen und setzt Leistungserbringer unter Druck, statt echte Partnerschaft zu fördern.

Kostensenkung statt Qualität

Aus Providersicht geht es den Versicherern oft weniger um Qualitätsentwicklung als um verdeckte Kostendämpfung unter Qualitätslabel.

Die Hirslanden-Perspektive: Innenansicht einer grossen Klinikgruppe

Hirslanden im Kontext

Mit 17 Kliniken und rund 11'000 Mitarbeitenden ist Hirslanden die grösste private Klinikgruppe der Schweiz. Die Gruppe verfügt über ein umfassendes internes Clinical Governance Framework und ist in der nationalen Qualitätsdebatte gut positioniert.

Erfahrungen mit Qualitätsvorgaben

- Interne Qualitätsindikatoren gehen in vielen Bereichen über ANQ-Anforderungen hinaus
- Strukturvorgaben werden als planungsseitig relevant, klinisch aber begrenzt aussagekräftig erlebt
- Datenerhebungsaufwand ist erheblich und bindet Pflegende sowie Ärzte
- Nationale Qualitätsverträge könnten ein Level Playing Field schaffen – sofern ausgewogen gestaltet



Clinical Governance: Die Leistungserbringer sind der Regulierung bereits einen Schritt voraus. Externe Vorgaben müssen dieses interne Ökosystem ergänzen, nicht blockieren. (Hirslanden-Gruppe: 17 Kliniken, 11’000 Mitarbeitende).

NotebookLM



KAPITEL 4

Überwachung auf nationaler Ebene: Mechanismen und Herausforderungen

Wie werden Qualitätsverträge überwacht?

⚠ **Aus Sicht der Leistungserbringer ist die Überwachung derzeit einseitig: Sie tragen den vollen Aufwand der Datenerhebung, erhalten aber oft kaum verwertbares Feedback zurück. Gleichzeitig werden Provider eng überprüft, während Versicherer selbst nicht in gleicher Weise kontrolliert werden.**

Die Überwachung nationaler Qualitätsverträge ist konzeptionell noch unvollständig geregelt. Es fehlt an einer kohärenten Governance-Architektur, die Datenerhebung, Überprüfung, Sanktionierung und Rückmeldung systemisch verknüpft. Für Leistungserbringer schafft das zusätzlich rechtliche Unsicherheit, weil Zuständigkeiten, Erwartungen und Konsequenzen nicht klar definiert sind.

1

Datenerhebung

ANQ, Routinedaten (BFS/CUSUM), klinische Register

2

Überprüfung

EQK-Berichte, kantonale Spitalaufsicht, BAG-Monitoring

3

Bewertung

Benchmarking, Zielerreichungskontrolle, Abweichungsanalyse

4

Konsequenz

Massnahmenvereinbarungen, ggf. Sanktionen oder Tariffolgen

ⓘ **Kritische Punkte aus Provider-Sicht: keine nutzbare Rückmeldung nach aufwendiger Datenerhebung, asymmetrische Kontrolle zulasten der Leistungserbringer, keine klaren Folgen bei ausbleibender konstruktiver Mitwirkung der Versicherer.**

Herausforderung: Datenverfügbarkeit und -qualität

Das Datenproblem

Eine valide Überwachung setzt verlässliche, vergleichbare und zeitnahe Daten voraus. In der Schweiz besteht eine erhebliche **Fragmentierung der Datenlandschaft**: Klinische Register, administrative Routinedaten und Patientenbefragungen sind **nicht systematisch verknüpft**. Das erschwert eine ganzheitliche Qualitätsbewertung erheblich.

Kritische Lücken

- Kein einheitliches nationales klinisches Register für häufige Eingriffe
- **Zeitverzug von Routinedaten** (12–18 Monate) verhindert Echtzeit-Monitoring
- **Fehlende Verknüpfung von Spital- und Nachversorgungsdaten**
- **Risk-Adjustment-Methodik nicht harmonisiert**

⚠ **Ohne valide Daten wird Qualitätsüberwachung zur symbolischen Regulierung**.

PROs - Patient-Reported Outcomes

Messen den postoperativen Gesundheitszustand und Heilungserfolg direkt aus Sicht der Patientin.

Der direkteste Outcome-Indikator.

PREMs - Patient-Reported Experience

Erfassen die Qualität der Versorgungserfahrung (Kommunikation, Respekt, Koordination).

Internationale Referenzpunkte

England (NHS)

PROMS sind seit Jahren national verpflichtend.

Die systematische Integration der Patientenperspektive ist die grösste ungelöste Aufgabe der Schweizer Qualitätsverträge.

Schweden

Über 100 umfassende klinische Register; höchste Datentiefe.

NotebookLM

Die Rolle des ANQ im Überwachungssystem

Der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) ist derzeit das **zentrale Messinstrument für nationale Qualitätsvergleiche**. Seine Stärke liegt in der breiten Verankerung, seine Schwäche in der begrenzten klinischen Tiefe.

Stärken des ANQ

- Nahezu vollständige Beteiligung der Spitäler
- Standardisierte, vergleichbare Methodik
- Öffentlich zugängliche Auswertungen
- Breite Akzeptanz bei Tarifpartnern

Grenzen des ANQ

- Begrenzte Indikatorentiefe (v. a. Prozess- und Patientenperspektive)
- Kaum krankheitsspezifische Outcomes
- Methodische Kritik am Risk-Adjustment
- Keine direkte Verknüpfung mit Tariffolgen

Internationale Modelle als Referenzpunkte

Andere Länder zeigen, wie Überwachungssysteme für Qualitätsverträge strukturiert werden können. Die Schweiz kann davon lernen – muss aber die eigene Systemlogik berücksichtigen.

DE Deutschland (IQTiG)

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) und sektorenübergreifende Qualitätssicherung; strukturierter Dialog bei Auffälligkeiten; einrichtungsübergreifende Vergleiche.

GB England (NHS/CQC)

Care Quality Commission mit Inspektionsregimen; PROMS (Patient Reported Outcome Measures) national verpflichtend; Qualität als Zulassungsbedingung.

SE Schweden

Umfassendes nationales Registerssystem (über 100 klinische Register); hohe Datentiefe und -qualität; Qualitätsranking öffentlich zugänglich.

Pay-for-Performance (P4P): Ein systemisches Risiko?



Theoretische Chancen

- Schafft direkte Anreize zur Qualitätsverbesserung.
- Macht Qualität ökonomisch sichtbar (und belohnbar).
- Kann Investitionen in Qualitätsinfrastruktur rechtfertigen.

Klinische Risiken

- **Gaming:** Indikatoroptimierung ersetzt echte Verbesserung.
- **Cherry-Picking:** Spitäler mit komplexem, schwerem Patientenkollektiv (Case Mix) werden strukturell bestraft.
- **Fehlanreize:** Fokus verschiebt sich auf das, was Boni bringt, nicht auf das, was der Patient braucht.

Solange Risk-Adjustment-Methoden nicht harmonisiert sind und klinische Register fehlen, wirkt P4P toxisch auf die Versorgungssicherheit.

NotebookLM

KAPITEL 5

Entwicklungen und Auswirkungen auf die stationäre Versorgungsqualität



DER BAUPLAN DER QUALITÄT: DER SCHEIDEWEG 2025+



Szenario A: Tarifpartnereinigung

Ausgewogener Vertrag, klinisch valid, praxisnah. Leistungserbringer gestalten mit. (Wahrscheinlichkeit: mittel).

Szenario C: Minimalkonsens

Formale Einigung auf wenige unbestrittene Indikatoren. Politische Kosmetik, sachlich ungenügend. (Wahrscheinlichkeit: hoch).

Szenario B: Bundesratsersatz ⚠

Diktierte Verordnung ohne Praxiseinbindung. Bürokratische Überladung, maximales Umsetzungsrisiko für Spitäler. (Wahrscheinlichkeit: erhöht).

Strategische Note: Kantone verknüpfen bereits heute Leistungsaufträge mit Qualitätsnachweisen (z.B. HSM Zürich). Qualität wird zur Existenzfrage für Spitäler.

NotebookLM

Auswirkungen auf die stationäre Versorgungsqualität

Potenzielle Verbesserungen

- Systematische Qualitätsberichterstattung schafft Transparenz
- Nationale Benchmarks fördern lernsystemisches Denken
- Einheitliche Standards senken Qualitätsvarianz
- Klinische Register ermöglichen kontinuierliche Outcome-Forschung
- Konsequente Messung fördert Qualitätskultur in Institutionen

Risiken und Nebenwirkungen

- Messaufwand konkurriert mit klinischer Versorgungszeit
- Standardisierung kann Innovation und individuelle Exzellenz hemmen
- Falsch konzipierte Indikatoren führen zu Fehlanreizen
- Kleine Häuser werden strukturell benachteiligt
- Patientenperspektive droht in Datenlogik zu verschwinden

Qualitätsstrategie und Spitalplanung: Wachsende Verknüpfung

Die kantonalen Spitalplanungen verknüpfen Leistungsaufträge zunehmend mit Qualitätsnachweisen. Diese Entwicklung wirkt sich direkt auf die strategische Positionierung der Leistungserbringer aus.

Im Kanton Zürich etwa sind für bestimmte hochspezialisierte Leistungen (HSM) explizite Qualitätsnachweise Voraussetzung für den Erhalt des Leistungsauftrags.

Leistungsauftrag

Kanton erteilt Leistungsauftrag auf Basis von Struktur- und Qualitätsnachweisen

Qualitätsnachweis

Spital belegt Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität gegenüber Kanton und Tarifpartnern

Strategischer Vorteil

Exzellente Qualität wird zur Voraussetzung für Wachstum und Leistungsauftragssicherung

EPD & KIS-Integration

KI-gestützte Analyse

Algorithmen identifizieren Risikopatienten frühzeitig und unterstützen Qualitätssicherungsmassnahmen prädiktiv.



EPD & KIS-Integration

Automatische Extraktion klinischer Qualitätsdaten direkt aus den Patientenakten.

Effekt: Drastische Reduktion des administrativen Erhebungsaufwands.

Echtzeit-Monitoring

Zeitnahe Qualitätsdaten ermöglichen proaktives Handeln statt rückblickendes Reporting.

Von der Administration zur Aktion: Digitalisierung ist der Enabler für den Paradigmenwechsel in der Qualitätssicherung.

NotebookLM

Patientenperspektive: Das vernachlässigte Zentrum

> **«Qualität im Gesundheitswesen ist letztlich das, was Patientinnen und Patienten als gut, sicher und wirksam erleben – nicht das, was sich am einfachsten in einer Datenbank erfassen lässt.»**

Die systematische Integration der Patientenperspektive (PROMs/PREMs) in nationale Qualitätsverträge ist eine der grössten ungelösten Aufgaben. Während in England PROMS bereits seit Jahren national erhoben werden, steckt die Schweiz hier noch in den Anfängen.



PROMs

Patient-Reported Outcomes messen, wie Patientinnen ihren Gesundheitszustand nach Behandlung selbst beurteilen – der direkteste Qualitätsindikator.



PREMs

Patient-Reported Experience Measures erfassen die Qualität der Versorgungserfahrung: Kommunikation, Respekt, Information, Koordination.

Das Fundament für funktionierende Qualitätsverträge

Klinische Evidenz statt Administrativer Bequemlichkeit:
Indikatorenwahl muss auf medizinischer Validität basieren, unter zwingendem Einbezug der Fachgesellschaften.

Verhältnismässigkeit im Erhebungsaufwand:
Qualitätsmessung darf die Zeit am Patientenbild nicht konkurrenzieren. Automatisierung ist Pflicht.

Faires, harmonisiertes Risk-Adjustment:
Vergleiche müssen Fallschwere und Versorgungsauftrag zwingend berücksichtigen. Rohvergleiche sind toxisch.

Konstruktive Sanktionsmechanismen:
Konsequenzen müssen verhältnismässig und auf Systemverbesserung (nicht reine Bestrafung) ausgerichtet sein.

Partnerschaft statt Diktat:
Die Mitgestaltung der Leistungserbringer bei der Vertragsarchitektur ist die absolute Grundvoraussetzung für Akzeptanz.

Qualitätsverträge entfalten ihre Wirkung nur, wenn sie im Dialog entstehen und die klinische Realität abbilden – andernfalls verkommen sie zu reiner Compliance-Bürokratie.

NotebookLM

Ausblick: Qualitätsverträge als Chance – wenn richtig gemacht

Nationale Qualitätsverträge haben das Potenzial, die stationäre Versorgungsqualität in der Schweiz systematisch zu heben. Dieses Potenzial wird nur dann eingelöst, wenn alle Akteure – Bund, Tarifpartner, Kantone und Leistungserbringer – bereit sind, **evidenzbasiert, pragmatisch und partnerschaftlich** vorzugehen.

Kurzfristig

Tarifpartnereinigung auf einen ausgewogenen Qualitätsvertrag mit klinisch fundierten Indikatoren; Einbezug der Leistungserbringer sicherstellen.

Mittelfristig

Ausbau der nationalen Dateninfrastruktur; EPD-Integration; systematische Erhebung von PROs/PREMs; einheitliches Risk-Adjustment.

Langfristig

Entwicklung zu einem lernenden Qualitätssystem: Qualitätsdaten fliessen in Aus- und Weiterbildung, Versorgungsforschung und Strategieentwicklung ein.



Kernbotschaften

Qualität ist politisch

Die Debatte über nationale Qualitätsverträge ist nicht nur fachlich, sondern zutiefst gesundheitspolitisch. Leistungserbringer müssen aktiv mitreden.

Messung ≠ Qualität

Das Messen von Qualität ist nicht dasselbe wie das Erbringen von Qualität. Indikatorenwahl und Messdesign entscheiden über den Mehrwert.

Daten als Grundlage

Ohne valide, klinisch tiefe und zeitnahe Daten bleibt jede Qualitätsüberwachung Symbolpolitik.

Partnerschaft statt Regulierung

Qualitätsverträge entfalten ihre Wirkung nur, wenn sie im Dialog – nicht im Diktat – entstehen und auf gemeinsamen Zielen beruhen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Fragen und Diskussion

Referentin

Prof. Dr. med. Ilona Funke, MBA
Head Clinical Governance & Performance
Hirslanden-Gruppe

Thema

Nationale Qualitätsverträge – Stellenwert in der Qualitätsdiskussion und Einblicke in die Umsetzung