

Swiss Learning
Health System

Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin

Rahel Meier, Yael Rachamin

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Policy Brief **#7**

Inhaltsverzeichnis

Policy Briefs und Stakeholder-Dialoge des Swiss Learning Health Systems.....	3
Kernaussagen.....	4
Executive Summary	6
Hintergrund und Kontext.....	9
Über- und Unterversorgung im Kontext von Versorgungsqualität	9
Über- und Unterversorgung messen: Qualitätsindikatoren	10
Über- und Unterversorgung messen: Datengrundlage	11
Über- und Unterversorgung vermindern.....	11
Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin – Die Probleme	13
Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen	13
Beschränkte elektronische Datenverfügbarkeit	13
Mangelnde Datenqualität.....	14
Handlungsempfehlungen	16
Empfehlung 1: Entwicklung einer umfassenden, digitalen Strategie.....	16
Empfehlung 2: Stärkung einer datenbasierten Qualitätskultur.....	16
Empfehlung 3: Bottom-up Initiativen unterstützen.....	17
Umsetzungsüberlegungen.....	19
Zusammenfassung Stakeholder-Dialog.....	20
Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin – wie weiter?	20
Die Probleme.....	20
Handlungsempfehlungen sowie Umsetzungsüberlegungen.....	21
Weitere Diskussionspunkte aus dem Dialog.....	22
Referenzen	23

Policy Briefs und Stakeholder-Dialoge des Swiss Learning Health Systems

Das Swiss Learning Health System (SLHS) wurde 2017 als schweizweites Projekt gegründet. Eines der übergreifenden Ziele ist es, eine Brücke zwischen Forschung, Politik und Praxis zu schlagen, indem eine Infrastruktur bereitgestellt wird, die Lernzyklen unterstützt. Lernzyklen ermöglichen die kontinuierliche Integration von Evidenz in Politik und Praxis durch:

- die kontinuierliche Identifizierung von für das Gesundheitssystem relevanten Problemen und Fragestellungen,
- die Systematisierung relevanter Evidenz,
- das Aufzeigen potentieller Vorgehensweisen, und
- das Überarbeiten und Umformulieren von Antworten.

Die Schlüsselemente der Lernzyklen im SLHS beinhalten die Entwicklung von Policy Briefs, die als Grundlage für Stakeholder-Dialoge dienen. Probleme oder Fragestellungen, die weiter verfolgt werden sollen, werden im Hinblick auf eine mögliche Umsetzung beobachtet und schliesslich evaluiert, um neue Lernzyklen zu informieren und kontinuierliches Lernen innerhalb des Systems zu unterstützen.

Ein Policy Brief beschreibt das jeweilige Problem oder die jeweilige Fragestellung, indem er die relevanten Kontextfaktoren erläutert und eine Reihe von (Evidenz-informierten) Lösungsansätzen oder Empfehlungen beschreibt. Für jeden möglichen Lösungsansatz oder Empfehlung erklärt der Policy Brief relevante Aspekte und potentielle Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Umsetzung.

Während eines Stakeholder-Dialogs diskutiert eine Gruppe von Stakeholdern das Problem oder die Fragestellung, die dazugehörigen Empfehlungen und mögliche Barrieren und Erfolgsfaktoren, die im Policy Brief vorgestellt wurden. Ziel ist es, dass alle Stakeholder ein gemeinsames Verständnis für das Problem entwickeln und gemeinsam potentielle Vorgehensweisen diskutieren und erarbeiten.

Kernaussagen

Das Problem

Die Schweizer Gesundheitsversorgung und insbesondere auch die Hausarztmedizin ist gekennzeichnet von zunehmender Komplexität mit immer neuen Anforderungen, steigenden Kosten und unerklärten regionalen Unterschieden und steht für Forschende, politische Entscheidungsträger und Politiker, die sich der Versorgungsqualität verschrieben haben, im Fokus. Um Über- und Unterversorgung im Gesundheitswesen zu vermindern, ist es notwendig, eine angemessene Versorgung nach aktuellem Fachwissen zu definieren und diese zu messen. Für die Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin wurden folgende Probleme identifiziert:

- Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen: Im Gegensatz zum stationären Sektor hat sich in der Hausarztmedizin keine national koordinierte Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsmassnahmen etabliert.
- 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.
- Mangelnde Datenqualität: Die Daten müssen nicht nur elektronisch vorliegen, sondern zudem strukturiert und mit hoher Datenqualität. 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».

Handlungsempfehlungen

Folgende Handlungsempfehlung wurden identifiziert, um die Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin zu verbessern:

- 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 Hausärzte/-innen in die Strategie miteingeschlossen werden und die Digitalisierung vorangetrieben und verpflichtend gemacht wird.
- 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.
- 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.

Umsetzungsüberlegungen

Barrieren in der Umsetzung beinhalten:

- Langwierige Prozesse in einem föderalistischen, direkt demokratischen System sowie Widerstand gegen einen Top-down Approach;
- Widerstand gegen standardisierte Versorgung und Qualitätskontrollen;
- Bottom-up Projekte basieren auf der freiwilligen Teilnahme und der Bereitschaft sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Chancen in der Umsetzung beinhalten:

- Die demografische Entwicklung fördert die Digitalisierung auf natürliche Weise;
- Bereits bestehendes Netz von Qualitätszirkel, als Grundlage für die Stärkung der Qualitätskultur;
- Bottom-up Initiativen erhöhen die Motivation der Teilnehmenden durch direkte Einbindung und erlauben zeitnahe Analysen.

Executive Summary

Das Problem

Die Schweizer Gesundheitsversorgung und insbesondere auch die Hausarztmedizin ist gekennzeichnet von zunehmender Komplexität mit immer neuen Anforderungen, steigenden Kosten und unerklärten regionalen Unterschieden. Forschende, Entscheidungsträger/-innen und Politiker/-innen interessieren und beschäftigen sich vermehrt mit dem Messen und Vergleichen der Versorgungsqualität. Versorgungsqualität kann definiert werden als das Ausmass, in dem Gesundheitsdienstleitungen die Wahrscheinlichkeit der gewünschten Gesundheitsergebnisse erhöhen. Sie kann unterteilt werden in Unterversorgung und Überversorgung, also das Ausbleiben einer Gesundheitsdienstleistung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die Lebensqualität verbessert oder die Lebensdauer verlängert, respektive die Gewährung einer Gesundheitsdienstleistung unter Umständen, in denen das Schadenspotenzial das Nutzenpotenzial übersteigt. Das Ausmass von Über- und Unterversorgung hängt stark von der Erkrankung, dem Gesundheitsbereich und dem Gesundheitssystem ab. Um Über- und Unterversorgung zu vermindern, ist es notwendig, eine angemessene Versorgung nach aktuellem Fachwissen zu definieren und diese zu messen. Zur Messung von Über- und Unterversorgung braucht es geeignete Datenquellen, wie zum Beispiel Verwaltungsdaten und medizinische Routinedaten. Verwaltungsdaten liegen meist in elektronischer Form vor und sind vergleichsweise leicht verfügbar, enthalten im Gegensatz zu medizinischen Routinedaten jedoch keine klinischen Informationen. Eine hohe Datenqualität ist entscheidend, um eine sinnvolle und zuverlässige Wiederverwendung für Messungen der Versorgungsqualität zu ermöglichen: Daten müssen vollständig, korrekt, aktuell und leicht verfügbar sein.

Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen: In der Schweiz wurde Versorgungsqualität erst Anfang der 2000er Jahre ein relevantes Thema, als medizinische Zwischenfälle internationale Aufmerksamkeit erregten [1] und nationale Verbände und die Schweizer Regierung die Notwendigkeit von Verbesserungsmaßnahmen erkannten. Im Gegensatz zum stationären Sektor hat sich in der Hausarztmedizin aber bis heute keine national koordinierte Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsmassnahmen etabliert. Unter anderem auch aufgrund der föderalen Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung fehlt eine nationale Strategie, die es erlauben würde, Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin koordiniert zu erheben. Auch von Seiten der Fachorganisationen wurde bisher zu wenig unternommen, um die Messung von Über- und Unterversorgung durch die Bereitstellung von weiterverwendbaren Daten und Datenstandards voranzutreiben.

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. In der Schweiz ist jedoch bereits die elektronische Verfügbarkeit eine grosse Herausforderung. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens und insbesondere des ambulanten Sektors ist in der Schweiz im Vergleich mit anderen OECD Staaten unterentwickelt. So wird zum Beispiel die elektronische Krankengeschichte noch nicht flächendeckend verwendet. Im Jahr 2017 gaben nur ca. 41% der Hausärzte/-innen an, dass sie eine elektronische Krankengeschichte führen, um Patientenkontakte zu dokumentieren. Dieser Anteil ist jedoch bei den jüngeren Hausärzten/-innen deutlich höher und wird entsprechend der demografischen Veränderung voraussichtlich weiter steigen. Neben fehlenden regulatorischen

und monetären Anreizen und mangelnder Interoperabilität sind weitere Gründe auch hohe Investitionskosten, Sicherheitsbedenken und erforderliche Änderungen im Arbeitsablauf.

Mangelnde Datenqualität: Die Daten müssen nicht nur elektronisch vorliegen, sondern zudem strukturiert und mit hoher Datenqualität. 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», zum Beispiel durch die Dokumentation im Freitext. In der Schweiz gibt es ein grosses Angebot unterschiedlicher Softwares und es hat sich bisher kein Datenstandard durchgesetzt. Die mangelnde Standardisierung und Interoperabilität der verschiedenen Softwares führen dazu, dass nicht in jeder Software die gleichen Variablen strukturiert erfasst werden, was die Verfügbarkeit der Daten für die sekundäre Nutzung stark reduziert. Die Datenqualität wird ebenfalls dadurch eingeschränkt, dass sich bei den Hausärzten/-innen die kodierte Erfassung von Diagnosen nicht durchgesetzt hat.

Handlungsempfehlungen

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 Hausärzte/-innen in die Strategie miteingeschlossen werden und die Digitalisierung vorangetrieben und verpflichtend gemacht wird. Ausserdem braucht es gemeinsame Datenstandards, um den Datenaustausch und die Interoperabilität zwischen den Softwaresystemen sicherzustellen.

Solche Veränderung erfordern Leadership, nachhaltige Investitionen und angemessene Vergütung. Dazu gehören unter anderem der Aufbau von Humankapital und Fachwissen, die Anpassung von Prozessen und Arbeitsabläufen, sowie die Modernisierung von politischen und finanziellen Rahmenbedingungen.

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. Hausärzte/-innen sind zwar bestrebt, die Versorgungsqualität auf der individuellen Ebene zu verbessern, jedoch sind sie nur beschränkt vertraut mit der Standardisierung von Gesundheitsversorgung, externen Kontrollen und Messungen. Qualitätsaspekte sollten in der medizinischen Grundausbildung und in Weiterbildungen vermittelt werden und zu den geforderten Kompetenzen der medizinischen Fachgesellschaften hinzugefügt werden. Ein bereits häufig verwendetes Tool sind Qualitätszirkel, in denen Ärzte/-innen gemeinsam ihre Arbeit reflektieren und Verbesserungspotenzial lokalisieren. Wünschenswert wäre es, wenn in Qualitätszirkel vermehrt datenbasierte Analysen und Reports einbezogen würden.

Empfehlung 3: Bottom-up Initiativen unterstützen

Die ersten beiden Empfehlungen sind langfristig ausgerichtet. Um die Messung der Über- und Unterversorgung zeitnah voranzutreiben wird die Unterstützung von bereits existierenden Bottom-up Projekten empfohlen. Wenn auch klein angelegt, erlauben diese Projekte bereits heute Messungen von Über- und Unterversorgung. Ausserdem können aus den Erfahrungen dieser Projekte allfällige Lehren gezogen werden, und der Bottom-up-Approach kann eine verstärkte Einbindung und Motivation der Hausärzte/-innen bewirken. Dies wurde bereits anhand

zweier etablierter und vielversprechender Projekte, welche Hausärzten/innen direkt einbezogen aufgezeigt: "Swiss Primary Care Monitoring" (SPAM) und "Family medicine ICPC research using electronic medical records" (FIRE).

Umsetzungsüberlegungen

Barrieren in der Umsetzung beinhalten:

- Langwierige Prozesse in einem föderalistischen, direkt demokratischen System sowie Widerstand gegen einen Top-down Approach;
- Widerstand gegen standardisierte Versorgung und Qualitätskontrollen;
- Bottom-up Projekte basieren auf der freiwilligen Teilnahme und der Bereitschaft sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Chancen in der Umsetzung beinhalten:

- Die demografische Entwicklung fördert die Digitalisierung auf natürliche Weise;
- Bereits bestehendes Netz von Qualitätszirkel, als Grundlage für die Stärkung der Qualitätskultur;
- Bottom-up Initiativen erhöhen die Motivation der Teilnehmenden durch direkte Einbindung und erlauben zeitnahe Analysen.

Hintergrund und Kontext

Über- und Unterversorgung im Kontext von Versorgungsqualität

Die Schweizer Gesundheitsversorgung und insbesondere auch die Hausarztmedizin ist gekennzeichnet von zunehmender Komplexität mit immer neuen Anforderungen, steigenden Kosten und unerklärten regionalen Unterschieden. [2-4] Forschende, Entscheidungsträger/-innen und Politiker/-innen interessieren und beschäftigen sich vermehrt mit dem Messen und Vergleichen der Versorgungsqualität auf der Ebene der Leistungserbringer/-innen und der individuellen Ebene. «Versorgungsqualität» ist jedoch ein vielfältiges und mehrdimensionales Konzept und in den letzten Jahrzehnten wurden viele verschiedene Definitionen entwickelt.

Eine der häufigsten verwendeten Definitionen, formuliert vom Institute of Medicine in den Vereinigten Staaten, definiert Versorgungsqualität als *“the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”*. [5] In dieser Definition liegt der Schwerpunkt auf Gesundheitsdienstleistungen, die von verschiedenen Dienstleistern in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen erbracht werden, und berücksichtigt dabei die Ebene der Bevölkerungsgesundheit sowie die Gesundheit des Einzelnen. Der Begriff *“desired health outcomes”* bezieht sich auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten/-innen und hebt hervor, dass die Patienten/-innen ein Recht haben, über Alternativen und die erwarteten Ergebnisse informiert zu werden und mitzuentcheiden. Zudem kann durch eine qualitativ hochwertige Versorgung nur die «Wahrscheinlichkeit» erhöht werden das gewünschte Resultat zu erreichen – eine Garantie für gute Gesundheitsergebnisse kann es nicht geben. Zuletzt wird impliziert, dass die Qualität der Versorgung kein starres Konzept ist, sondern ein bewegliches Ziel, das den aktuellen Wissensstand einbezieht.

Im Laufe der letzten Jahre hat die Zahl der verschiedenen Definitionen der Versorgungsqualität stetig zugenommen, und es entstanden spezifischere, mehrdimensionale Beschreibungen. Inzwischen beinhalten diese Konzepte auch Dimensionen wie Zugänglichkeit, Patientenzentriertheit, Wirksamkeit, Effizienz, Kontinuität, Koordination und Sicherheit. [6-8]

Abweichungen von der optimalen Versorgungsqualität können in verschiedene Kategorien eingeteilt werden, von denen Unter- und Überversorgung die meist verwendeten sind. [9] Unterversorgung wird unter anderem definiert als *“the failure to deliver a health service that is highly likely to improve the quality or quantity of life”*. [10] Die Unterversorgung ist für ein erhebliches Mass an vermeidbarer Morbidität und Mortalität verantwortlich. Unkontrollierter und unbehandelter Diabetes, unkontrollierte und unbehandelte Hyperlipidämie, sowie fehlende Immunisierung, sind nur einige häufige Beispiele für Unterversorgung. [9, 10] Insbesondere die westlichen Länder haben sich beim Vermeiden von Unterversorgung auf chronische Erkrankungen konzentriert. [11] Gründe für eine Unterversorgung lassen sich auf verschiedene Faktoren zurückführen, wie z.B. einem mangelnden Zugang zur Gesundheitsversorgung, fehlende Verfügbarkeit wirksamer Leistungen, Versagen des Gesundheitspersonals, wirksame Interventionen durchzuführen, oder das Versagen der Patienten/-innen diese einzuhalten. Der Unterversorgung gegenüber steht die Überversorgung. Eine Überversorgung liegt vor, wenn *“a health service is provided under circumstances in which the potential for harm exceeds the potential for benefit”*. [9] Beispiele für eine Überversorgung sind die Verschreibung von Medikamenten ohne entsprechende Indikation, wie zum Beispiel die Verschreibung von Antibiotika bei viralen

Infektionen der oberen Atemwege oder die Durchführung von Operationen bei unangemessener Indikation.

Das Bewusstsein für Über- und Unterversorgung und deren potenziellen Schaden hat erst in jüngster Zeit zugenommen. [12] Gleichzeitig hängt das Ausmass von Über- und Unterversorgung auch stark von der Erkrankung, dem Gesundheitsbereich und dem Gesundheitssystem ab. Was der Über- und Unterversorgung jedoch gemein ist, ist die Notwendigkeit, eine angemessene Versorgung zu definieren und krankheitsspezifische Standards festzulegen, um die Qualität der Versorgung messen und verbessern zu können. [2]

Über- und Unterversorgung messen: Qualitätsindikatoren

Um die Qualität der Versorgung nach den oben genannten Grundsätzen zu beurteilen, werden am häufigsten Qualitätsindikatoren verwendet. Der Begriff «Qualitätsindikatoren» wurde im Kontext der Versorgungsqualität von Campbell et al. 2002 definiert als *“explicitly defined and measurable items which act as building blocks in the assessment of care”* definiert. [13] Qualitätsindikatoren können für generische Bewertungen verwendet werden, werden aber häufiger in krankheitsspezifischen Settings eingesetzt, da die meisten Aspekte der Versorgungsqualität krankheitsspezifisch sind. [2, 13, 14]

Die Entwicklungsmethoden von Qualitätsindikatoren sind von grosser Bedeutung, da sich die Validität und Glaubwürdigkeit dieser verbessert, wenn fundierte Methoden angewandt wurden. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sollte sich stets auf aktuelle Evidenz und Good-practice-Guidelines stützen. Wenn diese jedoch fehlen, stellt der Expertenkonsensus eine geeignete Alternative dar. Qualitätsindikatoren sollten bestimmte Kriterien erfüllen, um zuverlässige Qualitätsmessungen zu ermöglichen. [2, 13, 15] Die Kriterien sind vielfältig und werden von der WHO in die folgenden vier Kategorien eingeteilt [2]:

- **Relevanz:** Die zugrundeliegende Krankheit oder der Risikofaktor sollte sich relevant auf die Gesundheit (Krankheitslast) und/oder die Gesundheitsausgaben auswirken. Es sollte ein klarer Hinweis auf ein Qualitätsproblem vorliegen, Verbesserungen sollten erreichbar sein und die relevanten Stakeholder sollten die Initiativen anerkennen und unterstützen.
- **Wissenschaftliche Solidität:** Qualitätsindikatoren sollten evidenzbasiert sein, eine hohe Validität haben (messen, was gemessen werden soll) und eine hohe Sensitivität (wenig falsch negative Ergebnisse) und Spezifität (wenig falsch positive Ergebnisse) aufweisen.
- **Durchführbarkeit:** Die erforderlichen Daten sollten systemisch verfügbar sein, und die Datenerhebung sollte mit einem angemessenen Kosten- und Arbeitsaufwand durchgeführt werden können. Die verfügbaren Daten sollten eine relevante Subgruppenanalyse und Risikoanpassung ermöglichen.
- **Sinnhaftigkeit:** Qualitätsindikatoren sollten aussagekräftig sowie vergleichbar über Leistungserbringer/-innen, Regionen und Länder hinweg, benutzerfreundlich (leicht verständlich) und interpretierbar sein.

Über- und Unterversorgung messen: Datengrundlage

Im Gesundheitssystem existieren viele verschiedene Datenquellen wie Verwaltungsdaten, medizinische Routinedaten oder krankheitsspezifische Register. Verfügbarkeit und Verknüpfbarkeit unterscheiden sich jedoch von Land zu Land aufgrund unterschiedlicher Datenschutzgesetze erheblich. Nicht alle Länder, unter ihnen die Schweiz, erlauben die Verknüpfung von Daten durch eindeutige, persönliche Identifikatoren über Systeme und Leistungserbringer/-innen hinweg. Trotz dieser potenziellen Hindernisse werden für Qualitätsanalysen und -sicherung im Gesundheitssystem häufig Verwaltungsdaten und medizinische Routinedaten verwendet. Verwaltungsdaten werden während der täglichen Nutzung und per Definition für administrative Zwecke, wie z.B. die Rechnungsstellung generiert. Sie liegen meist in elektronischer Form vor und sind vergleichsweise leicht verfügbar. Verwaltungsdaten enthalten in der Regel Informationen über den Patienten/-innen, den Leistungserbringer/-in und die durchgeführten Prozesse (Labormassnahmen, Medikation, Operation), es fehlen jedoch klinische Informationen. Medizinische Routinedaten werden während der täglichen Praxis in Krankenhäusern oder Arztpraxen generiert und stehen, falls sie elektronisch erfasst werden, theoretisch zur Weiterverarbeitung zur Verfügung. Daten aus elektronischen Krankenakten enthalten zusätzlich zu Prozessinformationen klinische Informationen wie Labortestergebnisse und Vitalparameter. Die Aussagekraft eines Datensatzes ist jedoch auch immer an die Standardisierung der Daten und die ordnungsgemässe Dokumentation geknüpft.

Datenqualitätsprobleme betreffen nicht nur medizinische Routinedaten, sondern alle verfügbaren Datenquellen, und stellen datenquellenspezifische Herausforderungen dar. Eine hohe Datenqualität ist entscheidend, um eine sinnvolle und zuverlässige Wiederverwendung für Messungen der Versorgungsqualität zu ermöglichen. Datenqualität ist mehrdimensional und wird von vielen Autoren mit unterschiedlichen, aber auch ähnlichen Attributen beschrieben [2, 16-19], die folgende Schlüsselmerkmale enthalten:

- Vollständigkeit: Umfassen die Daten alle Patienten/-innen und alle ihre verfügbaren Informationen?
- Korrektheit: Sind die verfügbaren Daten wahrheitsgetreu und sind sie frei von Verzerrungen und Fehlern?
- Aktualität und Verfügbarkeit: Sind die Daten korrekt? Sind die Daten leicht verfügbar und aktuell?

Über- und Unterversorgung vermindern

Die Definition und Messung der Versorgungsqualität allein reichen nicht aus und ermöglichen nicht automatisch eine Qualitätsverbesserung. Ein weiterer Aspekt ist die Verminderung von Über- und Unterversorgung. [20-22] Qualitätsverbesserungsstrategien zielen entweder auf die Organisationsebene, die Ebene der Leistungserbringer/-innen oder die individuelle Ebene ab, wobei die Ebene der Leistungserbringer/-innen die am häufigsten anvisierte Ebene ist. Eine beliebte Methode, die im britischen National Health Service durch das Quality and Outcomes Framework (QOF) eingeführt wurde, ist die Methode «Pay-for-Performance». [23] Pay-for-Performance Initiativen bieten direkte finanzielle Anreize für Leistungserbringer/-innen oder Praxen, abhängig von der aktuell gemessenen Versorgungsqualität. Je nach Programm können die finanziellen Anreize bis zu 25% des Gesamteinkommens betragen. [24] Weitere etablierte Methoden, die sich in erster Linie mit der Unterversorgung von wirksamen medizinischen Leistungen befassen, sind Audit und Feedback, klinische Weiterbildungen, Erinnerungsfunktionen,

oder öffentliche Berichterstattung über Qualitätsmessungen. Eine erfolgreiche Initiative der jüngsten Zeit zur Bekämpfung von Überversorgung ist die «Choosing Wisely» Kampagne. [25] Choosing Wisely wurde ursprünglich in den Vereinigten Staaten initiiert und inzwischen von vielen Ländern übernommen, [26, 27] unter ihnen auch die Schweiz. [28] Das Schlüsselement der Kampagnen sind Listen, die spezifische Gesundheitsdienstleistungen auflisten, für die es starke Indizien gibt, dass sie potenzielle Schäden und unnötige Kosten verursachen bei geringem Nutzen. Die Listen werden von den entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften erstellt und dann bei Leistungserbringer/-innen und Patienten/-innen propagiert, um ein Bewusstsein gegen potenziell unnötige Behandlungen zu schaffen.

Im Allgemeinen werden viele verschiedene Verbesserungsstrategien als wirksam erachtet, um Veränderungen zu bewirken. [22, 29] Es wurde jedoch bisher keine einzelne Methode identifiziert, die sich in ihrer Wirksamkeit hervorhebt. Beim Diabetes hat sich eine Kombination von Interventionen, die auf das gesamte System des Disease Management abzielen, als am wirksamsten erwiesen. [29] Im Allgemeinen haben Strategien zur Qualitätsverbesserung einen grösseren Effekt, wenn das Ausgangsniveau tiefer ist; mit höheren Leistungsniveau wird es zunehmend schwieriger, weitere Verbesserungen zu erreichen.

Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin – Die Probleme

Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen

In der Schweiz wurde Versorgungsqualität erst Anfang der 2000er Jahre ein relevantes Thema. Als die Häufigkeit von unerwünschten medizinischen Zwischenfällen und das Thema Patientensicherheit zunehmend internationale Aufmerksamkeit erregten [1], erkannten auch nationale Verbände und die Schweizer Regierung die Notwendigkeit von Verbesserungsmaßnahmen. [4, 30] Die in diesem Zusammenhang vom BAG kommunizierten Prioritäten bestanden darin, die Rate unerwünschter Ereignisse zu senken und Benchmarking-Prozesse für die Leistungserbringer/-innen im Gesundheitswesen zu ermöglichen, um Prozesse zu verbessern und die Schweizer Bevölkerung transparent zu informieren. [4] Während im stationären Sektor 2009 die «Schweizerische Vereinigung für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken» (ANQ) gegründet und mit der Entwicklung und Umsetzung von Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren betraut wurde, hat sich in der Hausarztmedizin bisher keine national koordinierte Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsmassnahmen etabliert. Erst seit kurzem erhebt das BAG Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Zentren. [31] Es fehlt jedoch weiterhin eine nationale Strategie, die es erlauben würde, Informationen zur Versorgungsqualität und Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin koordiniert zu erheben, unter anderem bedingt durch die föderalen Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsversorgung. Auch von Seiten der Fachorganisationen wurde bisher zu wenig unternommen, um die Messung von Über- und Unterversorgung durch die Bereitstellung von weiterverwendbaren Daten und Datenstandards voranzutreiben. [4]

Beschränkte elektronische Datenverfügbarkeit

Die wenigen punktuellen Analysen in der Schweizer Hausarztmedizin basieren meistens auf Routinedaten, wie Abrechnungsdaten oder klinischen Daten. Wie der Name besagt werden Routinedaten während der täglichen Arbeit erhoben und nur sekundär für die Forschung und die Identifikation von Über- und Unterversorgung genutzt. Damit 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.

In der Schweizer Hausarztmedizin ist bereits die elektronische Verfügbarkeit eine grosse Herausforderung. Die Digitalisierung des Gesundheitssystems ist in der Schweiz im Vergleich mit anderen OECD Staaten unterentwickelt, [32] und innerhalb der Schweiz hinkt der ambulante dem stationären Sektor zudem hinterher. [33, 34] So wird zum Beispiel die elektronische Krankengeschichte in ambulanten Praxen noch nicht flächendeckend verwendet. In einer Umfrage aus dem Jahr 2015 gaben nur ca. 35% der Hausärzte/-innen an, dass sie eine elektronische Krankengeschichte führen, um Patientenkontakte zu dokumentieren. [33] Für die Erfassung administrativer Prozesse und die Terminplanung war der Anteil bedeutend höher und belief sich auf mehr als 75%. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass papierbasierte Arbeitsschritte nach wie vor die Regel sind und das insbesondere in Situationen, in denen Daten übertragen werden müssen, die Daten per Papier oder pseudo-elektronisch (elektronische Übertragung

ohne Integration im entsprechenden System) übertragen werden. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Studie bereits 5 Jahre alt ist. Der Anteil der Praxen, die vollständig elektronisch arbeiten, ist im Jahr 2017 auf 41% gestiegen und ist insbesondere bei den jüngeren Hausärzten/-innen deutlich höher [34] und wird entsprechend der demografischen Veränderung voraussichtlich weiter steigen. Unterdessen gibt es zudem vermehrt Projekte, welche die elektronische Verfügbarkeit, Interoperabilität und Übermittlung von Daten adressiert haben. So soll zum Beispiel der eMediplan (<https://emediplan.ch>) die aktuelle Medikation von Patienten/-innen zusammenfassen und den Austausch zwischen Patienten/-innen, Apotheken, Hausarztpraxen und Spitälern erleichtern. [35] Jedoch ist auch beim eMediplan nach wie vor ein papierbasierter Workaround vorhanden. In ähnlichem Rahmen werden derzeit Austauschformate für einen eImpfplan und einen eLaborbefund umgesetzt. Die genannten Austauschformate sollten zukünftig im elektronischen Patientendossier (EPD) eingebunden werden, welches sich aktuell aber noch in Entwicklung befindet. Das EPD ist eine Sammlung von Patienteninformationen, welche bei verschiedenen Leistungserbringern/-innen erfasst wurden und vereinfacht Patienten/-innen und weiteren Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung gestellt werden. [36] Die Anbindung für ambulante Leistungserbringer/-innen ist jedoch bisher freiwillig. Es wurde versäumt, regulatorische Verpflichtungen und Anreize zu setzen, um die Entwicklung hin zur kompletten digitalen Erfassung zu beschleunigen. [37]

Neben fehlenden regulatorischen und monetären Anreizen und mangelnder Interoperabilität sind die Gründe, die Hausärzte/-innen an der Umstellung auf eine elektronische Krankengeschichte hindern, vielfältig. Meistgenannt sind jedoch hohe Investitionskosten, Sicherheitsbedenken und erforderliche Änderungen im Arbeitsablauf. [38-40]

Mangelnde Datenqualität

Insbesondere für die Verwendung von medizinischen Routinedaten ist die Anpassung der Arbeitsweise und der Dokumentation durch die Ärzte eine Grundvoraussetzung für die Sekundärnutzung von Daten. Eine elektronische Datenerfassung reicht nicht; die Daten müssen strukturiert und mit hoher Datenqualität vorliegen. 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». [41, 42] So werden zum Beispiel viele Informationen im Freitext dokumentiert. Freitext ist jedoch aufgrund mangelnder Standardisierung mit herkömmlichen Methoden nicht verwendbar und müsste zuerst aufwändig aufbereitet werden.

Die mangelnde strukturierte Erfassung ist somit eine wesentliche Einschränkung in Bezug auf die Vollständigkeit und die Datenqualität. [37] Neben Vollständigkeit sind Korrektheit und Aktualität, beziehungsweise zeitliche Verfügbarkeit, weitere wichtige Aspekte der Datenqualität. [2, 16-19] Die Verfügbarkeit der Daten für den sekundären Gebrauch von elektronischen Routinedaten hängt von der jeweiligen Software und deren Standardisierung ab. In der Schweiz hat sich bisher kein Datenstandard durchgesetzt und die mangelnde Standardisierung und Interoperabilität der verschiedenen Softwares führt dazu, dass nicht in jeder Software die gleichen Variablen strukturiert erfasst werden, was die Verfügbarkeit der Daten für die sekundäre Nutzung stark reduziert. Die Datenqualität wird ebenfalls dadurch eingeschränkt, dass es in der Hausarztmedizin keine Codierungspflicht gibt, z.B. nach der empfohlenen internationalen Klassifizierung für die Hausarztmedizin (ICPC). Somit liegen über die Gründe der Konsultationen und die Diagnosen nur teilweise Informationen vor.

Hohe Datenqualität ist eine der wichtigsten Voraussetzung für die valide Messung von Über- und Unterversorgung. Solange die Hausärzte/-innen die Daten «nur» für den Eigengebrauch erheben, gibt es für sie keinen Grund, dies in standardisierter Form und von hoher Qualität zu tun.

Handlungsempfehlungen

Angesichts der im vorherigen Abschnitt beschriebenen Probleme ist die Messung von Über- und Unterversorgung in der Schweizer Hausarztmedizin eine Herausforderung. Die politischen Rahmenbedingungen in der Schweiz und der tiefe Digitalisierungsgrad in der Hausarztmedizin führen zu einer geringen Datenverfügbarkeit und Datenqualität, welche dadurch keine flächendeckende Messung von Über- und Unterversorgung erlauben. Die Messung dieser ist jedoch eine grundlegende, wichtige Voraussetzung, um eine Bestandsaufnahme zu machen. Diese kann zu mehr Bewusstsein und Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen führen und ist nicht zuletzt die Basis, um Qualitätsverbesserungen zu initiieren.

Um dieses Ziel zu verfolgen, wurden die folgenden drei Empfehlungen ausgearbeitet:

Empfehlung 1: Entwicklung einer umfassenden, digitalen Strategie

Ein zentrales Hindernis ist die mangelnde elektronische Datenverfügbarkeit, welche die sekundäre Verwendung der Daten verhindert und die Prozesse des elektronischen Datentransfers zwischen den Institutionen einschränkt. Die OECD lokalisiert die grössten Hindernisse, um ein digitales Gesundheitswesen zu ermöglichen hauptsächlich auf der institutionellen und organisatorischen Ebene und nur bedingt auf der technischen Ebene (z.B. das Fehlen von entsprechenden Technologien). [43] Die OECD empfiehlt die Entwicklung einer umfassenden, sektorenübergreifenden, digitalen Strategie. Diese Strategie schliesst unter anderem eine Stärkung der Verwaltung von Gesundheitsdaten, die Überwindung von rechtlichen Hindernissen und mangelndem Vertrauen seitens der Patienten/-innen und der Öffentlichkeit ein und ermöglicht so den Aufbau institutioneller und operationeller Kapazitäten.

Im Schweizer Kontext bedeutet dies, dass insbesondere die Hausärzte/-innen und weitere ambulante Leistungserbringer/-innen in die Strategie miteingeschlossen werden und die Digitalisierung in diesen Bereichen vorangetrieben und verpflichtend gemacht würde. Solche Veränderungen erfordern jedoch Leadership, nachhaltige Investitionen und angemessene Vergütung. Dazu gehören unter anderem der Aufbau von Humankapital und Fachwissen, die Anpassung von Prozessen und Arbeitsabläufen, sowie die Modernisierung von politischen und finanziellen Rahmenbedingungen.

Ebenso gehört zu einer solchen Strategie, die Verwaltung und Verwendung der Gesundheitsdaten zu verbessern, um den Behandlungspfad der Patienten/-innen im Gesundheitssystem optimal zu verfolgen und den Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern/-innen zu vereinfachen. Hierzu ist es dringend notwendig, einen gemeinsamen Standard zu schaffen und durch Mindestanforderungen an die Softwarehersteller den Datenaustausch und die Interoperabilität zwischen den Softwaresystemen sicherzustellen.

Empfehlung 2: Stärkung einer datenbasierten Qualitätskultur

Wie bereits oben erwähnt, ist die digitale Datenverfügbarkeit nicht der einzige Aspekt, welcher zu einer optimalen Verfügbarkeit von Daten und guter Datenqualität beiträgt. Die vollständige Einbindung der elektronischen Krankengeschichte, die strukturierte Erfassung der Daten sowie die Vertrautheit mit Qualitätsaspekten sind wichtig und notwendig für die zuverlässige Messung von Über- und Unterversorgung. Insbesondere die Vertrautheit von Hausärzten/-innen gegenüber Qualitätsaspekten gilt es zu optimieren. Hausärzte/-innen sind zwar bestrebt, die

Versorgungsqualität auf der individuellen Ebene zu verbessern, jedoch sind sie nur beschränkt vertraut mit der Standardisierung von Gesundheitsversorgung, externen Kontrollen und Messungen. [4] Dies ist unter anderem auf fehlende Aus- und Weiterbildung und mangelnde Erfahrung in diesen Bereichen zurückzuführen. Um diese Herausforderung zu meistern ist eine Stärkung der Qualitätskultur notwendig. Qualitätsaspekte sollten in der medizinischen Grundausbildung und in Weiterbildungen vermittelt werden, und zu den geforderten Kompetenzen der medizinischen Fachgesellschaften hinzugefügt werden. [44] Ein bereits häufig eingesetztes Tool sind Qualitätszirkel, in denen Ärzte/-innen gemeinsam ihre Arbeit reflektieren und Verbesserungspotenzial lokalisieren. Wünschenswert wäre es, wenn in Qualitätszirkeln vermehrt datenbasierte Analysen und Reports einbezogen würden, die zum Beispiel das Verbesserungspotenzial im Bereich der Über- und Unterversorgung aufzeigen.

Um solch eine datenbasierte Qualitätskultur zu schaffen, braucht es unter anderem eine verbesserte Nutzung der elektronischen Krankengeschichte und allenfalls zusätzliche Analysemöglichkeiten direkt in der Praxissoftware. Datenqualität und Datenvollständigkeit müssten für optimale Ergebnisse erhöht werden. Um dies zu erreichen, gibt es eine Reihe von Methoden, die hilfreich sein können. So haben wissenschaftliche Studien gezeigt, dass der Gebrauch von Anleitungen, Lehrmaterial, Datenqualitätsreports und Seminaren die Datenqualität erhöht und den Gebrauch der elektronischen Krankengeschichte positiv beeinflusst. [45-47] Hausärzte/-innen, welche die elektronische Krankengeschichte noch nicht vollständig nutzen, sollten nach Bedarf bei der Implementierung unterstützt und begleitet werden, um die nötigen Trainings, den technischen Support und Unterstützung bei Änderungen in der Arbeitsweise zur Verfügung zu stellen. [48]

Empfehlung 3: Bottom-up Initiativen unterstützen

Die ersten beiden Empfehlungen sind langfristig ausgerichtet. Um die Messung der Über- und Unterversorgung jedoch zeitnah voranzutreiben, wird die Unterstützung von bereits existierenden Bottom-up Projekten empfohlen. Wenn auch klein angelegt, erlauben diese Projekte bereits heute Messungen von Über- und Unterversorgung. Ausserdem können aus deren Erfahrungen allfällige Lehren gezogen werden und der Bottom-up-Approach kann eine verstärkte Einbindung und Motivation der Hausärzte/-innen bewirken.

Eine Initiative zur Qualitätsmessung wurde kürzlich auf der Grundlage von Abrechnungsdaten eines Krankenversicherers initiiert. [49, 50] Mehr als 20 Indikatoren wurden entwickelt und evaluiert und zielten darauf ab, Prozesse in Bereichen wie Effizienz, Arzneimittelsicherheit und spezifische Krankheiten zu bewerten. Zwei Projekte, welche Hausärzten/-innen direkt einbeziehen sind das «Swiss Primary Care Monitoring» (SPAM) und das «Family medicine ICPC research using electronic medical records» (FIRE). SPAM ist eine Initiative zur Überwachung und Messung von Aktivitäten und Leistungen in der schweizerischen Hausarztmedizin und es wurde ein Set von mehr als 50 Qualitätsindikatoren entwickelt und evaluiert. [51, 52] FIRE ist eine Datenbank mit medizinischen Routinedaten von mehr als 650 Deutschschweizer Hausärzten/-innen. [53] Die FIRE-Forschungsdatenbank bietet eine Wissensbasis für verschiedene Forschungsprojekte und die Grundlage für ein regelmässiges Feedback- und Benchmark-System für die teilnehmenden Hausärzte/-innen. Basierend auf dem FIRE-Projekt wurde 2018 zusammen mit mehreren Deutschschweizer Netzwerken ein Reporting lanciert, welches zum Ziel hat, die Qualität der Hausärzte/-innen abzubilden.

Auf der Datengrundlage von Bottom-up Projekten wurden in den letzten Jahren einige Studien und punktuelle Analysen durchgeführt. So wurde zum Beispiel basierend auf Abrechnungsdaten die Qualität der Versorgung von Patienten/-innen mit Diabetes beurteilt. [54] Basierend auf den FIRE-Daten wurden Analysen gemacht, welche die Anwendung von Qualitätsmessungen in der Versorgung von Patienten/-innen mit Diabetes und Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit nach dem Vorbild des britischen QOF überprüften, [55, 56] sowie weitere Analysen, welche potenzielle Unterversorgung messen. [57] Diese Publikationen haben Bereiche untersucht, wo Zahlen aus dem Ausland vermuten liessen, dass auch in der Schweiz die Versorgung in diesen Bereichen optimiert werden könnte. Dass jedes Gesundheitssystem seine Eigenheiten hat, zeigt ein Beispiel aus dem Bereich der potenziellen Überversorgung. In der Schweiz hat die Verschreibung der intravenösen Eisensupplementierung zwischen den Jahren 2006 und 2010 um mehr als 250% zugenommen, [58] und eine FIRE-Analyse unter Berücksichtigung der medizinischen Indikation bekräftigte den Verdacht auf Überversorgung. [59] Im Vergleich mit Grossbritannien sind die Verschreibungsraten der intravenösen Eisensupplementierung in der Schweiz jedoch mehr als tausend Mal höher. [60] Wenn Unterschiede von diesem Ausmass bestehen, ist eine Analyse mit lokalen Daten unumgänglich. Dieses Beispiel illustriert die Wichtigkeit der Verfügbarkeit von Schweizer Daten zur Messung von Über- und Unterversorgung.

Umsetzungsüberlegungen

Handlungsempfehlung	Herausforderungen	Chancen
<p>Entwicklung einer umfassenden, digitalen Strategie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datenschutz und Gesetzgebung • Föderalistisches System mit kantonalen Kompetenzen im Bereich der Gesundheit • Mangelndes Vertrauen von der Öffentlichkeit • Widerstand der Leistungserbringer/-innen gegen den Top-down-Approach • Langwieriger Prozess 	<ul style="list-style-type: none"> • Demografische Entwicklung fördert die Digitalisierung • Notwendigkeit zu Veränderungen aufgrund steigender Kosten
<p>Stärkung einer datenbasierten Qualitätskultur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Widerstand gegen standardisierte Versorgung und Kontrollen • Koordination von Aus- und Weiterbildung • Langwieriger Prozess 	<ul style="list-style-type: none"> • Demografische Entwicklung fördert die Digitalisierung • Netz von Qualitätszirkel besteht bereits • Direkte Vergütung von Qualitätsindikatoren (Verträge zwischen Krankenversicherer und Ärztenetzwerken)
<p>Bottom-up Initiativen unterstützen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unsichere Finanzierung • Abhängig von der freiwilligen Teilnahme/Bereitschaft der Hausärzte/-innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation der Teilnehmenden durch direkte Einbindung erhöht • Kurzfristige Entwicklungen und zeitnahe Ergebnisse

Zusammenfassung Stakeholder-Dialog

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

Im Rahmen des «Swiss Learning Health System» (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 dem vorliegenden Policy Brief. 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 wie folgt zusammengefasst werden können:

Die Probleme

Unzureichende politische und strukturelle Rahmenbedingungen

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 Seite 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

Die Teilnehmenden bestätigten, 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, welches 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

Entsprechend der Beschreibung im Policy Brief betonten die Teilnehmenden auch, 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 Leistungserbringer sehen oftmals den Mehrwert bzw. die Sinnhaftigkeit von (externer) Qualitätsmessung 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 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 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

Die Teilnehmenden unterstützen den im Policy Brief erläuterten Vorschlag. Die Leistungserbringer 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

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/-in und Patient/-in. 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.

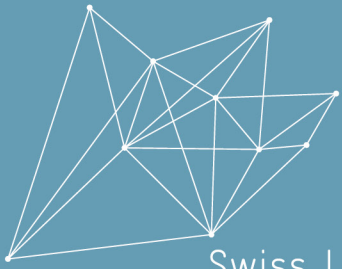
Referenzen

- [1] Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, A., in *To Err is Human: Building a Safer Health System*, L.T. Kohn, J.M. Corrigan, and M.S. Donaldson, Editors. 2000, National Academies Press (US) Washington (DC).
- [2] WHO/OECD, *Improving healthcare quality in Europe*, R. Busse, et al., Editors. 2019.
- [3] Directorate-General for Health and Food Safety, E.C., *So what? Strategies across Europe to assess quality of care : report by the expert group on health systems performance assessment*. 2016, European Commission: Brussels.
- [4] Vincent, C. and A. Staines, *Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen*, F.O.o.P. Health, Editor. 2019.
- [5] Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, *Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods.*, ed. K. Lohr. 1990.
- [6] Campbell, S.M., M.O. Roland, and S.A. Buetow, *Defining quality of care*. *Soc Sci Med*, 2000. 51(11): p. 1611-25.
- [7] Maxwell, R.J., *Dimensions of quality revisited: from thought to action*. *Qual Health Care*, 1992. 1(3): p. 171-7.
- [8] Health Services Research Group, *Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured?* Health Services Research Group. *CMAJ*, 1992. 146(12): p. 2153-8.
- [9] Chassin, M.R. and R.W. Galvin, *The urgent need to improve health care quality*. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, 1998. 280(11): p. 1000-5.
- [10] Glasziou, P., et al., *Evidence for underuse of effective medical services around the world*. *Lancet*, 2017. 390(10090): p. 169-177.
- [11] NHS Employers: A summary of QOF indicators for 2016/17. <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework/changes-to-qof-2016-17> ; Accessed 29.03.2018.
- [12] Brownlee, S., et al., *Evidence for overuse of medical services around the world*. *Lancet*, 2017. 390(10090): p. 156-168.
- [13] Campbell, S.M., et al., *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*. *Qual Saf Health Care*, 2002. 11(4): p. 358-64.
- [14] Mainz, J., *Defining and classifying clinical indicators for quality improvement*. *Int J Qual Health Care*, 2003. 15(6): p. 523-30.
- [15] Rode, S., et al., *Requirements and Application Guide for the Use of Quality Indicators in Medical Care: Results of a Systematic Review*. *Gesundheitswesen*, 2016. 78(S 01): p. e110-e119.
- [16] Weiskopf, N.G. and C. Weng, *Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research*. *J Am Med Inform Assoc*, 2013. 20(1): p. 144-51.
- [17] Kahn, M.G., et al., *A pragmatic framework for single-site and multisite data quality assessment in electronic health record-based clinical research*. *Med Care*, 2012. 50 Suppl: p. S21-9.
- [18] Wand, Y. and R.Y. Wang, *Anchoring data quality dimensions in ontological foundations*. *Communications of the Acm*, 1996. 39(11): p. 86-95.
- [19] Scott, P.J., et al., *Evaluation Considerations for Secondary Uses of Clinical Data: Principles for an Evidence-based Approach to Policy and Implementation of Secondary Analysis*. *Yearb Med Inform*, 2017. 26(1): p. 59-67.

- [20] Grol, R. and J. Grimshaw, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 2003. 362(9391): p. 1225-30.
- [21] Ferlie, E.B. and S.M. Shortell, Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*, 2001. 79(2): p. 281-315.
- [22] Scott, I., What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Intern Med J*, 2009. 39(6): p. 389-400.
- [23] National Health Services, U.K., The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations. 2004.
- [24] Roland, M. and B. Guthrie, Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *BMJ*, 2016. 354: p. i4060.
- [25] ABIM Foundation. Choosing Wisely. 2020 22.04.2020]; Available from: <https://www.choosingwisely.org/our-mission/>.
- [26] Levinson, W., et al., 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*, 2015. 24(2): p. 167-74.
- [27] Mucbe-Borowski, C., et al., Protection against the overuse and underuse of health care - methodological considerations for establishing prioritization criteria and recommendations in general practice. *BMC Health Serv Res*, 2018. 18(1): p. 768.
- [28] (SGAIM), S.G.f.A.I.M. Top-5 Liste - Ambulante allgemeine innere Medizin. 2020 07.04.2020]; Available from: <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/ambulante-allgemeine-innere-medizin.html>.
- [29] Tricco, A.C., et al., Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2012. 379(9833): p. 2252-61.
- [30] Peters, O. and M. Langenegger, Nationaler Strategiebericht: Quality Strategy in Swiss Health Care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 2015. 109(9-10): p. 660-1.
- [31] Federal office of public health. Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren. 2020 2020.05.06]; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sdapaz.html>.
- [32] Thiel, R., et al., SmartHealthSystems - Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. 2018.
- [33] Djalali, S., et al., Undirected health IT implementation in ambulatory care favors paper-based workarounds and limits health data exchange. *Int J Med Inform*, 2015. 84(11): p. 920-32.
- [34] Statistik, B.f., Drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte unter 45 Jahren führten 2017 die Krankengeschichten elektronisch. 2019.
- [35] eMediplan, I. eMediplan Der Schweizer Meidkationsplan. 29.04.2020]; Available from: <https://emediplan.ch/de/home>.
- [36] eHealth Suisse, Informationsbrochüre für die Bevölkerung. Meine Gesundheitsinfos. Zur richtigen Zeit am richtigen Ort. eHealth Suisse, Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen,, 2017.
- [37] Marcel, U., EPD: Es droht der PDF-Friedhof, in *Netzwoche*. 2019.
- [38] Ajami, S. and T. Bagheri-Tadi, Barriers for Adopting Electronic Health Records (EHRs) by Physicians. *Acta Inform Med*, 2013. 21(2): p. 129-34.
- [39] Dutta, B. and H.G. Hwang, The adoption of electronic medical record by physicians: A PRISMA-compliant systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 2020. 99(8): p. e19290.

- [40] O'Donnell, A., et al., Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: a systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2018. 18(1): p. 101.
- [41] Lorenzetti, D.L., et al., Strategies for improving physician documentation in the emergency department: a systematic review. *BMC Emerg Med*, 2018. 18(1): p. 36.
- [42] Mamlin, B.W. and W.M. Tierney, The Promise of Information and Communication Technology in Healthcare: Extracting Value From the Chaos. *Am J Med Sci*, 2016. 351(1): p. 59-68.
- [43] OECD, Health in the 21st Century. OECD Health Policy Studies. 2019.
- [44] Dessard-Choupay, G., P. Briot, and P. Chopard, Education and training in safety and quality improvement - A short report for the Swiss National Report on Safety and Quality of Care. 2019.
- [45] Hamade, N., A. Terry, and M. Malvankar-Mehta, Interventions to improve the use of EMRs in primary health care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Health Care Inform*, 2019. 26(1): p. 0.
- [46] van der Bij, S., et al., Improving the quality of EHR recording in primary care: a data quality feedback tool. *J Am Med Inform Assoc*, 2017. 24(1): p. 81-87.
- [47] Taggart, J., S.T. Liaw, and H. Yu, Structured data quality reports to improve EHR data quality. *Int J Med Inform*, 2015. 84(12): p. 1094-8.
- [48] Lambley, J. and C. Kuziemsy, A tactical framework for EMR adoption. *Healthc Manage Forum*, 2019. 32(3): p. 148-152.
- [49] Blozik, E., et al., Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. *BMC Health Serv Res*, 2018. 18(1): p. 743.
- [50] Huber, C.A., et al., Evidence-based quality indicators for primary healthcare in association with the risk of hospitalisation: a population-based cohort study in Switzerland. *BMJ Open*, 2020. 10(4): p. e032700.
- [51] Ebert, S.T., et al., Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Serv Res*, 2017. 17(1): p. 789.
- [52] Senn, N., S.T. Ebert, and C. Cohidon, Die Hausarztmedizin in der Schweiz – Perspektiven. Analyse basierend auf den Indikatoren des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring). *Obsan Bulletin*, 2016. 11/2016.
- [53] Chmiel, C., et al., The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 2011. 140: p. w13142.
- [54] Huber, C.A., et al., A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes. *Patient Prefer Adherence*, 2016. 10: p. 223-31.
- [55] Djalali, S., et al., Swiss quality and outcomes framework: quality indicators for diabetes management in Swiss primary care based on electronic medical records. *Gerontology*, 2014. 60(3): p. 263-73.
- [56] Scherz, N., et al., Quality of secondary prevention of coronary heart disease in Swiss primary care: Lessons learned from a 6-year observational study. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2016. 118-119: p. 40-47.
- [57] Rachamin, Y., et al., Statin treatment and LDL target value achievement in Swiss general practice - a retrospective observational study. *Swiss Med Wkly*, 2020. 150: p. w20244.
- [58] Giger, M. and R. Achermann, [Iron substitution in outpatients in Switzerland: Increase of costs associated with intravenous administration]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 2013. 107(4-5): p. 320-6.

- [59] Meier, R., et al., Indications and associated factors for prescribing intravenous iron supplementation in Swiss general practice: a retrospective observational study. *Swiss Med Wkly*, 2019. 149(149): p. w20127.
- [60] Bietry, F.A., et al., Iron supplementation in Switzerland - A bi-national, descriptive and observational study. *Swiss Med Wkly*, 2017. 147: p. w14444.



Swiss Learning
Health System