

Nationale Qualitätsstrategie

Alle sprechen über Qualitätsverbesserung – was ist konkret gemeint?

Maria Wertli^{a,b,c}, Joël Lehmann^d, Ursula Käser^e, Esther Kraft^f, Sima Djalali^g

^aPräsidentin Qualitätskommission SGAIM; ^bDepartement Innere Medizin, Kantonsspital Baden, Baden; ^cUniversitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern; ^dGeschäftsführer EQUAM Stiftung, Bern; ^eVerantwortliche Bereich Qualität, Weiter- und Fortbildung SGAIM, Bern; ^fLeiterin Daten, Demographie Qualität DDQ/SAQM FMH; ^gDepartement Innere Medizin, Spital Zollikerberg, Zollikerberg; * Die Autorin und der Autor haben zu gleichen Teilen zum Artikel beigetragen.

Medizinische Behandlung und Pflege sind sicher und wirksam, erfolgen integriert in einen orchestrierten Behandlungsfluss und stets auf Augenhöhe mit Patientinnen und Patienten. So lautet die Vision der vom Bundesrat im März 2022 verabschiedeten nationalen Qualitätsstrategie 2022–2024. Die Qualitätskommission der SGAIM klärt wichtige Definitionen und beschreibt Anwendungsbeispiele.

Im März 2022 hat der Bundesrat die «Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung» (Qualitätsstrategie) publiziert [1]. Daraus leiten sich die Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung in der Medizin 2022–2024 sowie die Jahresziele der nationalen Qualitätskommission ab. Die Strategie hat zum Ziel, die Qualität in der Patientenbehandlung zu verbessern. Dabei werden Begriffe verwendet, die in der Praxis abstrakt erscheinen mögen und teilweise unterschiedliche Interpretationen zulassen. Im vorliegenden Artikel soll auf die Themenfelder und wichtigen Begriffe sowie de-

ren Definition (Tab. 1) eingegangen werden, mit dem Ziel, eine gemeinsame, praxistaugliche Sprache zu finden.

Qualität der Gesundheitsversorgung wird gemäss des Institute of Medicine (IOM) durch verschiedene Merkmale definiert [2]:

- **Wirksamkeit:** Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung für diejenigen, die diese benötigen (keine Fehlversorgung).
- **Sicherheit:** Keine vermeidbare Gefährdung der Patientinnen und Patienten durch die Behandlung.

Tabelle 1: Begriffe und vorgeschlagene Definition.

Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)	Verbesserungsmassnahmen sind Änderungen in der Struktur oder im Prozess der Leistungserbringung, welche dazu dienen, die gewünschten Ziele (besser) in Bezug auf den Handlungsbedarf zu erreichen. Sie entsprechen dem «Do»-Schritt des PDCA-Zyklus und sind weiterführende Massnahmen als die Qualitätssicherung, welche im Rahmen der Zulassung verlangt wird.
Qualitätsentwicklungsmassnahmen	Qualitätsentwicklung beinhaltet strategische Massnahmen auf einer höheren Ebene. Solche Massnahmen beziehen sich also nicht auf einzelne Qualitätsziele, sondern auf den gesamten Prozess der kontinuierlichen Verbesserung und unterstützen die QVM.
Qualitätsmanagement	Qualitätsmanagement umfasst die Gesamtheit aller qualitätsbezogenen Aktivitäten einer Organisation. Qualitätsmanagement beinhaltet fünf Schlüsselemente: 1. Organisatorische Qualitätsgrundsätze mit messbaren Zielen; 2. Das Schaffen der strukturellen Voraussetzung, welche das Erreichen dieser Ziele ermöglicht; 3. Die Optimierung der Arbeitsprozesse zum Erreichen der Ziele; 4. Eine regelmässige Überprüfung, ob die Ziele erreicht worden sind; 5. ein Feedback bezüglich der Schwachstellen und Chancen an die Verantwortlichen als Grundlage der kontinuierlichen Verbesserung. Ein umfassendes Qualitätsmanagement erfordert eine institutionelle Verankerung (Qualitätsmanagementsystem) und die Bereitstellung hinreichender Mittel, um diesen Gesamtprozess kontinuierlich durchzuführen.
Qualitätsmanagementsystem	Qualitätsmanagementsystem ist eine Methode der Unternehmensführung mit dem Ziel eines systematischen Qualitätsmanagements. Qualitätsmanagementsysteme stellen sicher, dass die System-, Prozess- und die Produktqualität in einer Organisation geprüft und verbessert werden.



Redaktionelle
Verantwortung:
Lea Muntwyler

Tabelle 2: Konzeptuelle Ebenen im Gesundheitswesen.

Ebenen	Versorgungsforschung	Qualitätsstrategie	Beispiel
Makroebene	Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (gesetzlich, finanziell, gesellschaftlich)	Der Bundesrat und die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK), welche die Rahmenbedingungen der Qualitätsentwicklung setzen, indem sie die Ausrichtung auf die oben genannten Qualitätsmerkmale festlegen aka übergeordnete Qualitätsoberziele definieren.	Bund und EQK fordern Effizienz und der Nutzen der zur Verfügung stehenden Ressourcen soll maximiert werden.
Mesoebene	Organisation der Leistungserbringung (Organisationsebene Leistungserbringer Praxen, Spitäler)	Die medizinischen Fachgesellschaften als sektorübergreifende Vertreter der Leistungserbringer, die den definierten Qualitätszielen fachspezifischen Handlungsbedarf zuordnen und konkrete Massnahmen (genannt Qualitätsverbesserungsmassnahmen [QVM]) entwickeln, um den Handlungsbedarf anzugehen.	Die Fachgesellschaft (z.B. die SGAIM) identifiziert einen fachspezifischen Handlungsbedarf: Verbesserter Informationsaustausch an der Schnittstelle zwischen Behandlung in der Hausarztpraxis und Fachspezialisten von Patientinnen und Patienten.
Mikroebene	Direkte Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und den Versorgenden (Patienten-Arzt-Interaktion)	Die Leistungserbringer setzen die konkreten Massnahmen (QVM) um, wodurch der fachspezifische Handlungsbedarf verringert und die Qualität verbessert wird.	Die Hausärzteschaft (je nach Organisationseinheit innerhalb der eigenen Praxis, des Praxisverbundes oder Ärztenetzes) implementiert Arbeitsprozesse, welche die Umsetzung der QVM gewährleisten. Die QVM ist an die Gegebenheiten in der individuellen Praxis angepasst.

- **Patientenzentriertheit:** Gesundheitsversorgung, die auf die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Patientinnen und Patienten abgestimmt ist.
- **Rechtzeitigkeit:** Wartezeiten reduzieren und schädigende Verzögerungen vermeiden.
- **Effizienz:** Den Nutzen der zur Verfügung stehenden Ressourcen maximieren und Verschwendung vermeiden (keine Unter- oder Überversorgung).
- **Chancengleichheit:** Gleiche Qualität der Versorgung für alle Menschen, unabhängig von geographischer Lage, Herkunft, Sprache, Aufenthaltsbewilligung etc.
- **Koordinierte Versorgung:** Informationsaustausch und gemeinsame Versorgung über alle Ebenen und Leistungserbringer und Berufsgruppen hinweg.

Das Ganze sehen

Wichtig ist das Verständnis, dass «das Gesundheitswesen» als homogene, steuerbare Einheit nicht existiert, sondern ein vielschichtiges Konstrukt ist. Um den Output dieses Konstrukts im Sinne der oben genannten Qualitätsmerkmale messen und wo nötig beeinflussen zu können, ist es notwendig, «das Gesundheitswesen» in konzeptuelle Ebenen zu teilen, die unterschiedliche Aufgaben im «Qualitätsmanagement» übernehmen. In der Versorgungsforschung hat sich die konzeptuelle Unterteilung des Gesundheitswesens in drei Ebenen etabliert: Makro-, Meso- und Mikroebene (Tab. 2). Der vom Gesetzgeber in der Qualitätsstrategie gewählten Form des Qualitätsmanagements liegt ein Top-Down-Ansatz zugrunde (Makroebene steuert Meso- und darunter die Mikroebene). Dabei gibt es gewisse Freiheitsgrade für Meso- und Mikroebene bei der konkreten Interpretation der Qualitätsoberziele, ihrer Übersetzung in fachspezifi-

sche Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) und schliesslich der Ausgestaltung im Arbeitsalltag.

Der ewige Kreis

Entscheidend ist, dass dieses Top-Down-Management dynamisch vonstattengehen soll in einem kontinuierlichen, sich selbst durch Iteration ständig optimierenden Prozess. Die Rede ist vom *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) oder auch *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) Zyklus. Der Begriff stammt aus dem Qualitätsmanagement ausserhalb der Medizin und beschreibt das Vorgehen zur Optimierung eines Prozesses, resp. einer Systemperformance.

Schritt 1: Plan

Ein Ziel wird formuliert und potenzielle Massnahmen abgeleitet, die geeignet sind, eine aktuelle Situation zu verbessern.

Schritt 2: Do

In diesem Schritt wird in einem Testlauf die Reaktion des betrachteten Systems auf eine Änderung getestet. Die Umsetzung kann sich auf einen eng begrenzten und genau überwachten Versuch (z.B. testweise Änderung eines Prozessablaufes) oder ein vollständiges Projekt (z.B. Implementierung einer neuen Arbeitsform) beziehen.

Schritt 3: Check/Study

Es wird evaluiert, ob die gewollten Reaktionen/Verbesserungen durch die Massnahmen eingetroffen sind und ob die Massnahmen revidiert oder endgültig etabliert werden können.

Schritt 4: Act

Kommt man im Schritt 3 zum Schluss, dass die gewünschten Effekte eingetreten sind, werden die

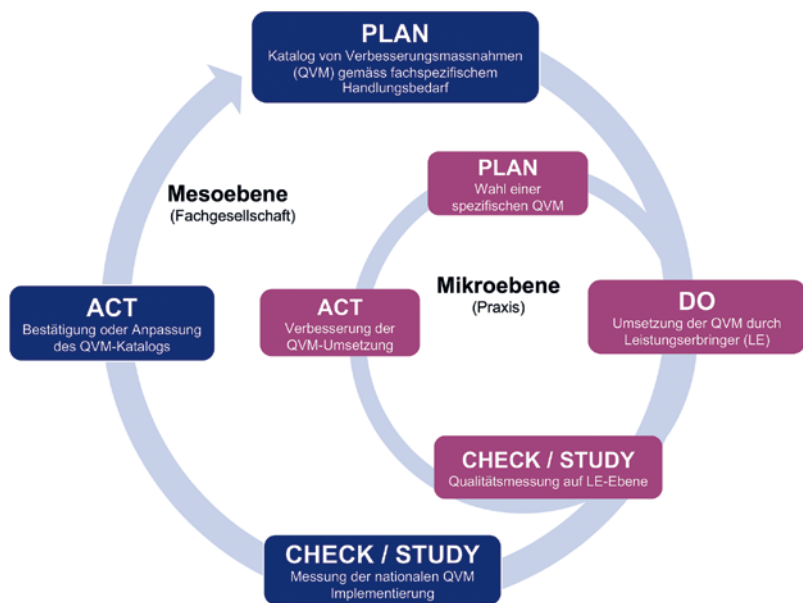


Abbildung 1: Verbesserungszyklus *Plan–Do–Check/Study–Act* auf den verschiedenen Praxis-Ebenen und der Mesoebene (gemäss Entwurf des Qualitätsvertrags zwischen der FMH und den Verbänden der Krankenversicherungen).

Massnahmen permanent eingeführt. In einem iterativen Prozess folgt auf die Implementation eine erneute Planungsphase mit Zielen und Massnahmen zur Weiterentwicklung.

Werden in Schritt 3 die Effekte als unzureichend beurteilt oder treten ungewünschte Kollateraleffekte ein, sollte durch *Act* konsequenterweise der vorherige Zustand wiederhergestellt werden. Die Hypothese in Schritt 1 hat sich als unzutreffend erwiesen. In diesem Fall schliesst sich wieder ein erneuter Schritt *Plan* an, um einen modifizierten Ansatz zu überprüfen.

PDCA auf allen Ebenen

In der Qualitätsstrategie ist vorgesehen, dass die Qualitätsarbeit auf Makro-, Meso- und Mikroebene jeweils in einem eigenen, jedoch miteinander verknüpften PDCA-Zyklus vonstattengehen soll. Abbildung 1 zeigt den PDCA-Zyklus von Meso- und Mikroebene mit ihrer Überlappung auf.

Anhand eines Beispiels sollen die verschiedenen Ebenen und Massnahmen erläutert werden. Zur Vereinfachung wird dabei die Makroebene weggelassen (Tab. 3). Die Makroebene gibt in diesem Beispiel das Qualitätsoberziel «Effizienz» vor.

Zusammenfassung

Der Gesetzgeber und die Administration haben die Messung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität in der Medizin als strategisch wichtiges Ziel der nationalen Gesundheitsversorgung definiert. Für die Umsetzung in der klinischen Praxis ist es wichtig, dass abstrakte Begriffe in konkrete Beispiele übersetzt und konkrete Umsetzungshilfen zur Verfügung gestellt werden. Die Qualitätskommission der SGAIM erarbeitet wo möglich solche Hilfestellungen für ihre Mitglieder.

Literatur

- 1 Qualitätsstrategie Bundesrat und BAG <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategie/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>
- 2 IOM. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/quality-resources/tools/ctoolbx/understand/index.html>

Tabelle 3: Beispiele eines PDCA-Zyklus auf der Meso- und Mikroebene.

Zyklus	Mesoebene	Mikroebene
Plan	Die Fachgesellschaft definiert basierend auf einer Erhebung, dass die Informationsübermittlung zwischen Hausärzteschaft und Spezialfachärzteschaft verbessert werden soll (Handlungsbedarf). Die Fachgesellschaft definiert als Qualitätsverbesserungs-massnahme (QVM), dass bei einer Überweisung immer ein Überweisungsschreiben übermittelt werden sollte und definiert dessen Mindestinhalt.	In der Hausarztpraxis entscheidet sich das Team aus einem Katalog von vorgeschlagenen QVM für die Implementierung der Überweisungsprozess-QVM. Das Praxisteam beschliesst eine vom Softwareanbieter entwickelte Dokumentenvorlage für digitale Überweisungsscheine zu nutzen.
Do	Die Leistungserbringer setzen die QVM um.	Das Team nutzt die Dokumentenvorlage.
Check/ Study	Die Fachgesellschaft analysiert, wie viele Hausärztinnen und -ärzte die empfohlene Massnahme umsetzen.	Es findet eine Qualitätsmessung in der Praxis statt, die untersucht, bei wie vielen Patientinnen und Patienten ein Überweisungsschreiben mit dem gewünschten Inhalt rechtzeitig übermittelt wurde.
Act	Die Erhebung ergibt, dass 99% der Hausärzteschaft die Empfehlung umsetzen. Somit ist die QVM erfolgreich und wird implementiert.	Die Erhebung ergibt, dass dies nur bei 50% der Überweisungen der Fall ist. Das Team entscheidet, dass die Zurverfügungstellung der Dokumentenvorlage nicht genügt, um die QVM umzusetzen (<i>Act</i>).
Plan	Die Fachgesellschaft entwickelt neue Implementierungsleitfäden als Unterstützung.	Das Team beschliesst, den Workflow in der Praxis anzupassen = 2. Runde <i>Plan</i> .

Lea Muntwyler
Verantwortliche
Kommunikation/Marketing
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeine Innere
Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Bern
lea.muntwyler[at]sgaim.ch