



Swiss Learning
Health System

Zusammenfassung des Stakeholder-Dialogs:

Messung von Über- und Unterversorgung in
der Schweizer Hausarztmedizin – wie wei-
ter?

Rahel Meier, Yael Rachamin

Schlüsselwörter

Überversorgung, Unterversorgung, Hausarztmedizin, Qualitätsmessung, Digitalisierung

Autoren

Rahel Meier, MSc ETH, Dr. phil. – Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Schweiz

Yael Rachamin, MSc ETH, Doktorandin – Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Schweiz

Korrespondenzadresse

Yael Rachamin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Institut für Hausarztmedizin

UniversitätsSpital Zürich

Pestalozzistrasse 24

CH-8091 Zürich

E-Mail: yael.rachamin@usz.ch

Vorgeschlagene Zitierung

Der Text dieser Zusammenfassung des Stakeholder-Dialogs darf frei zitiert und gedruckt werden, sofern er entsprechend gekennzeichnet wird.

Meier, R., Rachamin, Y. (2020). Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin – wie weiter?. Swiss Learning Health System.

https://www.slhs.ch/images/learning-cycles/topics/2020-MeierRachamin/SD_Hausarztmedizin_final.pdf

Inhalt

Die Probleme	5
Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen	5
Beschränkte elektronische Datenverfügbarkeit	5
Mangelnde Datenqualität	6
Bestehende Skepsis gegenüber der Messung von Versorgungsqualität	6
Handlungsempfehlungen sowie Umsetzungsüberlegungen	7
Empfehlung 1: Entwicklung einer umfassenden, digitalen Strategie.....	7
Empfehlung 2: Stärkung einer datenbasierten Qualitätskultur	7
Empfehlung 3: Bottom-up Initiativen unterstützen.....	8
Weitere Diskussionspunkte aus dem Dialog.....	8

Im Rahmen des «Swiss Learning Health Systems» (SLHS) fand am 22. Oktober 2020 ein Stakeholder-Dialog zum Thema «Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin – wie weiter?» statt. Der Dialog basierte u.a. auf einem im Vorfeld versandten Policy Brief, der die Thematik zusammenfasst und die Problemstellung und mögliche Handlungsempfehlungen beschreibt. Neben drei Teilnehmenden des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich und einer Vertreterin des SLHS, nahmen fünf Personen aus verschiedenen Ärztenetzwerkorganisationen, Hausarztpraxen (praktizierende Hausärzt*innen) und Krankenversicherer am Dialog teil.

Während des Dialoges diskutierten die Teilnehmenden die im Policy Brief aufgeführten Probleme und Handlungsempfehlungen und brachten weitere Aspekte ein, welche in dieser Zusammenfassung beschrieben werden.

Die Probleme

Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen

Im Gegensatz zum stationären Sektor hat sich in der Hausarztmedizin keine national koordinierte Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsmassnahmen etabliert.

Von den Teilnehmenden wurde mehrmals die fragmentierte, nicht standardisierte und nicht anwenderfreundliche Informationstechnologie (IT) als Grundproblem genannt. Dies sei unter anderem deren Entwicklung aus primären Abrechnungssystemen geschuldet. Die Praxisinformationssysteme seien nicht interoperabel und würden somit im Praxisalltag oftmals zu einer zusätzlichen zeitlichen und finanziellen Belastung führen.

Sowohl in der Hausarztpraxis als auch von Seiten der Krankenversicherer sei ausserdem die Förderung der Digitalisierung, sowie die strukturierte Datenerfassung und die Qualitätsmessung eine Herausforderung, da die Anstrengungen nach momentaner Rechtslage nicht genügend abgegolten werden können.

Beschränkte elektronische Datenverfügbarkeit

Medizinische Routinedaten sind gut geeignet für die Messung von Über- und Unterversorgung in der Hausarztmedizin. Damit medizinische Routinedaten mit vertretbarem Aufwand für die Forschung und Qualitätsanalysen genutzt werden können, müssen sie elektronisch vorliegen und sollten möglichst mit anderen Daten oder Systemen verknüpfbar sein. Nur knapp die Hälfte der Hausärzte/-innen in der Schweiz dokumentieren Patientenkontakte in einer elektronischen Krankengeschichte.

Die Teilnehmenden bestätigten die im Policy Brief beschriebene Problemstellung, dass in der Grundversorgung Daten nur in geringer Masse verfügbar seien und nicht allen Akteur/-innen die gleichen Daten zu Verfügung stehen. Insbesondere bei klinischen Daten gäbe es nur vereinzelt Möglichkeiten diese auszuwerten. Hinzu kommt, dass oftmals Praxisinformationssysteme auch eine Analyse auf individueller Arzteebene nicht bieten können.

Im Allgemeinen fehle in der Schweiz die Möglichkeit der Verknüpfung von Patientendaten über den ganzen Behandlungspfad, was insbesondere die Qualitätsmessung anhand relevanter Endpunkte (Morbidity, Hospitalisierung) unmöglich macht.

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass – abgesehen von der Qualitätsmessung – die Bereitstellung von elektronischen und verknüpfbaren Daten im Sinne der integrierten Versorgung und Patientensicherheit auch insgesamt einen grossen Mehrwert für den Praxisalltag liefern könnte.

Mangelnde Datenqualität

Die Daten müssen nicht nur elektronisch vorliegen, sondern zudem strukturiert und mit hoher Qualität. Oftmals werden die Möglichkeiten der elektronischen Krankengeschichte und die strukturierten Felder jedoch nicht wie vorgesehen genutzt und die elektronische Krankengeschichte wird zur «unhandlichen elektronischen Version der Papierakte».

Entsprechend der Beschreibung im Policy Brief betonten auch die Teilnehmenden, dass elektronische Daten keine PDF-Ablage sein sollten. Die Daten sollten strukturell verfügbar und einfach abrufbar sein, ansonsten entstünde ein unübersichtliches, zeitaufwändiges System.

Bestehende Skepsis gegenüber der Messung von Versorgungsqualität

Ein weiteres wichtiges Problemfeld, welches nicht im Policy Brief behandelt wurde, jedoch von den Teilnehmenden identifiziert wurde, ist die Skepsis gegenüber der Messung von Versorgungsqualität von Seiten der Gesundheitsfachpersonen und in diesem Fall primär von Seiten der Hausärzt/-innen. Die Gesundheitsfachpersonen sehen oftmals den Mehrwert bzw. die Sinnhaftigkeit von (externer) Qualitätsmessung, um einen entsprechenden Mehraufwand zu betreiben, nicht. Zudem bestünde zu wenig Wissen über IT und Public Health, um Qualitätsmessungen interpretieren zu können.

Handlungsempfehlungen sowie Umsetzungsüberlegungen

Empfehlung 1: Entwicklung einer umfassenden, digitalen Strategie

Die OECD empfiehlt die Entwicklung einer umfassenden, sektorenübergreifenden, digitalen Strategie, um ein digitales Gesundheitswesen zu etablieren und die Datenverfügbarkeit zu verbessern. Im Schweizer Kontext bedeutet dies, dass insbesondere die Hausärzt/-innen in die Strategie mit eingeschlossen werden und die Digitalisierung vorangetrieben und verpflichtend gemacht wird.

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass es eine bundesweite digitale Strategie braucht, v.a. zur Festlegung von regulatorischen Standards für Praxisinformationssysteme und Austauschformate.

Jedoch sollte der Gesetzgeber/Bund nicht festlegen, was gute Qualität ist und wie sie vergütet wird (Stichwort «Pay for Performance»: Vergütungsmethode von Versorgungsleistungen, bei der die Höhe der Vergütung vom Erreichen definierter Leistungsziele abhängt.); Qualitätsentwicklung solle kein Kontrollinstrument werden. Bei zu viel regulatorischen Vorgaben bestehe die Gefahr, dass der Spass an Qualität und die Motivation sie zu verbessern verloren gehe. Auch führe ein Top-Down-Ansatz potenziell zu einem Verlust des Verantwortungsgefühls gegenüber Qualitätsentwicklungen. Somit sei es wichtig, dass die Gesundheitsfachpersonen bei der Definition von Standards mit einbezogen werden. Ebenso sollte die Bevölkerung mit einbezogen und für die Wichtigkeit von Qualitätsmessung sensibilisiert werden.

Empfehlung 2: Stärkung einer datenbasierten Qualitätskultur

*Zusätzlich zu den Anpassungen der politischen und strukturellen Rahmenbedingungen gilt es die Vertrautheit von Hausärzten*innen gegenüber Qualitätsaspekten und der Messung von Über- und Unterversorgung zu verbessern. Qualitätsaspekte sollten in der medizinischen Grundausbildung und in Weiterbildungen vermittelt werden und zu den geforderten Kompetenzen der medizinischen Fachgesellschaften hinzugefügt werden.*

Die Teilnehmenden unterstützen diesen Vorschlag. Die Gesundheitsfachpersonen müssen geschult werden, sodass sie die Sinnhaftigkeit von Qualitätsmessung erkennen und sie auch zu interpretieren wissen. Es wurde geäußert, dass es ein Verständnis für Messung von Versorgungsqualität braucht, damit Gesundheitsfachpersonen dies (freiwillig) machen.

Herausforderungen bestehen hier in der Finanzierung: Auch wenn die Sinnhaftigkeit und das technische Verständnis da sind, muss es finanzielle Ressourcen geben, welche die aufgewendete Zeit decken (z.B. für Tätigkeiten von medizinischen Praxiskoordinator/-innen (MPKs), welche strukturiert Daten erheben).

Empfehlung 3: Bottom-up Initiativen unterstützen

Um die Messung der Über- und Unterversorgung zeitnah voranzutreiben, wird die Unterstützung von bereits existierenden Bottom-up Projekten empfohlen. Diese klein angelegten Projekte erlauben bereits heute Messungen von Über- und Unterversorgung.

Die Teilnehmenden schlugen vor, dass die Hausärzt*innen, respektive die Netzwerke (z.B. über den Dachverband medwiss.net), zusammenspannen sollten, um – anstelle des Bundes – Druck auf die Softwareanbieter auszuüben, Minimalstandards zu implementieren. Die wissenschaftliche Evidenz (u.a. der vorliegende Policy Brief) solle als Grundlage herangezogen und Akteur*innen aus Politik und Verwaltung, wenn möglich, involviert werden.

Weitere Diskussionspunkte aus dem Dialog

eMediplan als umsetzbare Lösung

Der eMediplan wurde diskutiert als voranzutreibende «absolute Basis einer Qualitätsentwicklung mit digitaler Struktur, mit dem grössten Sicherheitsgewinn für den Patienten». Im Gegensatz zum umfangreichen elektronischen Patientendossier (EPD) sei dieser einfacher umsetzbar und generiere einen effektiven Mehrwert für Ärzt/-innen und Patient/-innen. Aktuell existieren aber noch zu wenige Schnittstellen. Die Softwareanbieter sollten deshalb dazu angehalten werden, die nötigen Schnittstellen/Funktionen zu schaffen.

Der Patient im Fokus bei der Bewertung von Qualität

Während der Diskussion über die Herausforderungen beim Messen von Über- und Unterversorgung wurde wiederholt die Frage aufgeworfen: «Was ist Qualität?». So wurde mehrmals über die Definition von Qualität und entsprechenden Qualitätsindikatoren diskutiert. Die Thematik Qualitätsmessung könne nicht strikt getrennt von der Definition von Qualität abgehandelt werden.

Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass bei der Qualitätsmessung der Fokus auf dem Wohlbefinden des/der Patient/-in liegen sollte. Es kam zum Ausdruck, dass Endpunkte bei der Beurteilung von Qualität wichtiger gewertet werden sollten als Prozess- oder klinische intermediäre Daten. Dazu bräuchte es jedoch eine systemweite Verknüpfung von Daten.

Ferner bestand Konsens, dass Qualitätsindikatoren – wenn sie denn zur Anwendung kommen – kollaborativ unter Mitwirkung von Ärzt/-innen, Versicherer, Forscher/-innen und Patientenorganisationen entwickelt werden müssen, damit sie glaubwürdig seien und akzeptiert würden.