

Wie kann in der Grundversorgung Qualitätssicherung erbracht und Qualität transparent gemacht werden?

Qualitäts-Basismodell

Der Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften (VEDAG) [1] setzt sich seit 2002 in regelmässig stattfindenden Klausurtagungen (mit den VEDAG-Kantonalpräsidenten, Q-Delegierten und Vertretern Schweizerischer Fachgesellschaften) mit gesundheitspolitischen Fragestellungen und vor allem mit «Qualität in der ärztlichen Praxis» auseinander. In der Folge entstanden Grundlagenpapiere [2, 3], die 2005 unter anderem zur Entstehung der «Arbeitsgruppe Qualität» in der damals neu geschaffenen DDQ der FMH geführt haben. Im vorliegenden Artikel stellen wir das «Qualitäts-Basismodell» des VEDAG vor. Dieses ist durch die AGQ II des VEDAG [4] im Anschluss an die VEDAG- Klausurtagung 2007 erarbeitet worden.

Christoph Ramstein^a,
Philipp Schneider^b

a Dr. med.,
Co-Präsident VEDAG

b Prof., Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule BFH

Einleitung

Im Gesundheitswesen wird postuliert (die Autoren teilen diese Meinung), dass ein Grossteil der Ärzte* in der täglichen Arbeit gute Qualität leistet. Diese Aussage impliziert jedoch auch die Feststellung, dass ein kleiner Teil von Ärzten Leistungen in einer ungenügenden und/oder schlechten Qualität erbringen. Untersuchungen zum Wissensstand, zum Fehlermanagement [5] machen deutlich, dass es für Ärzte nicht immer einfach ist, alle wichtigen fachlichen Entwicklungen und Veränderungen zu erfassen und/oder diese in der täglichen Arbeit umzusetzen. Die Vielfalt an neuen, teils auch widersprüchlichen, auch zweifelhaften, industriegesteuerten Untersuchungen, die oft nicht den gemachten Erfahrungen in der Praxis entsprechen, können dazu führen, dass bei den Ärzten eine Überforderungssituation entsteht. Als Reaktion wird an alten, bekannten Mustern und Interventionen festgehalten, Unsicherheiten werden verdrängt. Dennoch oder gerade deshalb sind Qualitätssicherung und -Entwicklung alte Begleiter und Freunde der Ärzte. Jeder Arzt ist froh, wenn in einer Situation der Unsicherheit ein Austausch mit einem Kollegen möglich ist, eine klare Handlungsanweisung oder eine Information zur Verfügung steht, und er seine Patienten in guter Art und Weise behandeln kann.

Es ist daher erstaunlich und oft unverständlich, mit welcher Heftigkeit das Thema des Qualitätsmanagements innerhalb der Ärzteschaft diskutiert wird. Offensichtlich bedeutet für viele Beteiligte Qualität ein Unwort, eine Bedrohung, eine Beleidigung. Vielleicht wurde der Begriff zu oft zu falsch verwendet, wurden Erwartungen geweckt und Versprechen nicht eingehalten. Tatsache ist, dass rund um den Begriff Qualität – «Messen und Sichern» grosse Missverständnisse bestehen, und dies zu Ängsten und Abwehr füh-

ren kann. Einig ist sich die Ärzteschaft aktuell höchstens darüber, dass es Sinn macht, den Lead in den eigenen Händen zu halten und proaktiv etwas sinnvoll zu entwerfen, bevor Dritte von aussen eine Form des Qualitätsmanagements aufzwingen. Wie dies jedoch aussehen soll, ist schon wieder umstritten.

Der Weg hin zum «Qualitäts-Basismodell»

Die VEDAG-Klausurtagung 2007 beinhaltete als Thema «Qualität in der ärztlichen Praxis – Staatsmodell oder Wettbewerbsmodell?» [6]. Die Analyse der an der Tagung konkret erreichten Resultate sowie der noch offenen Fragen erfolgte aufgrund einer elektronischen Dokumentation der Tagung. Die Auswertung implizierte einerseits die Bildung einer neuen Arbeitsgruppe [4] (Rekrutierung aus freiwilligen Grundversorger-Kollegen der VEDAG-Kantonalgesellschaften) sowie die Idee, mit dieser AGQ II ein Basis-Qualitätsmodell mit einem einfachen Indikatorenset zu erarbeiten. Schrittweise wurde mit der Gruppe geklärt, welche Qualität für einen Grundversorger relevant ist, welche gemessen oder nachgewiesen werden kann und welche Qualität wie transparent gemacht werden kann. In acht halbtägigen Arbeitssitzungen – verbunden mit «Hausaufgaben» – entstand innerhalb eines Jahres das nun vorliegende Qualitäts-Basismodell mit folgenden Vorgaben zum Modell (in leicht gekürzter Form aufgeführt):

- Qualität in der ärztlichen Praxis wird als multidimensionaler Ansatz verfolgt – gemäss dem 2005 von der AGQ I des VEDAG erarbeiteten Basisdokumentes [3].
- Daten und Informationen aus Qualitäts-Messungen oder aus dem Verbesserungsmanagement dienen der Weiterentwicklung von Systemen, Grundlage für Verbesserungen und Empfehlungen, resp.

* Der Einfachheit halber wird nur die männliche Form verwendet.

Korrespondenz:
Dr. med. Christoph Ramstein
Platanen 46
CH-4600 Olten
christoph.ramstein@hin.ch

Prof. Philipp Schneider
Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement Berner Fachhochschule
Falkenplatz 24
CH-3012 Bern
philipp.schneider@bfh.ch

Auflagen beim Leistungserbringer. Sie dürfen jedoch nicht missbräuchlich verwendet werden (z. B. als Vorwand für politische Entscheide, für Budgetkürzungen).

- Die Transparenz, was wofür erhoben wird, gilt für alle relevanten Player im System. Daten und Informationen werden offen untereinander diskutiert.
- Die relevanten Player werden in die Q-Entwicklung einbezogen (Versicherer, Bund, u. a.) mit dem Ziel, gemeinsam die Qualität und mögliche Qualitätssysteme in die ausgehandelte und vereinbarte Richtung zu unterstützen.
- Das Qualitätsbasismodell ist für alle hausärztlich tätigen Leistungserbringer anwendbar. Das Modell kann in «Einstiegsindikatoren» (rasche und einfache Realisierbarkeit, schnell spürbarer Profit für den Arzt, Arbeitserleichterung) und «Ergänzungsindikatoren» unterteilt werden.
- Das Anwenden des «Qualitäts-Basismodells» soll freiwillig sein und mit Anreizen (Labels, bessere finanzielle Entgeltung) attraktiv gemacht werden.
- Das System soll modulartig aufgebaut werden, so dass auch ein schrittweiser Einstieg möglich wird.

Wie können Q-Indikatoren entstehen?

Bei der Erhebung der im Qualitäts-Basismodell enthaltenen Indikatoren [7] konnten die Mitglieder AGQ II aus ihrem reichen Erfahrungsfundus schöpfen. Konkrete Beispiele aus dem ärztlichen Alltag wurden offen diskutiert, es wurden Situationen erfasst, bei denen man sich als Arzt unsicher fühlt, ob die Qualität genügend ist, und Situationen, bei denen man sich als Arzt sicher wähnt bezüglich der Qualität der Leistungserbringung sowie der Qualitätssicherung. Mit Hilfe dieser Beispiele wurden Schritt für Schritt die thematischen Schwerpunkte (Fokusfelder), die dazugehörigen Qualitätskriterien, Indikatoren und die Erhebungsmethodik erarbeitet. Dies war ein kreativer Prozess und hat auch bei anfänglich skeptischen Teilnehmern zu einem Umschwung geführt.

Stellenwert von nicht-validierten Indikatoren – von der Praxis für die Praxis

Qualität bei Ko-Produktionen, bei sogenannten personenbezogenen Leistungen, wird nicht nur durch objektive Faktoren geprägt, sondern umfasst auch immer subjektive Elemente und relative Unschärfen. Dies betrifft vor allem die Grundversorger, bei denen z. B. die Arzt-Patienten-Beziehung ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist. Dazu gehören weiche Faktoren wie z. B. die Kommunikation, die Beziehung, aber auch Haltungsfragen (Respekt, Wertschätzung, Pünktlichkeit usw.). Der Patient wiederum beeinflusst die Qualität mit seiner Kooperation (wird eine Medikament so eingenommen wie verordnet?), seinem Vertrauen (glaube ich dem Arzt oder dem Internet?).

Hausarztmedizin wird immer auch weiche Faktoren umfassen und kann daher nicht als harte Wissenschaft bezeichnet werden. Die wissenschaftlich abgestützte, empirisch reine Qualitätssicherung und Qualitätsmessung muss sich daher auf wenige validierte Indikatoren beschränken und sogar diese müssen – in Anbetracht neuer Erkenntnisse und Resultate – immer wieder angepasst werden. Eine gewisse Zurückhaltung der wissenschaftlichen und sicher auch der ökonomischen Seite ist daher angebracht und hilft, konstruktive Lösungen zu finden.

Auf der anderen Seite können und müssen sehr wohl anhand von Erfahrungswerten (aus Theorie und Praxis) qualitätssichernde Elemente beschrieben und umgesetzt werden. So wie der Steinmetz im Mittelalter dank seinen Qualitätserfahrungen wunderschöne Kathedralen gebaut hat, löst auch heute oft noch ein Handwerker Probleme oft aus einem Mix von theoretischem Wissen und Praxiserfahrung. Bei den Grundversorgern ist es nicht anders. Offene, selbstkritische und neugierige Kollegen finden immer handlungsrelevante Gemeinsamkeiten, die als Qualitätsmerkmale bezeichnet werden können, sei es aus eigenen Erfahrungen oder aus Tagungen im Sinne von good-practice-Beispielen.

Gemeinsame Qualität heisst aber auch verbindliche Qualität und das Zulassen von Transparenz und Offenheit und Überprüfungen. Qualität schränkt daher die Beliebigkeit ein und löst bei Einzelkämpfern am Anfang oft Unsicherheit und/oder Widerstand aus. Qualität von der Praxis für die Praxis heisst also nichts anderes, als sich auseinandersetzen – sich reiben, Konsens finden und dann verbindlich umsetzen – sich wieder auseinandersetzen, sich wieder reiben, wieder Konsens finden und diesen wieder verbindlich umsetzen. Dass dieser Kreislauf von notorischen Verhinderern sowie von sich bedroht Fühlenden leicht missbraucht werden kann, liegt auf der Hand. Harte Indikatoren können als fachlich nicht relevant, weiche Faktoren als zu wenig wissenschaftlich disqualifiziert werden.

Das Qualitäts-Basis-Modell ist ein klassisches Beispiel für ein handlungsorientiertes Qualitätsmodell, das aufgrund von Erfahrungen aus Theorie und Praxis entstanden ist. Im Fokus standen immer die folgenden Fragen: Mit welchen qualitätssichernden Elementen haben wir gute Erfahrungen gemacht? Wie haben wir gute Qualität erreicht? Wie konnte ein optimaler Nutzen für den Patienten erreicht werden? Im Austausch mit dem Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule wurden der Ausblick und die Sicht der Hochschule integriert. Wichtig ist dabei der Hinweis, dass bei Unklarheiten oder Dissens («sich reiben») letztlich immer die Sicht der Praktiker übernommen worden ist. Entstanden ist so das VEDAG-Basismodell, ein ehrliches und nachvollziehbares Indikatorenset.

Beispiele

Das VEDAG-Basismodell ist in thematische Schwerpunkte sowie in Einstiegs- und Ergänzungsindikatoren unterteilt. Es ist für alle hausärztlich tätigen Leistungserbringer anwendbar und ohne grossen Aufwand (Ressourcen, Finanzen) erreichbar. Einstiegsindikatoren zeichnen sich durch eine rasche und einfache Realisierbarkeit aus und ermöglichen dem Arzt – und indirekt auch dem Patienten – schnell einen spürbaren Nutzen. Das Anwenden des «Qualitäts-Basismodells» soll freiwillig sein und mit Anreizen (Labels, bessere finanzielle Entgeltung) attraktiv gemacht werden.

Das VEDAG-Basismodell umfasst folgende thematischen Schwerpunkte:

- Fachwissen, Fachqualität, Fach-Kenntnisse
- Erfahrung, Verhalten, Reflexion
- Beziehungs-Qualität, Kommunikation, soziale Kompetenz
- Service-Qualität
- Personal, Struktur- und Prozessqualität
- Querschnitt-Funktionen, Röntgen, Labor
- Qualitätssicherung
- Psychohygiene
- Wirkungsüberprüfung, Outcome
- Qualitäts-Anforderungen an Krankengeschichten

Alle thematischen Schwerpunkte sind mit Kriterien und Indikatoren beschrieben. Beispielhaft wurden zudem die Erhebungsmethodik, die Auswertung erarbeitet. Diese Arbeit muss jedoch für die Umsetzung noch geleistet werden. Nachfolgend ein Ausschnitt aus dem zweitgenannten Schwerpunkt:

Kriterien und Indikatoren zum Schwerpunkt Erfahrung, Verhalten, Reflexion und Qualitätssicherung	Indikatoren und/oder Massnahmen zur Qualitätsverbesserung
<ul style="list-style-type: none"> – Umgang mit Unsicherheit oder fehlender Evidenz – Kennen und Beachten von Risiko- und Warnsignalen – Umgang mit unbekanntem Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> – Offene Kommunikation gegenüber dem Patienten – Bezug von Spezialisten und/oder Kollegen, Praxispartnern (Quick-Telefon-Gruppe) – Team-Entscheidungen (Patient, Grundversorger, Spezialist) – Regelmässiges Kommunikationstraining und Notfalltraining – Mitmachen in einem Fehlermeldesystem. «Kritische Fälle» und Fehler werden erfasst und mit Kollegen diskutiert.
<ul style="list-style-type: none"> – Zusammenarbeit / Vernetzung 	<ul style="list-style-type: none"> – Vorhandensein von Rückmeldungen Dritter (wie z. B. Physiotherapie usw.)
<ul style="list-style-type: none"> – Überweisungspraxis – Qualität und Termintreue von Berichten an Kollegen, Spitäler, Spitex usw. 	<ul style="list-style-type: none"> – Anforderungen an Berichte sind definiert – Evaluation der Überweisungspraxis, der ausgelösten Kosten
<ul style="list-style-type: none"> – Gemeinsames Erheben und Austauschen von standardisierten Daten 	<ul style="list-style-type: none"> – Diese werden erhoben und gegenseitig ausgetauscht.
<ul style="list-style-type: none"> – Diskussion der komplexen, seltenen Fälle (intern und kollegial) inklusive dokumentiertes Auslösen von Verbesserungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Nachweis, dass die Diskussion solcher Fälle stattgefunden hat. Veränderungsbedarf evaluiert.
Mitmachen bei standardisierten Wissenstests wie z. B. www.mkm-medizinwissen.com und/oder Verwenden von Medikamenten-Interaktions-Check-Programmen	

Ausblick – «mit Transparenz zur Akzeptanz»

Qualität wird und soll von der Ärzteschaft weiterhin unter eigener Führerschaft erbracht werden und kann so als kreatives Element erlebt werden. Bis anhin haben wir Ärzte uns reaktiv und zu wenig pro-aktiv verhalten. Die Nutzer-orientierte Perspektive wurde vernachlässigt und die erbrachte Qualität nie transparent nachgewiesen. Dadurch sind in der Praxis Defizite entstanden, Fehler passiert.

Aus Sicht der Autoren liegt mit dem Qualitäts-Basismodell VEDAG ein Arbeitsmodell für die ärztliche Grundversorger-Praxis vor. Es kann beliebig modulartig ergänzt und/oder adaptiert werden. Vorstellbar ist auch, dass gewisse Elemente daraus für ein Qualitätsmodell anderer Fachdisziplinen verwendet werden können. Es geht darum, Bestehendes in kreativer Art zu sichern, zu verbessern, zu erweitern, upzudaten und transparent zu machen. Das Modell kann und soll nicht abschliessend sein, es erhebt auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es ist jedoch ein ehrliches Modell aus der Praxis – für die Praxis – von Anwendern – für Anwender. Es kann kurzfristig eingesetzt und proaktiv im Sinne der geforderten Qualitätssicherung gemäss KVG genutzt werden. So kann vermieden werden, dass die Ärzteschaft «von aussen» (in Unkenntnis der ärztlichen Materie) gemessen wird mit Faktoren, die entweder keinen Sinn machen und/oder gar nicht messbar sind.

- 1 Ramstein C. VEDAG – historischer Dachverband mit gesundheitspolitischem Weitblick. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(17):744.
- 2 VEDAG. Gesundheitspolitik aus der Optik der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Leitfaden und Begründungen. Schweiz Ärztezeitung. 2004; 85(30):1531–4.
- 3 Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G, et al. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Schweiz Ärztezeitung. 2005; 86(18):1055–9.
- 4 AGQ II VEDAG: Dr. med. Monika Loy (AGZ), Dr. med. Cornelia Moll (GAeSO), Dr. med. Svend Capol (KAG ZG), Dr. med. Jörg Fritschi (KAG LU, Präsident medswiss.net), Dr. med. Christoph Ramstein (Co-Präsident VEDAG), Prof. Philipp Schneider (Fachexperte), Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement BFH Bern, Dr. Hans Kernen (Moderator).
- 5 Rose N; Hess, U. Melden von Near Misses im Krankenhaus. Klinisches Risikomanagement in der Onkologie. Onkologie. 2008;14:721–726 DOI 10.1007/s00761-008-1402-5
- 6 Mit bestem Dank an PFIZER AG und NOVARTIS Pharma Schweiz AG, die uns an der Tagung unterstützt haben.
- 7 Unter Indikatoren versteht man wichtige, bedeutsame Messwerte oder Messsysteme, die vermutlich oder nachgewiesenermassen die Beurteilung einer Behandlung oder eines Eingriffes in Bezug auf das qualitative Ergebnis erlauben. Sie müssen aber immer wieder hinterfragt werden, denn man darf nicht aufgrund der gemessenen Werte unbesehen auf die Qualität der Leistungen schliessen.