

Kernaussagen zur Qualität in der Hausarztmedizin

Workshop 2, Kadertagung der SGAM vom 30.4.05

Kann man in drei Stunden verbindliche Thesen zur Qualität in der Hausarztmedizin formulieren, die in ein Konsensus-Papier der SGAM münden? Die TeilnehmerInnen des Workshops Nr. 2 stellten fest, sie vieles einheitlich beurteilten. Doch auch in diesem Kreis von Personen mit ähnlichem Informationsstand kamen deutliche Meinungsunterschiede zutage.

Est-il possible de traiter en une matinée les thèses essentielles de la qualité en médecine générale et d'aboutir à la rédaction d'un papier commun de la SSMG? Les participants et participantes de ce deuxième atelier remarquèrent qu'ils ont des jugements similaires sur bien des points. Mais des opinions très divergentes furent aussi exprimées dans ce cercle de personnes disposant du même niveau d'information.

Monika Maritz Mosimann, Natalie Marty

Grundlagen

5–10 allgemein akzeptierte, verbindliche, konkrete, realisierbare, überprüfbare Thesen zu erarbeiten, war die Zielsetzung. In einem ersten Schritt erhielten die TeilnehmerInnen in Kleingruppen die Aufgabe, das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln grob zu umreißen.

Definition von Qualität in der Hausarztmedizin

Qualität findet sich zwischen zwei Polen: Das *Wissen um das Maximum* (Guide-

lines, «State of the art») ist durchaus messbar. Die *Qualität aus der Perspektive der Patienten* (analog der Wonca-Definition der Hausarztmedizin) hingegen ist *fühlbar*, aber nicht messbar. Hausärzte versuchen, in diesem Spannungsfeld aus dem Maximum ein Optimum umzusetzen.

Es resultieren folgende Anforderungen:

- Kenntnis der aktuellen Guideline;
- Wertung der Guideline im Rahmen eines Qualitätszirkels;
- Fähigkeit zur Formulierung einer «Lösungsofferte» für den Patienten: Bedürfnisse erkennen, Möglichkeiten abschätzen, die Offerte gut «verkaufen» ...;
- zeitliche und mentale Verfügbarkeit;
- Umgang mit der Unsicherheit als Kernqualität der Hausärzte – bewusster Verzicht auf Pseudosicherheit;
- das Richtige gut tun (Indikations- und Ergebnisqualität).

Wie soll Qualität gemessen werden?

Als Vorlage zur Erstellung der Thesen zu diesem Thema galt das «Leitbild ärztlicher Qualität: Grundlage für die Arbeit im Qualitätsmanagement». Es wurde erwähnt, dass viele Kollegen eine negative Einstellung zu Kontrollen haben, anders vielleicht als die Teilnehmer der Bürgenstock-Tagung, die meist qualitätsbewusste Praktiker mit standespolitischer Erfahrung sind.

- 9 von 10 medizinischen Problemen werden in der Hausarztpraxis definitiv und kostengünstig gelöst.
- Der Hausarzt ist ein kompetenter und lebenslanger Begleiter des Patienten und Koordinator im komplexen Gesundheitssystem.
- Summative und formative Evaluationsmethoden wie Swisspep oder EPA sind wichtige Instrumente zur persön-

lichen Qualitätsverbesserung, können aber die hausärztliche Qualität nie umfassend bewerten.

- Qualität ist in Teilaspekten messbar.
- Die SGAM ist verantwortlich für die Umsetzung (minimaler) Sicherheitsstandards.
- Die SGAM fördert Qualitätsentwicklung jeweils mit geeigneten Instrumenten für den Arzt / die Ärztin, die Praxis, das Netzwerk.

Wie soll Qualität gefördert werden?

Unter dem nachhaltigen Eindruck des Referates von Philipp Stoellger¹ am Vorabend, kam man zum Schluss, dass Qualität gegen aussen repräsentiert werden muss. Analog dem SGAM-Label müsse auch ein Hausarzt-Label entwickelt werden. Kompetente Hilfe umfasst:

- Erreichbarkeit und Hilfestellung;
- menschliche und fachliche Kompetenz (Weiter-/Fortbildung);
- gegenseitiges Vertrauen, Verantwortung, aber auch Empathie;
- Langzeitbetreuung.

Diskussion

Diese verschiedenen Thesen lösten bereits engagierte Diskussionen aus. Messungen würden der Beziehungsqualität in der Hausarztmedizin nicht gerecht. Wie soll sich die SGAM gegenüber Underperforming-Praxen verhalten? Sie müsse Unterstützungsangebote für sie zur Verfügung stellen. Der Aufwand der EPA (ca. 2 Stunden) wurde als vertretbar zur Standortbestimmung geeignet beurteilt. EPA gehöre zur Fortbildung und müsste an die Fortbildungspflicht anrechenbar werden. Der Vertreter von *santésuisse* bestätigte, dass die Krankenkassen Listen

¹ Das Referat von Ph. Stoellger wird in einer späteren Nummer von PrimaryCare publiziert.

von Malperformance-Praxen haben; allerdings würden brauchbare qualitative Kriterien fehlen, und es seien nur Kostenkriterien vorhanden. Die SGAM sollte gemeinsam mit den Kassen Qualitätskriterien entwickeln. Allerdings sei die Meinung der Krankenkassen noch uneinheitlich, und es sei nicht klar, ob sie mit Ärzteschaft diesbezüglich zusammenarbeiten wollen bzw. sollen. Mehrheitlich sei man jedoch der Meinung, dass Qualitätskriterien von allen Partnern (Krankenkassen, Patienten, Politik) gemeinsam entwickelt werden müssten.

Die *Verarbeitung von Erfahrung* macht nach Ph. Stoellger Qualität aus. Wie fördert man diesen Prozess? Es wurden Zweifel laut, ob die Gesamtärzteschaft Verarbeitung des Erfahrungswissens «top down» leisten kann. Vielmehr soll sich dies «bottom up» vom einzelnen Hausarzt aus entwickeln.

Der zweite Schritt

Aus der breiten Diskussion ergaben sich einige Schwerpunkte und Überschneidungen. In einem zweiten Schritt versuchten die Kleingruppen, diese Schwerpunkte weiter zu vertiefen und zu präzisieren.

Label «der gute Hausarzt»

Folgende Kriterien für ein mögliches Hausarzt-Label wurden erarbeitet:

- ganzheitliche Betreuung;
- Erreichbarkeit;
- kompetente Kommunikation;
- fachliche Kompetenz (die den WZW-Kriterien genügt);
- menschliche Kompetenz (Empathie);
- Langzeitbetreuung und Lebensbegleitung, Engagement und Motivation.

Inventar minimaler Qualitäts-/Sicherheitsstandards

Für ein Sicherheits-Inventar wurde Bedarf in zwei Schwerpunktgebieten festge-

stellt: Einerseits in *Strukturen*, die Qualität in Notfallsituationen garantieren (Notfalldienstpflicht, Ausstattung des Notfallkoffers, Reanimations-Kompetenz des ganzen Praxisteam, adäquates Material – Defibrillator, Algorithmen, Medikamente usw.), andererseits in der *Förderung von Kontinuität*: Diese drückt sich strukturell aus in Teilnahme an Qualitätszirkeln, Erreichbarkeit, aber auch in gesetzlichen Vorgaben bezüglich Fortbildung, Röntgen, Labor. Prozesse, die sie fördern, sind neben den QZ z.B. CIRS und alle Massnahmen zur Förderung der Medikamentensicherheit. Wichtige Vorarbeit wurde in EPA, EQUAM und ähnlichen Projekten geleistet.

Rahmenbedingungen

Als notwendige Rahmenbedingungen wurden diskutiert:

- Interessenvertretung des Patienten durch den Hausarzt, nicht durch die Krankenkasse;
- Therapiefreiheit in Selbstverantwortung;
- Herausfinden aus der negativen Berichterstattung, aber auch eigenes Jammern beschränken;
- Kostentransparenz aller Gesundheitsträger;
- angemessenes Einkommen;
- implizite/explicite Rationierung: Soll der Arzt Verantwortung tragen oder die Gesellschaft? Diese Frage wurde sehr kontrovers diskutiert. Konsens: Der Arzt soll zumindest Entscheidungsgrundlagen liefern und Bereitschaft haben, bei der Willensbildung mitzuwirken.

Kommunikation: Was? Wozu?

Voraussetzungen für konstruktive Kommunikationsaktivitäten sind eine verbindliche Qualitäts-Definition und ein Konsens. Sie müssen erst erstellt werden, bevor man gegen aussen kommunizieren kann. Auch Konsequenzen im Falle eines Nichterfüllens müssen bestimmt und mit-

geteilt werden. Ein Qualitätslabel «der gute Hausarzt» wurde von dieser Gruppe abgelehnt: Es impliziere, dass es innerhalb der SGAM auch schlechte Hausärzte gebe (jene ohne dieses Label), womit sich die Fachgesellschaft de facto selber in Frage stelle.

«Schwarze Schafe»

Was sind «schwarze Schafe», wer bestimmt es? Soll die Kostenkontrolle durch *santésuisse* erfolgen und nicht durch Ärzte? Die Gruppe stellte fest, dass ein morbiditätskorrigierter Index bei den KK verlangt und durchgesetzt werden müsse. «Underperforming Doctors» seien grundsätzlich zu unterstützen, nicht zu bestrafen, aber tiefere Dignität der sei in solchen Fällen möglich und richtig. Wie aber soll die Unterstützung finanziert werden? Wer übernimmt das Coaching?

Schlussfolgerungen

- Der «gute Hausarzt» garantiert eine ganzheitliche Betreuung.
- Die SGAM soll ein Inventar der minimalen Qualitätsstandards erstellen.
- Qualitätsentwicklung braucht angemessene Rahmenbedingungen.
- Kommunikation unser Qualitätskriterien über alle möglichen Kanäle nach innen und aussen ist notwendig, aber erst möglich nach deren verbindlicher Definition und nach Konsens über die Konsequenzen.
- Die SGAM soll ein Konzept zum Coaching oder Mentoring von auffälligen Mitgliedern erarbeiten.

Herzlichen Dank an Bruno Kissling für das Gegenlesen und seine hilfreichen Vorschläge zum Text.