

Innovative Qualitätsentwicklung in der ärztlichen Grundversorgung



Carmen Schenk
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
carmen.schenk@bfh.ch

Eine qualitativ hochstehende ärztliche Grundversorgung zu gewährleisten ist und bleibt eine grosse Herausforderung. Aus diesem Grund ist das «Qualitäts-Basis-Modul» entwickelt worden. Es führt Ärztinnen und Ärzte stufenweise an die Qualitätsarbeit in der Praxis heran und initiiert konkrete Verbesserungsmaßnahmen.

Die ärztliche Grundversorgung wird in den nächsten Jahren vor grossen Herausforderungen stehen: Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt und damit auch die Zahl der Menschen mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen. Gleichzeitig zeichnet sich ein Mangel an Gesundheitsfachpersonen im medizinischen und pflegerischen Bereich ab (Schibli et al. 2012). Wie kann angesichts des Wandels die medizinische Grundversorgung nachhaltig gestärkt und damit die steigende Nachfrage nach hausärztlichen und pflegerischen Leistungen angegangen werden?

In der Praxis verankerte Qualitätsarbeit

Um die medizinische Grundversorgung auch in Zukunft gut und qualitativ hochstehend zu gewährleisten, ist das Qualitäts-Basis-Modul (QBM) von Ärzten für Ärzte und in Zusammenarbeit mit der BFH entwickelt worden. Das QBM ist ein praxisnahes Instrument zur Entwicklung und Sicherung von Qualität in der Hausarztmedizin. Durch ein gezieltes Vorgehen wird die Qualität in der Praxis sichtbar gemacht und in regelmässigen Workshops der Austausch zwischen den Grundversorgern gefördert. Auf diese Weise kommen Diskussionen zustande, die einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess in Gang bringen. Das Ziel besteht darin, anhand von Best-Practice-Beispielen Qualitätsverbesserungen in der eigenen Praxis umzusetzen.

Alle, die das Qualitätsentwicklungsinstrument QBM anwenden, sind aufgefordert, dieses mitzugestalten und Inputs für die Weiterentwicklung zu geben. Dieser für das QBM zentrale Bottom-Up Ansatz ist Programm: QBM wurde von Ärztinnen und Ärzten in Zusammenarbeit mit der BFH in Klausurtagungen und mit Arbeitsgruppen unter Beiziehung von Experten, immer in Kontakt mit Patientenstellen, der Stiftung für Patientensicherheit, Versicherern und Gesundheitspolitikerinnen und -politikern, entwickelt. Die Philosophie «Aus der Praxis für die Praxis» (Ramstein & Schneider 2011) will, dass die Qualitätsentwicklung in der Basis verankert ist.

So wird das QBM mit Hilfe von Rückmeldungen, im Austausch mit der Wissenschaft sowie durch Diskussionen an Workshops kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert.

Stufenweise über den Qualitätsnachweis hinaus

Die spiralförmige Darstellung des QBM-Stufenmodells ist Ausdruck für einen nachhaltigen und dynamischen Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsprozess, der auf die individuellen Bedürfnisse der Grundversorger angepasst ist (vgl. Tabelle 1). Hierzu sind drei Stufen entwickelt worden.

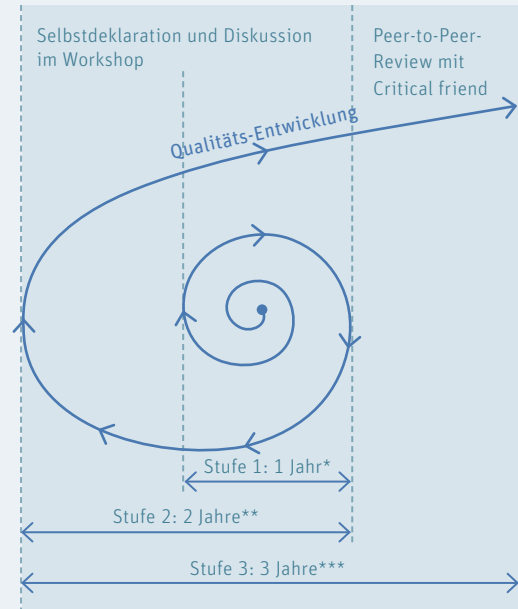
Auf der Stufe 1 kann sich das Praxisteam zu Beginn mit einem Set von Sensibilisierungsindikatoren auseinandersetzen – ohne grossen administrativen Aufwand. Diese Indikatoren sollen die Lust an der Auseinandersetzung mit Qualität wecken und deutlich machen, dass Qualität zu einem integralen Bestandteil der täglichen Abläufe werden muss.

In der QBM-Stufe 2 setzen sich die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte anhand ausgewählter, qualitätsrelevanter Indikatoren vertieft mit der Qualität ihrer Leistungen in der Praxis, insbesondere auch mit der Ergebnisqualität, auseinander. Während der Erhebungsphase werden die Daten über ein Online-Webportal von den Ärztinnen und Ärzten und den Medizinischen Praxis-Assistentinnen und -Assistenten (MPA) erhoben. Der durchschnittliche Erhebungsaufwand pro Tag beträgt ungefähr fünf Minuten. Nebst der jährlichen Online-Befragung der Mitarbeitenden wird auch einmal jährlich eine Erhebung der Patientenzufriedenheit in Papierform durchgeführt. Über jede Erhebungsphase erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine individuelle Auswertung, welche die eigenen Werte den Vergleichswerten aller teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen in anonymisierter Form gegenüberstellt. Diese werden regelmässig zusammen mit den MPA an Auswertungsworkshops analysiert und interpretiert.

Tabelle 1: QBM-Stufenmodell

Stufe 1 Sensibilisierungsstufe	<ul style="list-style-type: none"> – QBM-Teilnahmebestätigung nach einem Jahr – 2 Erhebungsphasen à 9 Wochen – MPA- und Patientenbefragung – Auswertungsworkshop nach jeder Erhebungsphase
Stufe 2 Vertiefungsstufe	<ul style="list-style-type: none"> – QBM-Qualitätsbescheinigung nach zwei Jahren – 4 Erhebungsphasen à 9 Wochen – Präventions- und diagnoserelevante Indikatoren – MPA- und Patientenbefragung – Auswertungsworkshop nach jeder Erhebungsphase
Stufe 3 Peer-to-Peer-Review	– Kollegiale, gegenseitige Praxisvisitation der Praxisteams (Critical Friends)
Abschlüsse:	
* Stufe 1: QBM-Teilnahmebestätigung	
** Stufe 2: QBM-Qualitätsbescheinigung Stufe 2	
*** Stufe 3: QBM-Qualitätsbescheinigung Stufe 3	

Kontinuierliche Qualitäts-Entwicklung im QBM



Die QBM-Stufe 3 beinhaltet einen gegenseitigen Praxisbesuch (Peer-to-Peer-Review). Dieser erfolgt auf der Basis der erhobenen Daten und durch ein gleichgestelltes, sich auf Augenhöhe begegnendes Peer-Team. Zusammen wird der auf Vertrauen und Dialog basierende, entwicklungsorientierte Qualitätsprozess vertieft. Schliesslich werden die konkreten Verbesserungsmassnahmen, die durch Rückmeldungen zu Stärken und Verbesserungspotenzialen aus fachlicher und kollegialer Sicht sowie durch die kritische (Selbst)-Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen entstanden und entwickelt wurden, umgesetzt und in einem Bericht festgehalten.

Das Stufenmodell ermöglicht die Teilnahme aller Ärztinnen und Ärzte unabhängig davon, wie weit die kontinuierliche Qualitätsarbeit und die Auseinandersetzung der jeweiligen Praxisteams fortgeschritten sind. Es ist möglich, auch direkt in die QBM-Stufe 2 einzusteigen, ohne vorher die Sensibilisierungsstufe zu durchlaufen.

In der Tabelle 2 sind die qualitätsrelevanten Themen der Grundversorgung in Fokusfelder gegliedert aufgelistet. Diese bezeichnen die thematischen Bereiche des QBM.

Die Fokusfelder sind thematische Schwerpunkte und beinhalten alle definierten und durch Experten validierten Indikatoren, die jeweils einem dieser Fokusfelder zugeordnet werden (Ramstein & Schneider 2009). Die thematischen Schwerpunkte des QBM bilden ein stabiles Gerüst. Sie sind jedoch nicht «in Stein gemeisselt», sondern können aufgrund von Entwicklungen, neuen Validierungen oder auch im Sinne der stetigen Qualitätsverbesserung des Instruments an sich, angepasst und ergänzt werden.

Tabelle 2: QBM-Fokusfelder

1.	Arzt-Patienten-Interaktion
2.	Fachwissen, Erfahrung, Verhalten und Reflexion
3.	Kooperation
4.	Strukturen und Abläufe
5.	Service, Patienten- und Kundenorientierung
6.	Mitarbeitende
7.	Qualitätsaktivitäten, wie z.B. die Teilnahme an Qualitätszirkeln, ausgelöste Verbesserungen, Analyse der fünf aufwändigsten Fälle usw.
8.	Work-Life-Balance
9.	Diagnoserelevante Indikatoren
10.	Präventionsrelevante Indikatoren
11.	Hintergrundvariablen (allgemeine, für die Berechnung sowie die Interpretation notwendige Basis-Informationen zur Praxis, z.B. Anzahl Patientinnen und Patienten, Arbeitsstunden, Ferien usw.)
12.	Patientenzufriedenheit
13.	Shared Decision Making

QBM lohnt sich

QBM lohnt sich für Ärztinnen und Ärzte, für Praxisteam, für Patientinnen und Patienten. Eine Ärztin berichtet, dass sie dank der Auseinandersetzung mit der Qualität in der eigenen Praxis begonnen hat, ihre Work-Life-Balance ernster zu nehmen und im Tagesablauf zu integrieren. Dabei geholfen haben ihr die beiden Fokusbereiche «Arzt-Patienten-Interaktion» und «Work-Life-Balance». Zwischenmenschliche Konflikte und Überarbeitung verursachen wohl die häufigsten Probleme in einer Arztpraxis. Ein angenehmer Umgangston im Praxisteam und eine auf Vertrauen basierende Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen, mit Patientinnen, Patienten und mit Partnern (Peltenberg et al. 2005) tragen hingegen zur Verbesserung des Praxisklimas bei. Ist die Work-Life-Balance im Gleichgewicht, so kann man davon ausgehen, dass auch das Klima in der Praxis davon profitiert. Durch praxisorientierte Qualitätsentwicklung werden darüber hinaus interne Verbesserungen vorgenommen, wie etwa die Standardisierung häufiger Arbeitsabläufe.

Mittel- und langfristig können durch kontinuierliche Qualitätsarbeit auch die Arbeits- und Kompetenzverteilung in der Grundversorgung und dadurch der Ressourceneinsatz optimiert werden. Dies wird nicht nur die Attraktivität der betroffenen Berufe steigern, sondern auch einen optimalen Nutzen für Patientinnen und Patienten ermöglichen.

Letztlich lohnt sich das QBM auch finanziell. Ein in der Praxis etabliertes Qualitätsentwicklungsinstrument wie QBM wertet den monetären Wert einer Praxis auf. Aussagen von QBM-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern zufolge dürfte es für eine Praxis mit etabliertem Qualitätsinstrument etwas einfacher werden, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu finden und damit die Übernahme der Praxis zu sichern. Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit einem Qualitätsinstrument wie dem QBM auch die Herausforderung des Mangels an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern proaktiv angegangen werden kann.

Wird Qualität schliesslich zum Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld, so dient dies nicht nur den Grundversorgern, sondern auch den Patientinnen und Patienten und damit dem gesamten Gesundheitswesen.

Vom Pilotprojekt zum etablierten Instrument

Das QBM hat es geschafft, sich vom Pilotprojekt zum etablierten Qualitäts-Entwicklungs-Instrument in der schweizerischen Grundversorgung zu entwickeln. Erstmals startete die Stufe 3 des QBM im vergangenen Sommer mit einer Kick-off-Veranstaltung. Bis Ende 2015 werden die gegenseitigen Praxisbesuche, die sogenannten Peer-to-Peer-Reviews, stattgefunden haben. Dabei werden die Praxen in enger Zusammenarbeit und nach den Grundsätzen der ebenbürtigen Fachkompetenz visitiert. Ausgangslage sind die vier Auswertungen pro Praxis, die auf der Stufe 2 des QBM erworben und an den Workshops mehrfach analysiert und diskutiert wurden. Produkt ist ein Qualitätsbericht, der die Vergabe der QBM-Qualitätsbescheinigung (Stufe 3) ermöglicht.

Damit die kontinuierliche Qualitätsarbeit der Schweizer Ärzteschaft allen Patientinnen und Patienten Nutzen bringt, soll das QBM flächendeckend und mit einer breit abgestützten Trägerschaft der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden. Deshalb soll es nicht nur für deutschsprachige Ärztinnen und Ärzte, sondern künftig auch für Ärzte in der Romandie und im Tessin zugänglich gemacht werden (Ramstein & Schneider 2011). Auch soll das Instrument noch spezifischer auf die Bedürfnisse der wachsenden Anzahl von Gruppenpraxen ausgerichtet werden.

Unabdingbar ist dabei, dass die Grundversorger die Qualitätsarbeit in der Praxis in den eigenen Händen behalten und die damit verbundene Eigenverantwortung übernehmen. Denn ist erst einmal ein Schritt in Richtung Idealzustand (Best Practice) gemacht, muss die «Qualitätsreise» per Informations- und Erfahrungsaustausch kontinuierlich Schritt für Schritt fortgesetzt werden. ■

Literatur:

- Peltenberg, M.; Kernen, H.; Schneider, P.; von Below, G. C.; Waldis, G.; Vogel, H. A.; Roches, J.-C. & Schoop, W. (2005): Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Schweizerische Ärztezeitung, 86(18), S. 1055–1059.
- Ramstein, C.; Schneider, P. (2009): Wie kann in der Grundversorgung Qualitätssicherung erbracht und Qualität transparent gemacht werden? Qualitäts-Basismodul. Schweizerische Ärztezeitung, 90(39), S. 1498–1500.
- Ramstein, C.; Schneider, P. (2011): Von der Herausforderung, ein Qualitätsmanagement-System zu entwickeln. Schweizerische Ärztezeitung, 92(9), S. 1883–1889.
- Schibli, D.; Hodel, M. (2012): Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern. http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf (abgerufen im Juli 2015).