

Aus der Praxis für die Praxis – dieser Ansatz zur Erarbeitung eines qualitätssichernden Indikatorensets hat eine realistische Chance, auch tatsächlich in die Praxis Einlass zu finden. Nicht wenige qualitätssichernde Massnahmen halten den vielzitierten WZW-Kriterien aktuell nicht stand. Sie sind aufwendig, wenig nutzenbringend und benötigen eine gehörige Portion intrinsische Motivation, um auch langfristig durchgeführt zu werden. Hier setzt das Basismodell des VEDAG an: Mit einfachen Fragen, die sich in wenigen Minuten ohne grosse zusätzliche Belastung in den Praxisalltag einbauen lassen, wird der Arzt für Qualitätsthemen regelmässig sensibilisiert und kann so auch auf für ihn relevante Probleme reagieren. Die Idee, die Einstiegsschwelle in die Welt der systematisierten Qualitätsinstrumente an der Basis auszu-

richten, ist ein vielversprechender Ansatz, um möglichst flächendeckende Qualitätsaktivitäten anzuregen und zu dokumentieren. Die FMH hat dieses Projekt unterstützt, weil hier wertvolle Arbeit an der Basis geleistet wird, welche die Qualitätsdiskussion bereichert. Die positiven Erfahrungen motivieren alle Beteiligten, das Projekt weiterzuführen und in einem nächsten Schritt das Modell breiter zu verankern. Zudem soll auch bei den anderen Partnern die entsprechende Akzeptanz und Anerkennung dafür geschaffen werden.

Dr. med. Daniel Herren MHA, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, Verantwortlicher für das Ressort DDQ

Gedanken zur Pilotphase VBQM (VEDAG Basis Qualitäts Modell)

Von der Herausforderung, ein Qualitätsmanagement-System zu entwickeln

Christoph Ramstein^a,
Philipp Schneider^b

^a Dr. med., Co-Präsident
VEDAG

^b Prof., Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule BFH

Der Verband deutschschweizerischer Ärztesellschaften (VEDAG) [1] engagiert sich im Rahmen von Klausurtagungen und mit Arbeitsgruppen, die von Q-Fachexperten begleitet werden, seit rund 10 Jahren intensiv bei der Sicherung und Entwicklung der Qualität in der hausärztlichen Praxis [2, 3, 4]. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen führte 2008 zur Idee, ein qualitätsrelevantes Indikatorenset «von der Praxis für die Praxis» zu entwerfen. Eine Arbeitsgruppe [5] hat in der Folge – mit Unterstützung des Kompetenzzentrums Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule BFH (KPZ QM) – ein Indikatorenset erarbeitet. Dabei wurde ein Good-Practice-Ansatz verfolgt, d.h. die Indikatoren entsprechen einem von Experten akzeptierten Standard. Wo möglich wurden evidenzbasierte Erkenntnisse berücksichtigt. So entstand das «Qualitäts-Basismodell» [6].

Vom Modell zur Testphase

Nachdem das «Qualitäts-Basismodell» anhand von Fallbeispielen an der VEDAG-Klausurtagung 2009 vorgestellt und diskutiert wurde und Unterstützung fand, hat sich der VEDAG entschlossen, in einem dreimonatigen Pilotprojekt das Indikatorenset des «Qualitäts-Basismodells» (d.h. anhand einer Auswahl aus dem umfangreichen Indikatorenset) bei einer grösseren Anzahl von Ärztinnen und Ärzten im professionellen Alltag anzuwenden und auszuwerten. Dieses Pilotprojekt wurde ermöglicht dank der finanziellen und ideellen Unterstützung der Ärztekasse und der FMH (Abteilung DDQ). Beide Partner unterstützten das Projekt, um einen Beitrag zur Belebung der Qualitätsdiskussion in der Grundversorgung zu leisten.

Die Erhebung hatte zum Ziel, messbare Qualitätsdaten zu generieren und die Ärzteschaft für qualitäts-

relevante Fragen zu sensibilisieren, d.h. sie einzuladen, über qualitätsrelevante Fragestellungen nachzudenken und, falls nötig, Veränderungen auszulösen. Beispiele dazu sind Fragen wie: «Traten bei Ihnen heute Fälle auf, bei denen Sie anhand von Risiko- und Warnsignalen (Alarmglocken) spontan auf Basis ihrer bisherigen Erfahrungen intuitiv – unabhängig/zusätzlich von/zu objektiven Erkenntnissen – reagiert haben?» oder «Kennen Sie die fünf teuersten Fälle des Jahres 2010?»

Messbare Kennzahlen wiederum können Quervergleiche, vergleichende Aussagen ermöglichen und werden den Teilnehmenden zur Einschätzung der eigenen Situation zur Verfügung gestellt. Beispiele dafür sind das Verhältnis Administration-patientenbezogene Praxistätigkeit, Informationen zur Fluktuationsrate oder Daten zu ausserplanmässigen Konsultationen wegen Entgleisung eines Diabetes mellitus. Alle definierten Indikatoren wurden zehn sogenannten Fokusfeldern, d.h. thematischen Schwerpunkten wie Fachwissen, Strukturqualität oder Qualitätssicherung zugeordnet.

Neben inhaltlichen Fragen prüfte die Arbeitsgruppe auch, wie ein solches Indikatorenset eingesetzt werden könnte. Sie entschied sich für eine internetbasierte Online-Plattform der Berner Fachhochschule, auf der sich die Kolleginnen und Kollegen täglich oder wöchentlich mit den Indikatoren auseinandersetzen. Für die Pilotphase konnte eine beschränkte Auswahl (d.h. ca. 30%) der Indikatoren aus dem Indikatorenset berücksichtigt werden. Diese wurden in tägliche, wöchentliche und monatliche Fragen unterteilt. Zudem gab es eine beschränkte Anzahl Einzelfragen und Hintergrundvariablen. Dabei wurde der Erhebungs-

Korrespondenz:
Dr. med. Christoph Ramstein
Platanen 46
CH-4600 Olten

christoph.ramstein@hin.ch

Prof. Dr. Philipp Schneider
Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement
Berner Fachhochschule
Falkenplatz 24
CH-3012 Bern

philipp.schneider@bfh.ch

www.qm.bfh.ch

aufwand von fünf Minuten pro Tag nicht überschritten. Die Auswertung hat gezeigt, dass der durchschnittliche Aufwand (mittlere Bearbeitungszeit) bei der täglichen Befragung über drei Monate (arithmetisches Mittel) 0h 2m 47s, resp. (Median) 0h 1m 54s betrug, was den zeitlichen Vorgaben entsprach. Die mittlere Bearbeitungszeit bei der wöchentlichen Befragung betrug im Vergleich (arithmetisches Mittel) 0h 10m 57s und (Median) 0h 9m 19s.

«Die Erhebung hatte zum Ziel, messbare Qualitätsdaten zu generieren und die Ärzteschaft für qualitätsrelevante Fragen zu sensibilisieren.»

Im Pilotprojekt haben 67 Ärztinnen und Ärzte aus fünf Kantonen mitgemacht. Während der Erhebung gab es dreimal eine schriftliche Patientenbefragung, und zum Abschluss wurde das Projekt mit den Teilnehmenden evaluiert. Als Produkt des Pilotprojektes erhielten alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine individuelle Auswertung mit persönlichen Resultaten im Vergleich zum Mittelwert und Median (Abbildung 1 und 2).

Erkenntnisse zur Methode

An der Abschlussbefragung beteiligten sich 90% der Teilnehmenden. Die Erfahrungen und Resultate der

Abschlussbefragung zeigen, dass sich die Erfassung über eine Internetplattform eignet. Während des ganzen Projekts traten bei der Erfassung praktisch keine Probleme auf, eine hohe Stabilität war immer gewährleistet. Das Instrument wurde als anwenderfreundlich und einfach handhabbar erlebt. Geschätzt wurde die Möglichkeit, zeit- und ortsunabhängig zu arbeiten, oft parallel zum Bearbeiten der E-Mails. Gelobt wurde ausdrücklich, dass nicht noch weitere Dokumente («Papierkram») angefallen seien. Die «Kinderkrankheiten» des Systems wurden erkannt und analysiert und können in einer weiteren Version behoben werden. Anhand der Auswertungen und Rückmeldungen zeigte sich keine eindeutige Präferenz bezüglich der wöchentlichen oder täglichen Erfassungsmethode: 51% votierten für eine wöchentliche, 49% für eine tägliche Befragung. Bei der täglichen Befragung haben 86% der Teilnehmenden regelmässig mitgemacht, bei den wöchentlichen Befragungen waren es 90%. Über die Wochenenden wurden keine Indikatoren abgefragt. 90% aller Teilnehmenden vertraten zudem die Ansicht, dass Hausärzte ihre Qualität mit diesem oder einem ähnlichen System erfassen und nachweisen sollen.

Erkenntnisse zur Erhebung

Im Pilotprojekt haben von den 67 Ärztinnen und Ärzten 36 in der wöchentlichen und 31 in der täglichen Erfassung mitgemacht. Das Verhältnis Männer zu Frauen betrug 60:40, dasjenige der Gruppenpraxen zu Einzelpraxen 31:27 (9 missing). Die Verteilung des Alters lag zwischen 36 und 66 Jahren. Alle Daten basieren ausschliesslich auf einer Selbstdeklaration und wurden – da es sich um ein Pilotprojekt handelt – weder überprüft noch plausibilisiert. Wenige offensichtliche Ausreisser (z. B. falsche Eingaben oder Tippfehler) wurden entfernt, grundsätzlich wurden jedoch die erhaltenen Daten uneingeschränkt übernommen. Bezüglich der Aussagekraft muss darauf hingewiesen werden, dass die Teilnehmenden freiwillig sowie auf Selbstanmeldung mitgemacht haben und ihre Zusammensetzung nicht bezüglich Repräsentativität überprüft und korrigiert worden ist.

Das Ziel des Pilotprojektes bestand darin, die Tauglichkeit von praxisnahen Indikatoren, die wie erwähnt von der Basis für die Basis erarbeitet worden sind, sowie das Erfassen der Daten über eine Internetplattform zu überprüfen. Beide Ziele wurden erreicht und von den Teilnehmenden als erfolgreich bewertet. 50 der 67 Teilnehmenden haben die Frage, ob relevante und bedeutsame Anteile der hausärztlichen Tätigkeit erfasst worden sind, ganz oder teilweise bejaht. Über die Hälfte empfiehlt das Mitmachen an einem solchen Projekt uneingeschränkt, weitere 20 mit Einschränkungen, nur viermal wurde eine Weiterempfehlung auf keinen Fall empfohlen. Ein Teil der Indikatoren verfolgte das Ziel, die Kolleginnen und Kollegen bezüglich der Qualität in der hausärztlichen Tätigkeit zu sensibilisieren. Die Abbildung 3 zeigt, dass die Mehr-

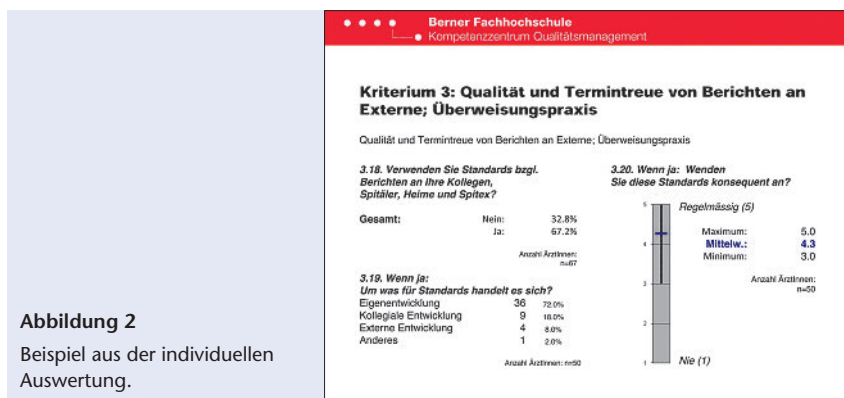
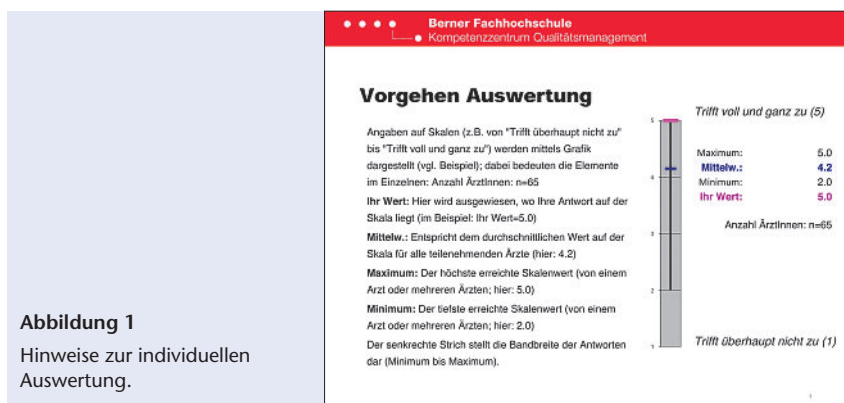


Abbildung 3

Antworten zur Sensibilisierung.

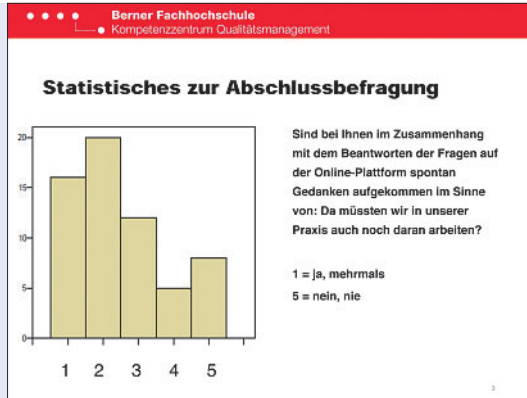


Abbildung 4

Auswertung der Hintergrundvariablen.

Hintergrundvariablen zur Praxistätigkeit

	Behandelte Pat.	Hausbesuche	Heimbefuche	Stunden Praxistätigkeit	Stunden Admin
N	39*	39	39	39	39
Mittelwert	20.7	0.6	0.9	7.1	1.5
Median	18.4	0.4	0.5	6.9	1.2

* Erfasste Rückmeldungen = Teilzeit und Vollzeit

heit der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einen solchen Sensibilisierungseffekt wahrgenommen hat. Ein Drittel der Teilnehmenden hat in der Folge über ein entsprechendes Thema mit den MPA diskutiert und ca. 25% haben bereits erste Verbesserungen ausgelöst.

Bei der Auswertung der Hintergrundvariablen zeigen sich grosse Unterschiede. Diese sind darauf zurückzuführen, dass in der wöchentlichen Befragung alle teilzeitpraktizierenden Ärzte erfasst wurden, in der täglichen aber nur Personen, die mindestens eine 80%-Praxistätigkeit deklariert haben. Bei den Vollzeitpraktizierenden ergeben die Resultate im Durchschnitt täglich 20 Patienten, einen Haus- oder Heimbefuch, und das Verhältnis der Praxistätigkeit (d.h. direkte Arbeit am Patienten) zur Administration ergibt ein Verhältnis von 7:1.

Der Umgang mit den Daten wurde in einem Datenreglement geregelt, sodass die Teilnehmenden vor Missbrauch geschützt sind. Deshalb wird an dieser

Stelle auf eine detaillierte Publikation der Daten verzichtet. Bei einer Fortsetzung der Erfassung ist geplant, einzelne Indikatoren in Absprache mit den relevanten Anspruchsgruppen wie FMH oder BAG zu bezeichnen und im Sinne von qualitätsrelevanten Indikatoren in der ambulanten Gesundheitsversorgung der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Ausblick

Zahlreiche positive Rückmeldungen – selbst grosse Skeptiker fanden am Modell Gefallen – sowie die Auflagen der eingangs erwähnten Sponsoren haben den VEDAG dazu veranlasst, ein Nachfolgemodell zu entwickeln. Dieses soll künftig – mit einer breit abgestützten Trägerschaft – als Qualitätsmodul mehrsprachig der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden können. Dies wird unter anderem ermöglicht durch die bestehende synergistische Zusammenarbeit mit der Abteilung DDQ der FMH sowie durch die Kontakte mit den qualitätsrelevanten Playern im Gesundheitswesen.

Literatur

- 1 Ramstein C. VEDAG – historischer Dachverband mit gesundheitspolitischem Weitblick. Schweiz Ärztzeitung. 2008;89(17):744.
- 2 VEDAG. Gesundheitspolitik aus der Optik der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – 7 Leitsätze. Schweiz Ärztzeitung. 2004;85(29/30):1531–4.
- 3 Waldis G. Welche Qualität ... Ein Essay, ein Alptraum oder ein Märchen? Schweiz Ärztzeitung. 2004;85(12):637–8.
- 4 Peltenburg M, et al. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. Schweiz Ärztzeitung. 2005;86(18):1055–9.
- 5 AGQ II VEDAG: Dr. med. Sven Capol (KAG ZG, Kantonsarzt Kanton SZ), Dr. med. Jörg Fritschi (KAG LU und Präsident medswiss.net), Prof. Christoph Gehrlach (Fachexperte Auswertung), Dozent, Projektleiter und Leiter Studiengänge «Management im Gesundheitswesen», Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement Berner Fachhochschule, Dr. Hans Kernen (Moderator), kernen resource management ag, Frau Dr. med. Monika Loy (AGZ), Frau Dr. med. Cornelia Moll, GAeSO, Dr. med. Christoph Ramstein, Co-Präsident VEDAG, Prof. Philipp Schneider (Fachexperte), Dozent und Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement BFH Bern.
- 6 Ramstein C, Schneider P. Qualitäts-Basismodell. Schweiz Ärztzeitung. 2009;90(39):1498–1500.