

Handlungswille allein genügt nicht

Qualitätskonzepte in der Medizin sollen pragmatisch aufgebaut werden, Assessments und Zertifizierungen weiterhin freiwillig erfolgen. Doch braucht es Anreize für die Ärzte, damit den wohlmeinenden Botschaften endlich Taten folgen. So lautet ein Fazit des Workshop der Santésuisse zum Thema «Qualität in der Arztpraxis».

Kurt Hess

Der Stellenwert der Qualitätssicherung in der Medizin wird seit je kontrovers diskutiert. Von den Ärzten werden Forderungen nach einer transparenten Qualität oft als anmassend empfunden. Und die Verbände, wie teilweise auch die Versicherer, berufen sich gerne darauf, dass sich eine gerechte Qualitätsbewertung vorzugsweise auf Ergebnisindikatoren abstützen sollte, die im ambulanten Bereich aber nur schwer zu erfassen sind. In der Tat fokussiert eine Mehrheit der Qualitäts-Assessments auf Struktur- und vergleichsweise wenige Prozessindikatoren. Um diese zu untersuchen und aktuelle Erfahrungsberichte zu bekannten Assessments sowie der klinischen und der Performance-Qualität zu diskutieren, lud die Santésuisse am 23. November 2005 zum Workshop «Qualität in der Arztpraxis» nach Bern.

An Dynamik gewonnen

Seit 1996 besteht mit Art. 58 des KVG ein Gesetzesauftrag, Konzepte zur Qualitätssicherung zu entwickeln und zu etablieren. Die gesetzte Frist ist längst abgelaufen. Die Tatsache, dass sich auch seither kaum etwas bewegt hat, abgesehen von Aktivitäten aus der Ecke des Managed Care, war Basis für die Mo-

die Position der Verbände beinhalten.

Erfahrungen in Grossbritannien

Im Zentrum des Interesses standen zweifellos die Ausführungen des Arztes Robert Dobler vom britischen National Health Service (NHS). Seit April 2004 besteht der «New Contract» und ist verbind-



Die Beiträge der ausländischen Referenten stiessen auf grosses Interesse.

tion der Nationalrätin Bea Heim. Sie fordert eine nationale Plattform für die Belange der medizinischen Qualitätssicherung und der Patientensicherheit, die im laufenden Jahr von beiden Räten mit hohem Mehr überwiesen worden ist. Damit hat das Thema an Dynamik gewonnen. Die vom Morphologen Thomas Braun professionell moderierte Tagung bot einen Überblick aus unterschiedlichen Perspektiven, der sowohl praktische Erfahrungsberichte wie auch

lich für alle niedergelassenen Allgemeinärzte. Dieser Vertrag schafft eine direkte Verbindung zwischen Arzthonorar und Qualitätsnachweis. Rund 20 Prozent beträgt der Anteil der qualitätsabhängigen Zahlungen am Gesamthonorar. Die Qualitätsindikatoren werden national festgelegt und sind evidence based. Mehr als die Hälfte davon sind klinische Indikatoren, die sich einstweilen auf zehn Diagnosegruppen beziehen. Daneben gibt es aber auch organisa-

torische oder strukturelle Indikatoren sowie solche der Patientenzufriedenheit. Die Datenerhebung der klinischen Indikatoren erfolgt durch direkten Zugang der Gesundheitsbehörde zu den elektronischen Patientenkarteen der Ärzte. Daneben werden die Daten und die ärztlichen Angaben bei einer jährlichen Überprüfung vor Ort durch das Quality Outcome Framework (QOF) verifiziert und diskutiert.

Robert Dobler wertet die Erfahrungen wie auch die Akzeptanz des «New Contract» als überwiegend positiv. So wird beispielsweise jeder Arzt direkt durch die elektronische Kartei auf vernachlässigte Indikatoren oder auf Patienten mit kritischen Werten aufmerksam gemacht. Andererseits verhehlt er nicht, dass eine gewisse Gefahr besteht, dass sich die Ärzte vorzugsweise auf jene Gebiete konzentrieren, die Qualitätspunkte und damit Honorar generieren. Das Indikatorenset und damit die erfassten Diagnosengruppen werden deshalb kontinuierlich erweitert.

Der deutsche Ansatz

Diesem Top-down-Approach stellte Björn Broge vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in Göttingen einen deutschen Ansatz gegenüber, der mehr auf Konsensprinzipien basiert. Im Auftrag der AOK und unter Beizug von Ärzten, Ärztenetzexperten und internationalen Gutachtern entwickelte das AQUA-Institut ein klinisches Indikatorenset für ärztliche Netzwerke. Ähnlich wie im Set des NHS fokussiert das AOK-Set auf acht wichtige und häufige Versorgungsbereiche, daneben sind Indikatoren für die Pharmakotherapie, Laboruntersuchungen und die Prävention erarbeitet worden. Noch ist das Konzept nicht auf breiter Basis implementiert, 2005 stehen drei Ärztenetze unter Vertrag, wobei die AOK-Indikatoren einen wesentlichen Vertragsbestandteil darstellen. Die Gutachter sind teilweise die gleichen wie im NHS-System, weshalb auch die Indikatoren teilweise identisch sind. Zur Zeit sieht Björn Broge den Vorteil des AOK-Kon-



Die rund 110 Teilnehmer diskutierten über mögliche Strategien.

zepts in erster Linie im Lerneffekt und in strukturierten Zieldiskussionen.

Wer in der Schweiz hat den Anreiz, neue Anreize zu setzen?

Die in der Schweiz existierenden Systeme bauen auf den international validierten Indikatoren des European Practice Assessment (EPA) auf. Beat Künzi, wissenschaftlicher Leiter des Swisspep-Instituts für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, stellte dieses Projekt vor. Die gegen 200 Indikatoren erlauben ein multidimensionales Assessment in fünf Praxisdomänen: Infrastruktur, Menschen, Informationsmanagement, Finanzen, Qualität und Sicherheit. Die Erfahrungen in bis heute 60 Arztpraxen sind laut Beat Künzi vorwiegend positiv. Um dieses wissenschaftliche Konzept breiter zu etablieren, fehlt es jedoch an Anreizen für die Ärzte. In der Diskussion wurde zudem die deutliche Ausrichtung auf Strukturindikatoren bemängelt. Hier geht die Stiftung EQUAM (Externe Qualitätssicherung in der Medizin) in zweierlei Hinsicht weiter und beschreitet teilweise eigene Wege, wie Felix Huber, Mitinitiator und Stiftungsrat von EQUAM, ausführte. Die vom Bund als Zertifizierungsstelle akkreditierte Institution

ist voll kompatibel mit dem EPA-System, indem sie die gleichen Indikatoren nutzt und ihr Assessment (Zertifizierungs-Audit) zusammen mit EPA durchführt. Bereits haben die ersten Einzelpraxen ein Basis-Zertifikat (Teil A) erworben, nachdem bis anhin vorwiegend HMO und Netzwerke zertifiziert worden sind. Für solche Modelle des Managed Care hat die EQUAM die Anforderungen deutlich erhöht und zusätzlich einige qualitätsrelevante Prozessindikatoren als obligatorisch erklärt. Sie betreffen unter anderem die Qualitätszirkelarbeit, klinische Richtlinien und Disease Management (Teil B). Gegenwärtig initiiert die EQUAM ein viel beachtetes Projekt zur Integration von klinischen Indikatoren nach dem Muster des AOK- und des NHS-Indikatorensets (Teil C). Die lockere Kooperation mit diesen beiden Institutionen erweist sich als sehr fruchtbar. Im ersten Semester 2006 sollen einstweilen die Indikatoren der koronaren Herzkrankheit sowie der Hypertonie zu Zertifizierungsstandards umgesetzt und in Pilotprojekten geprüft werden. Doch auch Felix Huber konstatiert, dass für Qualitäts-Assessments und besonders für Zertifizierungen keinerlei Anreize für die Ärzte bestehen.

Hat der Konsens-Approach versagt?

Die abschliessende lebhaft Podiumsdiskussion wurde mit der Feststellung eingeleitet, dass das bisher Erreichte entweder auf dem Boden einiger initiativer Ärzte gewachsen ist oder dann ex cathedra verordnet wurde. In der Frage, wie die Projekte nun weitergeführt werden sollen, zeigte sich denn auch eine Divergenz zwischen den Verbänden und Ämtern und den Akteuren auf Leistungserbringerseite sowie der Motionärin Bea Heim. Dem Autor dieses Berichts, der selbst ein Dutzend Jahre lang Qualitätskonzepte auf- und Illusionen abgebaut hat, fehlt der Glaube, dass weitere Jahre der Vernehmlassungen, Zieldiskussionen und Expertengespräche zu mehr Ergebnissen führen werden. Fruchtlos ist auch das Warten auf das perfekte Qualitätsbemessungssystem, da es dieses nicht gibt. Ein Kardiologe aus dem Publikum

brachte es auf den Punkt: «Jedes Jahr, das wir in weiteren Diskussionen verlieren, geht auf Kosten unserer Patienten.» So konnte denn auch ein dreifacher Konsens über das weitere Vorgehen erarbeitet werden: Zukünftige Strategien sollen auf dem Erprobten und Bewährten pragmatisch aufgebaut werden. Assessments und Zertifizierungen sollen vorzugsweise freiwillig bleiben, doch sind Anreize für die Ärzte zu generieren, um die Qualitätssicherung zu fördern. Einer Fragmentierung des Qualitätskonzeptes sollte dringend entgegengewirkt werden, indem die einschlägigen Institutionen konstruktiv zusammenarbeiten. Bleibt noch die Erkenntnis, dass die viel gescholtenen klinischen oder Outcome-Indikatoren sich sukzessive als praktikabel erweisen und weiterentwickelt werden sollen. Doch dies können die oben erwähnten initiativen Ärzte nicht allein vollbringen.

Der Workshop über «Qualität in der Arztpraxis» hat eine spannende Auslegeordnung der Möglichkeiten und Meinungen präsentiert, aber auch Berichte über praktische Erfahrungen der Akteure. Die Botschaften sind vielfältig, der kleinste gemeinsame Nenner mag etwas gar klein erscheinen, doch kam von allen Seiten ein Handlungswille zum Ausdruck, den Botschaften nun mehr als weitere Botschaften folgen zu lassen. Die Santésuisse als kompetente Veranstalterin ist gewillt, diese Rolle auch weiterhin zu übernehmen, wie ihr Direktor Marc-André Giger in seinem Schlussvotum bekräftigte. ■

Autor:
Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess
 Projekte im Gesundheitswesen
 Grossmünsterplatz 1
 8001 Zürich
 E-Mail: kurt.hess@hin.ch

Qualitätsmanagement praktisch

Der Autor Matthias Frank ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Rehabilitationswesen in Karlsruhe, Deutschland. Thema des Buches ist das praktische Qualitätsmanagement, verfasst von einem Praktiker, der mit verschiedenen Verfahren von Qualitätsmanagement Erfahrungen in seiner eigenen Praxis gesammelt hat. Matthias Frank hat das Buch für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen geschrieben, die sich dafür interessieren, wie Qualitätsmanagement funktioniert und welche Möglichkeiten es gibt, dieses in der Praxis umzusetzen. Das Buch bietet einen

abwechslungsreichen Überblick über konzeptionelle Grundlagen, relevante Definitionen und die wichtigsten Qualitätsmanagement-Systeme. Darüber hinaus enthält es zahlreiche konkrete Anregungen, Tipps, Handlungsanleitungen, Arbeitshilfen und Checklisten. Der Inhalt ist umfassend und aufgrund der umsetzungsorientierten Darstellung sowohl für Fortgeschrittene in Sachen QM wie auch für Einsteiger eine Bereicherung. (Ruedi Wartmann)

Frank, Matthias: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – erfolgreich umgesetzt. 2. Auflage 2005. Schattauer Verlag Stuttgart/New York. ISBN 3-7945-2391-1. 47.90 Franken.

