

# Qualitätsmanagement in Netzwerken

**Netzwerke müssen sich über die Qualität der medizinischen Versorgung profilieren. Das Preisargument der günstigeren Prämie oder des tieferen Selbstbehaltes für die Patienten soll erst in zweiter Linie eingesetzt werden und der Preisnachlass eine Folge des Qualitätsmanagements sein.**

**Felix Huber**

**M**anaged Care hat die Chance, durch eine bessere Koordination der medizinischen Behandlung die Abläufe effizienter zu gestalten und dabei die Betreuungsqualität zu verbessern. Dies konnte beispielhaft bei den Veteran Affairs in den USA gezeigt werden [1].<sup>1</sup> Durch eine bessere Steuerung wurden bei den wichtigen chronischen Krankheiten die Lebensqualität verbessert, die Überlebenszeit verlängert und die Kosten gesenkt. Managed Care in der Schweiz bewegt sich in einem hoch kompetitiven Umfeld und kann sich nur mit einer laufend praktizierten hohen medizinischen Versorgungsqualität durchsetzen. Die laufende Qualitätsoptimierung muss den beteiligten Leistungserbringern einen Gewinn bringen, und dies nicht nur im materiellen Sinn über eine bessere Entschädigung (höhere Taxpunktwerte, Steuerpauschalen). Qualitätsarbeit kann

nicht gegen den Widerstand der Leistungserbringer umgesetzt werden, sie muss so gestaltet sein, dass es den Beteiligten Spass macht und ihre Berufskompetenz stärkt. Dann erhöht sich die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und vermittelt Sicherheit bei der Patientenbetreuung. Um dieses zentrale Element von Managed Care laufend umzusetzen braucht es ein eigentliches Qualitätsmanagement mit folgenden Zielen:

1. Vermeidung von Zufälligkeiten und Abbau der Heterogenität des ärztlichen Handelns.
2. Verhindern von Unterversorgung, insbesondere unter Budgetmitverantwortung.
3. Aufbau von Qualitätsmarken.

Die eingesetzten Mittel zur Erreichung dieser Ziele sind:

- regelmässige, hochfrequente und gut strukturierte Qualitätszirkelarbeit
- gemeinsames Erarbeiten von evidenzbasierten Handlungsleitlinien
- personelle und finanzielle Ressourcen zur Aufarbeitung der relevanten Themen
- laufende Kosten-Nutzen-Analysen und Datenzugang für Quer- und Longitudinalvergleiche
- Critical Incident Reporting.

## **Vermeidung von Zufälligkeiten und Abbau der Heterogenität**

Netzwerke bieten Ärzten die grosse Chance, ihr Handeln vergleichen zu können [2]. Das fängt bei der kontinuierlichen Überweisungs- und Hospitalisationsbesprechung an. Ärzte gehen oft davon aus, dass ihr Handeln «richtig» sei. Aussagen wie: «Ich habe noch nie einen Patienten



Felix Huber

unnötig hospitalisiert» oder «Ich mache schon eine sehr sparsame Medizin» sind seltsame Blüten einer Vereinzelungskultur in unserem Berufsalltag. Wir können den Vergleich unter den Kollegen systematisch über Fallvignetten, Lernschlaufen

**«Netzwerke bieten Ärzten die grosse Chance, ihr Handeln vergleichen zu können.»**

oder Performance-Messung angehen. Lernschlaufen definieren eine Ausgangsfrage, zum Beispiel: Wie gehe ich bei einer akuten Tonsillopharyngitis vor? Dann werden Patientendaten gesammelt, verglichen und Schlussfolgerungen gezogen. Nach einer gewissen Zeit wird die Umsetzung des Gelernten überprüft. Fallvignetten sind eine Stufe einfa-

<sup>1</sup> Ashton C.M. Hospital Use and Survival among Veteran Affairs Beneficiaries. NEJM 2003; 349: 1637-1646

cher. Sie stellen einen hypothetischen Fall dar. Die einzelnen Ärzte beantworten die dazu gestellten Fragen, zum Beispiel: Wie würde ich bei einem Harnwegsinfekt vorgehen? Die Antworten werden analysiert und verglichen. Wie bei der Lernschleife erfolgt jetzt das gemeinsame Erarbeiten einer Handlungsleitlinie. Man einigt sich unter Beizug der Evidenzliteratur auf einen gemeinsamen Nenner. Auch hier wird nach einer gewissen Zeit das hypothetische Handeln und somit das Wissen um Handlungsänderungen erneut erfasst. Performance-Messung setzt die höchsten Ansprüche. Alle Patienten mit einer bestimmten Diagnose (etwa Diabetes oder KHK) werden aufgrund festgelegter Indikatoren laufend und prospektiv erfasst. EQUAM wird ab 2007 auch Zertifikate für die Performance erteilen [3].<sup>2</sup>

### Unterversorgung verhindern

Bei der Budgetmitverantwortung sind eine Reihe von Massnahmen zu treffen, damit es nicht zu einer Unterversorgung kommt. Die Budgetverantwortung darf nie auf den einzelnen Arzt bezogen sein. Ein Budget wird von einer Gruppe von Ärzten (25–50) gemeinsam getragen. Der einzelne Arzt ist bereit, sein Handeln innerhalb der Gruppe völlig transparent zu gestalten. Das Risiko wird gemeinsam getragen. Für teure Fälle gibt es eine Rückversicherung. Die Budgetberechnung wird in Zukunft auch Morbiditätsdaten miteinbeziehen. Die Ärzte im Netzwerk sind primär ihren Patienten verpflichtet. Würden sie nicht so handeln, würden die Patienten diesen Arzt nicht mehr aufsuchen.

Die Patienten sind vollständig in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Es werden die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auch in ihrer ökonomischen Dimension besprochen und aufgezeichnet. Damit Ärzte diese Aufgabe übernehmen können, brauchen sie rasch verfügbare Entscheidungshilfen (Guidelines) und Zeitfenster für dieses oft

äusserst komplexe Fallmanagement (Case Management). Die Ärzte stellen den Patienten die für ein Shared Decision Making notwendigen Informationen in Patientendossiers zusammen. Alle diese Unterlagen sind öffentlich einsehbar und unterstehen damit einer gewissen Kontrolle.

### Aufbau von Qualitätsmarken

Ärztetnetze mit gleicher Betreuungphilosophie unterstellen sich einer Qualitätsmarke, einem Qualitätslabel, das für die Versicherten klar erkennbar und nachvollziehbar ist. Die beteiligten Ärzte sind aus eigenem Interesse darum besorgt, dass diese versprochenen Qualitätsstandards eingehalten werden. Inhalt einer solchen Marke kann zum Beispiel sein, dass sämtliche medizinischen Möglichkeiten offen stehen, dass diese aber möglichst sorgfältig und nach ausführlicher Information eingesetzt werden.

Das Einhalten der Qualität kann von aussen überprüft werden. Alle Ärztenetze unter einem gemeinsamen Label lassen ihre Leistungen

**«Ärztetnetze mit gleicher Betreuungphilosophie unterstellen sich einer Qualitätsmarke, einem Qualitätslabel, das für die Versicherten klar erkennbar und nachvollziehbar ist.»**

von aussen überprüfen und zertifizieren. Bereits heute verteilt die EQUAM-Stiftung Qualitätszertifikate für Einzel- und Gruppenpraxen und Ärztenetze. Diese bereits heute hohen Anforderungen können in Zukunft noch durch die Überprüfung der speziellen Labelinhalte erweitert werden.

Das Modell MediX etwa will sich als Dienstleistungsmarke im Gesundheitswesen etablieren. Wir haben dazu den Verein MediX Schweiz gegründet, der über den Markeninhalt befindet und die Einhaltung kontrolliert [4].<sup>3</sup> Um diese Ziele zu er-

reichen, braucht es personelle und finanzielle Ressourcen und organisatorische Strukturen, die im Folgenden erläutert werden.

### Gut strukturierte Qualitätszirkelarbeit

Ein Qualitätsmanagement in Ärztenetzen setzt regelmässige QZ-Arbeit voraus. MediX Zürich bietet seine QZ wöchentlich an und verlangt 20 Teilnahmen pro Jahr. Die QZ sollen die EQUAM-Kriterien erfüllen:

1. Regelmässigkeit (mindestens 8-mal jährlich).
2. Fester Kreis: der Zirkel ist in seiner Zusammensetzung definiert.
3. Moderation: Die Zirkelarbeit ist strukturiert und von einem Moderator geführt (SGAM-Kurse nicht als Bedingung).
4. Themenzentrierung: Jede Sitzung ist einem zuvor festgelegten und klar umschriebenen Thema gewidmet, das für die medizinische Qualität relevant ist. Es muss sich nicht notwendigerweise um eine Guideline handeln. Das Sitzungsziel ist definiert (Guideline, Erfahrungsaustausch, Entscheidung, Supervision, etc.).
5. Protokollieren: Von jeder Sitzung wird ein Protokoll erstellt und an die Teilnehmer versandt, inklusive Liste der Teilnehmer.
6. Die Qualitätszirkelarbeit soll Lernschleifen ermöglichen.

### Evidenzbasierte Handlungsleitlinien

Beim Abbau des heterogenen Handelns und bei den laufenden Kosten-Nutzen-Überlegungen geht es immer um die «richtige» Medizin. Diese muss von den Teilnehmern des Ärz-

**«Die Teilnehmer eines Ärztenetzes müssen zur vollständigen Transparenz bereit sein.»**

tenetzes definiert werden. Praktisch sieht das so aus, dass einer der Ärzte des Netzes die Leitung für ein bestimmtes Thema übernimmt. Er arbeitet aufgrund einer ausführlichen kritischen Literaturrecherche

<sup>2</sup> www.equam.ch

<sup>3</sup> Wirthner A. MediX Schweiz – eine Marke in der Gesundheitsversorgung. *Ars Medici* 2006; 13: 598–599

einen Entwurf. Dieser wird in den Qualitätszirkeln diskutiert. Falls vorher eine Fallvignette oder eine Fallsammlung (Lernschleife) begonnen wurde, werden abweichende Meinungen offen diskutiert. Die Umsetzung der Leitlinien kann systematisch, wie oben beschrieben, oder kasuistisch bei den Überweisungsbesprechungen überprüft werden.

### Aufarbeitung relevanter Themen

Diese Qualitätsarbeit setzt die notwendigen Ressourcen voraus. Der Leiter und Co-Leiter sollen eine Moderatorenausbildung haben. Die Vorbereitung und Nachbearbeitung eines QZ entspricht einem Pensum von zwei bis vier Stunden pro QZ. Dieser Aufwand, wie auch die Durchführung, muss finanziell abgegolten werden. Die Teilnahme am QZ wird bei MediX Schweiz denn auch abgegolten. Wir können dies dank der Steuerungspauschale, die uns gemäss den Capitation (Budget)-Verträgen zusteht. Die Aufarbeitung der relevanten Themen setzt den Online-Zugang zu den wichtigen Informationsquellen voraus.

### Kosten-Nutzen-Analysen und Datenzugang

Die oben erwähnten Massnahmen führen unweigerlich zu Kosten-Nutzen-Überlegungen. Wir stellen zum Beispiel fest, dass das Verschreibungsverhalten bei den Protonenpumpenblockern sehr unterschiedlich ist. Die evidenzgeführte Dis-

kussion zeigt, dass alle PPI gleichwertig, die Preise aber sehr unterschiedlich sind. Deshalb einigt sich das Ärztenetz auf ein Produkt, handelt vergünstigte Einkaufsbedingun-

**«Die Meldung von Fehlern entlastet die Kollegen auch von Schuldgefühlen und führt zu einem Lerneffekt bei allen Beteiligten.»**

gen aus und gibt den Rabatt gesetzeskonform weiter. Im weiteren Verlauf wird die Änderung des Verschreibungsverhaltens analysiert und im Ärztenetz verglichen [5].<sup>4</sup> Die Teilnehmer eines Ärztenetzes müssen zur vollständigen Transparenz bereit sein. Konkret bedeutet dies, die Daten von santé-suisse, Trustcenters, externen Labors, OFAC und so weiter und die von den Kassen gelieferten Kostendaten pro Arzt werden analysiert, verglichen und diskutiert.

### Critical Incident Reporting (CIR)

Ein CIR in der Grundversorgung kann zu einer laufenden Qualitätsoptimierung beitragen. Voraussetzungen sind ein Klima des Vertrauens und eine Atmosphäre des «Irren ist menschlich». Die Meldung von Fehlern entlastet die Kollegen auch von Schuldgefühlen und führt zu einem Lerneffekt bei allen Beteiligten. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern kann sich nur im gegenseitigen Respekt unter ehrlicher kollegialer

Offenheit und Bereitschaft von allen Beteiligten zur Selbstbescheidenheit entwickeln [6].<sup>5</sup>

Qualitätsmanagement in Netzwerken setzt professionelle Strukturen und eine angemessene Aufwandsentschädigung voraus. Ärztenetze mit Budgetverantwortung können über die mit den Kassen ausgehandelte Steuerungspauschale die Qualitätsaufwendungen finanzieren. Das Qualitätsmanagement lässt sich aber nur umsetzen, wenn es allen Beteiligten einen direkt spürbaren Mehrwert für die Patientenbetreuung bringt. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, wird die Qualitätszirkelarbeit zur wichtigsten Fortbildung für die Ärzte. ■

**Autor:**

**Dr. med. Felix Huber**

Leiter MediX Ärzte Zürich

MediX Gruppenpraxis

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

E-Mail: felix.huber@medix-aerzte.ch

Internet: www.medix.ch und

www.medix-gruppenpraxis.ch

### Literatur:

1. Ashton CM: Hospital Use and Survival among Veteran Affairs Beneficiaries. *NEJM* 2003; 349: 1637-1646.
2. Goetschi AS, Weber A: Ein Budget für Ärzte. *Schweiz Ärztezeitung*. 2004; 85: 2498-2503.
3. www.equam.ch
4. Wirthner A: MediX Schweiz – eine Marke in der Gesundheitsversorgung. *Ars Medici* 2006; 13: 598-599.
5. Baumberger J: So funktioniert Managed Care. Stuttgart: Thieme Verlag; 2001.
6. Huber F: CIR in der Grundversorgung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002; 83(28): 1517-1521.

<sup>4</sup> Baumberger J. So funktioniert Managed Care. Stuttgart: Thieme Verlag; 2001.

<sup>5</sup> Huber F. CIR in der Grundversorgung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002; 83(28): 1517-1521