

Hinweise zur Verfassung einer Qualitätsstrategie nach Vorlage der SAQM

Hintergrund: Die Vorlage für eine Qualitätsstrategie entstand im Rahmen der Arbeiten an der Qualitäts-Charta der Schweizer Ärzteschaft und auf Wunsch verschiedener Ärzteorganisationen. Die Qualitäts-Charta enthält verschiedene Grundprinzipien. Mitunter soll das ärztliche Qualitäts-Engagement verbindlicher und transparenter werden. Konkret heisst das, dass die unterzeichnenden Ärzteorganisationen eine Qualitätsstrategie erarbeiten und regelmässig über den Stand ihrer Qualitätsentwicklung sowie über ihr fachspezifisches Qualitäts-Engagement berichten. Die vorliegende Vorlage dient als Hilfsmittel für die Erstellung einer Qualitätsstrategie.

Zielgruppe: Die vorliegende Vorlage für eine Qualitätsstrategie richtet sich an Schweizer Ärzteorganisationen (Fachgesellschaften, kantonale Ärzteorganisationen, Dachorganisationen). Die Qualitätsstrategie soll ein Hilfsmittel für die interne Qualitätsarbeit darstellen. Ob die Qualitätsstrategie veröffentlicht oder als internes Dokument verfasst wird, ist den einzelnen Ärzteorganisationen überlassen. Bei Bedarf können auch zwei verschiedene Versionen erarbeitet werden.

Information zur Vorlage: Die Vorlage kann durch die Ärzteorganisationen selber an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden.

Haben Sie Fragen oder Anliegen zu Ihrer Qualitätsarbeit? Nutzen Sie unseren Quality Support und wenden Sie sich mit Ihren Fragen an saqm@fmh.ch bzw. 031 359 11 11. Wir unterstützen Sie gerne – individuell und zeitnah.

Empfohlene Arbeitsschritte für die Erstellung einer Qualitätsstrategie

- I. **Organisation der qualitätsbezogenen Arbeit festlegen:** Wer erarbeitet die Qualitätsstrategie? Der Qualitätsdelegierte? Eine Arbeitsgruppe/Kommission? Der Vorstand? Mit externer Beratung? Ohne?
- II. **Qualitätsdefinition erarbeiten:** Was heisst bei uns gute Qualität? Wie definieren wir Qualität in unserer Ärzteorganisation?
- III. **Handlungsbedarf eruieren:** Wo stehen wir bezüglich Qualität? (Ist-Zustand) Und wo wollen wir hin? (Soll-Zustand) Wo besteht Handlungsbedarf? (z.B. bezüglich Patientensicherheit, Einhaltung Gesetze (geforderte Transparenz), etc.) Wie ist Qualität in unserer Ärzteorganisation verankert? (strukturelle Aspekte)
- IV. **Übersicht bezüglich bestehenden Arbeiten schaffen:** welche Qualitätsinitiativen/Projekte existieren bereits innerhalb unserer Ärzteorganisation?
Hilfsmittel: Inventarerhebung SAQM zu von Schweizer Ärzteorganisationen empfohlenen, entwickelten und geplanten Qualitätsaktivitäten (Erhebungsinstrument & Resultate) => Kontakt: saqm@fmh.ch
- V. **Schwerpunkte/Handlungsfelder setzen:** Wo wollen wir ansetzen? Und warum? Welche Schwerpunkte setzen wir? Welches sind die wesentlichen Elemente unserer Qualitätsentwicklung? Gibt es allenfalls sogar messbare Elemente, die berücksichtigt werden könnten, welche den Bestimmungen des [KVG](#) (Art. 59a, 58) und der [KVV](#) (Art. 77) gerecht werden? Haben alle Handlungsfelder einen Bezug zum Patientenwohl? Welchen?
- VI. **Ziele formulieren:** Was sind die konkreten Ziele? (möglichst [SMART](#) formuliert)
- VII. **Massnahmen bestimmen:** Mit welchen Massnahmen/Instrumenten erreichen wir die Ziele? Existieren innerhalb unserer Ärzteorganisation bereits geeignete Instrumente? (siehe Punkt 4) Gibt es andere Ärzteorganisationen, die bereits geeignete Instrumente verwenden/entwickelt haben? Existieren internationale Instrumente? Haben die ausgewählten Aktivitäten ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis? Sind sie zum Wohle der Patienten?
Hilfsmittel:
 - a) Inventarerhebung SAQM zu von Schweizer Ärzteorganisationen empfohlenen, entwickelten und geplanten Qualitätsaktivitäten (Resultate der eigenen Ärzteorganisation und der anderen Ärzteorganisationen) => Kontakt: saqm@fmh.ch
 - b) SAQM Onlineplattform [«Forum medizinische Register Schweiz»](#) (Übersichtsdatenbank zu bestehenden med. Registern),
 - c) SAQM Onlineplattform [«Qualitätsinitiativen»](#)
 - d) SAQM-Tool „Aufwand-Nutzen-Analyse von Qualitätsaktivitäten AQA“ zur Aufwand-Nutzen-Bewertung von Qualitätsaktivitäten => Kontakt: saqm@fmh.ch
- VIII. **Qualitätsstrategie ausformulieren:** Die gemachten Überlegungen und Beschlüsse schriftlich in einer „Qualitätsstrategie“ festhalten. Vor der Ausformulierung des Dokuments festlegen, ob das Dokument sich auch an die Öffentlichkeit richten soll oder ob es nur ein internes Dokument der Ärzteorganisation ist. Allenfalls sind zwei Versionen nötig.
Hilfsmittel: Dokument [«Vorlage Qualitätsstrategie»](#) der SAQM (siehe Folgeseiten)

Qualitätsstrategie

Datum: 08.11.2018

Autorenschaft: Dr. Tobias Ehmann, Ressort Qualität Vorstand der SGG

Verabschiedet durch: Vorstand der Schweizerische Gesellschaft für
Gastroenterologie SGG am

1. Qualitäts-Struktur

Wie ist die Qualität in unserer Ärzteorganisation verankert? Existiert eine Qualitätskommission? Eine Arbeitsgruppe? Gibt es eine(n) Qualitätsbeauftragte(n)? Wenn nicht, was ist geplant?

Artikel 2, Absatz 1.1 der Statuten der Fachgesellschaft (letzte Revision 2016) beschreibt die [Schweizerische Gesellschaft](#) als rechtlich und organisatorisch selbständigen Verein, der sich unter anderem zusammen mit den anderen Berufsgruppen, den Kliniken und den übrigen Institutionen des Gesundheitswesens für eine qualitativ hochstehende Versorgung im Fachbereich Gastroenterologie einsetzt.

In der Geschäftsordnung legt im Artikel 3 unter der Überschrift ‚Qualitätssicherung und Prävention‘ fest: Die SGG ist zuständig für alle Belange der Qualitätssicherung im erweiterten Fachbereich Gastroenterologie in Zusammenarbeit mit den von ihr anerkannten medizinischen Organisationen sowie unter Berücksichtigung der Arbeitsgruppen (gemäss Art. 2 Ziffer 2.2 der GO), welche unter anderem Schwerpunkte wie Hepatologie oder Fähigkeitsausweise im Rahmen der Weiterbildungsordnung des SIWF vertreten.

Art. 14 Ressorts und Pflichtenhefte

1 Der Vorstand kennt mindestens die folgenden Ressorts:

- 1.1 Bildung (Aus-, Weiter- und Fortbildung)
- 1.2 Kongresse und Wissenschaftliche Kommission
- 1.3 Qualität
- 1.4 Quästor (Finanzielles)
- 1.5 Öffentlichkeit
- 1.6 Tarife

Richtlinien, Standards und Programme werden von den Vertretern der Ressorts alleine oder in Arbeitsgruppen meist mit externer Unterstützung (Vertreter anderer Fachgesellschaften oder Experten) erarbeitet, dem Vorstand zur Vernehmlassung vorgelegt, verabschiedet und bei Bedarf in der Jahresversammlung zur Abstimmung gebracht.

2. Qualitätsdefinition

Was heisst bei uns gute Qualität? Wie definieren wir Qualität in unserer Ärzteorganisation?

Die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen

„Die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen wurde durch Avedis Donabedian (* 1919; † 2000) begründet. Im Jahre 1966 führte er mit einer Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung von ärztlicher Leistung als Erster den Qualitätsbegriff in die Bereiche Medizin und Pflege wissenschaftlich ein. Dabei stellt er die notwendige Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als zentrale in drei in Abhängigkeit zueinander stehende Qualitätsdimensionen in der gesundheitlichen Versorgung dar

- Struktur- oder Potenzialqualität (structure)
- Prozessqualität (process)

- Ergebnisqualität (outcome).^[1]

Die Wege zu einer qualitativ hochwertigen und somit erfolgreichen Behandlung werden über „Expertenäußerung“ und Medizinische Leitlinien der Fachverbände[4] im Rahmen der medizinischen Qualitätssicherung festgelegt. In Bezug auf neuartige Behandlungstechniken und ihre Relevanz für therapeutische Minimal- oder Maximalstandards gelten zum Teil unterschiedliche Bewertungskriterien.’

3. Handlungsfelder

Wo setzt unsere Ärzteorganisation an? Wo setzen wir die Schwerpunkte? Warum? Welchen Bezug haben die Handlungsfelder zum Patientenwohl?

Die SGG ist aufgrund der begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen als Fachgesellschaft zu klein, um für alle Themenfelder eigene Guidelines unter wissenschaftlichen evidenzbasierten Kriterien zu erstellen. Sie beschränkt sich darauf, unter den höchsten wissenschaftlichen Standards erstellte, internationale Richtlinien auf Schweizerische Verhältnisse anzupassen. Unter anderem zu diesem Zweck wurde eine Arbeitsgruppe ‚Expert Opinion Statement (EOS)‘ gebildet, die sich zunächst in 4 Handlungsfeldern (Endoskopie, Hepatologie, Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (IBD) und funktionelle Erkrankungen) mit den entsprechenden Verantwortlichen konstituiert hat

Auf einigen Themenfeldern mit besonderer nationaler Bedeutung oder aufgrund der sehr besonderen politischen oder epidemiologischen Verhältnisse erstellt sie im Konsens mit eigenen und externen Experten (auch anderer Fachgesellschaften) eigene Empfehlungen mit dem Fokus auf Patientensicherheit und Prävention.

Schwerpunkte sind:

- Hygiene
- Darmkrebs Screening
- Mitarbeit bei der Erstellung von Behandlungspfaden
- Zusammenarbeit mit dem Bund, Behörden und der FMH auf dem Gebiet der Qualität
- Mitarbeit SAQM
- Zusammenarbeit mit Swiss-Noso
- Kommission für die Aufbereitung von Medizinalprodukten (KIGAP)
- BAG Kommission BSE
- Erstellung von Standards und Schulung von Ärzten und Pflegepersonal rund um die Endoskopie
- Aktivitäten im Bereich Weiter- und Fortbildung
- Erstellung bzw. Anpassung von Richtlinien unter wissenschaftlichen Standard Arbeitsgruppe ‚Expert Opinion Statement‘ (EOS) mit derzeit 4 Handlungsfeldern

4. Ziele

Was sind die Ziele?

*Damit die Ziele klar über überprüfbar sind, sollten sie **SMART** definiert sein: **S** (spezifisch), **M** (messbar), **A** (angemessen/abgestimmt), **R** (realistisch), **T** (terminiert)*

Hauptziel der Qualitätsaktivitäten ist die Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität, das heisst die Voraussetzungen zu schaffen, dass:

1. Die Morbidität / Mortalität im Zusammenhang mit Interventionen minimiert wird
 - a. Patienten: Minimierung von Komplikationen (Infektionen, Sedationszwischenfällen, Blutungen, Perforationen etc.)
 - b. Mitarbeiter: Minimierung von berufsbedingten Unfällen und Erkrankungen (Strahlenschutz, Hygiene, Infektionen, Verletzungen)
 - c. Davon abgeleitet werden Surrogat Marker überprüft und falls möglich publiziert (White List, Polypendetektionsrate, CIRS,)
2. Die Weiter- und Fortbildung optimale Voraussetzungen bietet für eine Versorgung hoher Qualität
3. Die Präventionsmassnahmen mittel- und langfristig zu einer Reduktion der Karzinominzidenz führt. Beispiele:
 - a. Colon Cancer Screening
4. Internationale Behandlungsrichtlinien für wichtige Indikationen an die nationalen Verhältnisse angepasst werden mit dem Ziel, Morbidität und Mortalität zu senken (beispielsweise Behandlung / Management der Hepatitis C, EOS)
5. Behandlungspfade für häufige und wichtige klinische Situationen erstellt werden
 - a. Behandlung der Divertikulitis
 - b. Behandlungspfad Colon-Ca

5. Massnahmen

Mit welchen Massnahmen/Instrumenten erreichen wir die Ziele? (Projekte, politisches Engagement, Kommunikation etc.)

1. Hygiene
 - a. Organisation und Auswertung der Hygiene Tests
 - b. Austausch mit der Schweizerischen Vereinigung des Endoskopie Personals
 - c. Revision der Schweizerischen Hygienerichtlinien
2. Darmkrebs-Screening
 - a. Arbeitsgruppe Darmkrebs Screening Schweiz der SGG
 - i. Jährliche Sitzung mit den Kantonalen Programmvertretern
 - ii. Eigenes Screening Register in Zusammenarbeit mit SCS
 - b. Expertengruppe (NSK) Darmkrebscreening
 - i. 1-3 Sitzungen pro Jahr
3. Aufgabenbereich Bund, Behörden, FMH
 - a. Mitarbeit SAQM
 - i. Smarter Medicine
 1. Choosing Wisely Listen
 - ii. Qualitätscharta

1. Inventarerhebung
 2. Qualitätsstrategie
 3. Qualitätsbericht
 - b. Teilnahme an der Expertengruppe Swiss NOSO
 - i. Momentan mehrheitlich von einem Vertreter des Vorstandes im Rahmen ‚Hygiene‘ bearbeitet
 1. Behandlungspfad / Management Divertikulitis
 - c. Kommission Aufbereitung Medizinalprodukte (KIGAP)
 - i. Aktuell keine Aktivität
 - d. BAG Kommission BSE
 - i. Aktuell keine Aktivität
4. Weiter- und Fortbildung
- a. Revision Facharzttitel, Schwerpunkttitel und Fähigkeitsausweise
 - b. Revision Weiterbildungsprogramm
 - c. Konferenz Weiterbildungsstättenleiter
5. Erstellung von Standards und Schulung von Ärzten und Pflegepersonal
- a. Analgosedation
 - i. Kurse, E-Learning,
 - ii. Arbeitsgruppen mit anderen Fachgesellschaften
 - b. Wegleitung Kolonoskopie
 - c. Qualitätsstandards Screening Kolonoskopie
 - d. Aufbau EOS (Expert Opinion Statement)

6. Kontakt

Wer steht bei Fragen zur Qualitätsstrategie zur Verfügung? Name, Funktion, Kontaktangaben?

PD Dr. med. Kaspar Truninger

Gastroenterologie-Oberaargau
Seilereistrasse 1
CH-4900 Langenthal
Tel.: 062 919 71 71
E-Mail: k.truninger@gastroenterologie-oberaargau.ch

Dr. med. Tobias Ehmann

Chefarzt Innere Medizin und Gastroenterologie
Departementsleiter DIMD
Spital Zofingen AG
CH – 4800 Zofingen
Tel: 062 746 50 02
E-Mail: tobias.ehmann@spitalzofingen.ch