

PILOTPROJEKT

VERÖFFENTLICHUNG DER QUALITÄTSAKTIVITÄTEN DER AMBULANT TÄTIGEN ÄRZTIN- NEN UND ÄRZTE

SCHLUSSBERICHT

FINALE VERSION, 30. MÄRZ 2021

von

lic. phil. Michelle Gerber, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM der FMH

Auftraggebende

Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer

Inhalt

Zusammenfassung	3
1 Ausgangslage	4
2 Projektorganisation	5
3 Projektdurchführung	6
3.1 Qualitätsaktivitäten festlegen	7
3.2 Qualitätsaktivitäten erheben.....	7
3.3 Qualitätsaktivitäten überprüfen	8
3.4 Qualitätsaktivitäten veröffentlichen.....	9
3.5 Pilotprojekt evaluieren.....	9
4 Ergebnisse	10
4.1 Definierte Qualitätsaktivitäten	10
4.2 Resultate der Befragung	10
4.2.1 Rückmeldungen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte	10
4.2.2 Erhebung der Qualitätsaktivitäten	11
4.3 Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung der Überprüfungen.....	12
4.4 Aufwandschätzungen	14
5 Interne Evaluation Pilotprojekt	15
5.1 Struktur und Zusammenarbeit.....	15
5.2 Qualitätsaktivitäten definieren und festlegen.....	16
5.3 Erhebung und Kommunikation.....	16
5.4 Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten	17
5.5 Überprüfung.....	17
6 Ausblick Umsetzung Art. 58a KVG	18
7 Literatur.....	20
8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	21
8.1 Abbildungen.....	21
8.2 Tabellen.....	21
9 Anhänge	22
Anhang 1: Verwendete Abkürzungen	22
Anhang 2: Qualitätsaktivitäten der SGP.....	23
Anhang 3: Qualitätsaktivitäten der SGMO	33
Anhang 4: Qualitätsaktivitäten der SGAIM.....	34
Anhang 5: Qualitätsaktivitäten der SGORL.....	39
Anhang 6: Qualitätsaktivitäten der SGPP	41
Anhang 7: Qualitätsaktivitäten der SGU.....	43
Anhang 8: Auswertungs-Fragebogen Fachgesellschaften	45
Anhang 9: Auswertungs-Fragebogen Versicherer	48

Zusammenfassung

Aufgrund der Revision von Art. 58 KVG sind Ärztinnen und Ärzte ab 2022 gesetzlich verpflichtet, Qualität zu messen sowie Qualitätsentwicklungsmassnahmen umzusetzen. Die Rahmenbedingungen dafür werden gemeinsam von den Verbänden der Leistungserbringer und Verbänden der Versicherer in Qualitätsverträgen geregelt werden. Mit dem gemeinsamen Pilotprojekt der SAQM/FMH, santésuisse und curafutura wurde eine mögliche Umsetzung für den praxis-ambulanten Sektor erprobt, den Aufwand abgeschätzt und aufgezeigt, in welchen Bereichen das Pilotprojekt weiterentwickelt werden muss, um als konzeptionelle Basis für die Qualitätsverträge zu dienen.

Im Pilotprojekt wurden in einem bottom-up Prozess von den teilnehmenden sechs medizinischen Fachgesellschaften insgesamt 17 Qualitätsaktivitäten aus den jeweiligen Fachbereichen definiert. Die FMH koordinierte und unterstützte die Pilot-Fachgesellschaften, während die Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer, bestehend aus Vertretenden der FMH, santésuisse und curafutura, die Rahmenbedingungen vorgab.

Insgesamt veröffentlichten rund 3300 (praxis-)ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte auf www.doctorfmh.ch, welche der drei bis fünf empfohlenen Qualitätsaktivitäten ihres Fachbereichs sie umsetzten. Dies entsprach im Vergleich zu anderen freiwilligen Erhebungen einer sehr hohen Teilnahmequote von 43%. Drei Viertel dieser Teilnehmenden setzten mindestens drei der von ihren Fachgesellschaften empfohlenen Qualitätsaktivitäten um. Im Rahmen des Piloten konnte nicht wie geplant veröffentlicht werden, welche der empfohlenen Qualitätsaktivitäten ihres Fachbereichs die Ärztinnen und Ärzte nicht umsetzten.

Die Fachgesellschaften legten im Pilotprojekt verschiedene Prozesse für die Überprüfung der Angaben der Ärztinnen und Ärzte zu den Qualitätsaktivitäten fest und testeten diese im Rahmen des Pilotprojekts. Auf dieser Grundlage können zukünftig die Strukturen, Kriterien und Verfahren der Überprüfung entwickelt werden.

1 Ausgangslage

Gesetzliche Grundlagen

Die Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer basiert auf dem Artikel 58 und 59 KVG, Artikel 77 KVV sowie dem «Vertrag zur Erarbeitung von Konzepten für die Sicherung und Kontrolle der Qualität der Medizinischen Leistungserbringung» (September 2009). Sie hat zum Ziel, die Konzepte für die Umsetzung von Anhang 2 zum geltenden TARMED Rahmenvertrag betreffend Regelung der Qualitätsanforderung zu erarbeiten (Art.1.2).

Gemäss der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21.06.2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) [1], müssen die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Qualitätsverträge abschliessen (Art. 58a). Diese müssen dem Bundesrat ein Jahr nach Inkraftsetzung, voraussichtlich bis am 01.04.2022, zur Genehmigung vorgelegt werden. Gelingt dies nicht, kann der Bundesrat subsidiär eingreifen.

In den Qualitätsverträgen ist Folgendes zu regeln:

- Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung
- Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen
- Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen
- Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen
- Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags
- Erstellen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung zuhanden der neu eingesetzten Eidgenössischen Qualitätskommission (Art. 58b und c KVG) und des Bundesrats

Gemäss dem neuen Art. 58 KVG legt der Bundesrat ausserdem Vierjahresziele zur Sicherung und Förderung der Qualität fest und setzt eine eidgenösse Qualitätskommission ein. Diese kann unter anderem Dritte beauftragen, nationale Programme zur Qualitätsentwicklung und systematische Studien durchzuführen sowie Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Ferner berät sie den Bundesrat, die Kantone, die Leistungserbringenden und die Versicherer in Qualitätsfragen.

Bestehende Qualitätsaktivitäten und Qualitätsverträge

Für Ärztinnen und Ärzte im (praxis-)ambulanten Bereich bestehen bereits spezifische Qualitäts-Verträge, wie z.B. Qualab für den medizinischen Laborbereich oder Qualitätsverträge im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen. Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM der FMH und verschiedene Ärzteorganisationen haben eine verbindliche Qualitäts-Charta [2] erarbeitet, welche von 76 Ärzteorganisationen unterzeichnet wurde (Stand: 2.12.2020). Die an die FMH angeschlossenen Ärzteorganisationen haben ausserdem zahlreiche Qualitätsaktivitäten entwickelt oder Empfehlungen zu verschiedenen Qualitätsbereichen für ihre Mitglieder erstellt [3]. Die Umsetzung dieser Qualitätsaktivitäten durch die Ärztinnen und Ärzte sind aber bisher noch nicht transparent veröffentlicht worden.

Das Pilotprojekt

Das vorliegende Pilotprojekt «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» baut auf den bestehenden Qualitätsaktivitäten der Ärzteschaft auf und schafft eine Grundlage für den zukünftigen, gesetzlich geforderten Qualitätsvertrag zwischen der FMH und den Verbänden der Versicherer für den praxis-ambulanten Bereich.

Der FMH und den Versicherern sowie den einzelnen Ärztinnen und Ärzten ist es ein Anliegen, ihr aktives Engagement für die Qualitätsentwicklung und ihre Bereitschaft für Transparenz sichtbar zu machen. Mit dem Pilotprojekt wurde eine mögliche Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe gemäss Art. 58a KVG erprobt. Die Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sollten praktikabel sein, einen grösstmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten haben und in die bisher geleistete Qualitätsarbeit integriert sein und diese unterstützen. Aus diesem Grund wurde das Pilotprojekt der FMH und Versicherer in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt, welche das nötige Fachwissen zur Qualitätsarbeit in ihrem jeweiligen Bereich einbrachten.

Im Rahmen des Pilotprojekts definierten die teilnehmenden Pilot-Fachgesellschaften für ihren Bereich drei bis fünf Qualitätsaktivitäten. Dies geschah in Absprache mit den Versicherern und der FMH, vor dem Hintergrund der von der Arbeitsgruppe Qualität FMH-Versicherer definierten Kriterien. Die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte gaben auf der FMH-internen Informationsplattform «myFMH» [an](#), welche der empfohlenen Qualitätsaktivitäten sie umsetzen. Zur Veröffentlichung wurden diese Einträge auf www.doctorfmh.ch übertragen. Im Rahmen des Piloten wurde bei diesem Übertragungsschritt nur die Information übermittelt, welche der empfohlenen Qualitätsaktivität die Ärztinnen und Ärzte umsetzen (nicht aber, welche Qualitätsaktivitäten sie nicht umsetzten). Weitere Ausführungen dazu befinden sich in Kapitel 3.4. Die Fachgesellschaften überprüften diese selbstdeklarierten Angaben stichprobenweise.

2 Projektorganisation

Das Pilotprojekt «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» wurde von der seit 2009 bestehenden Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer getragen (siehe Abbildung 1). Seit 2018 ist darin neben **santésuisse** und **FMH** auch **curafutura** vertreten. Diese drei Organisationen bilden die AGQ FMH/Versicherer, welche das Pilotprojekt entwickelten und die Umsetzung begleiteten.

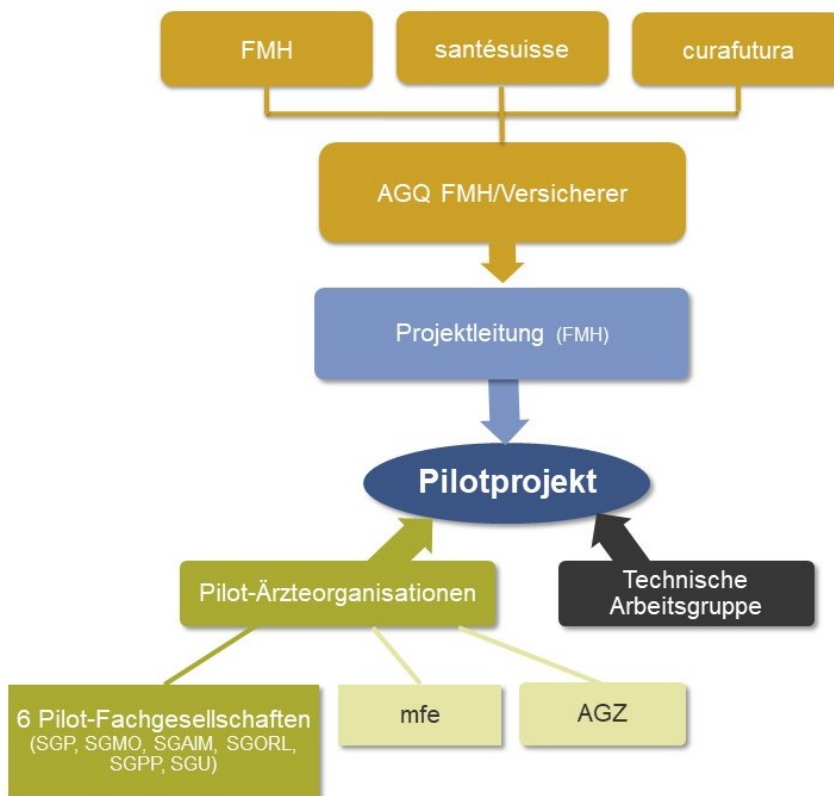


Abbildung 1 Projektorganisation Pilotprojekt

Die **AGQ FMH/Versicherer** traf die Entscheide zur Ausgestaltung des Pilotprojekts und genehmigte die von den Pilot-Fachgesellschaften vorgeschlagenen Qualitätsaktivitäten für das Pilotprojekt (siehe Kapitel 3.1).

Am Pilotprojekt nahmen **sechs Pilot-Fachgesellschaften** teil, welche zusammen rund die Hälfte der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte repräsentieren:

- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP
- Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie SGORL

- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie SGU

Das Pilotprojekt wurde ausserdem durch die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ und durch den Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe eng begleitet. Sie nahmen an den Austauschsitungen der Pilot-Ärzteorganisationen teil.

Die **Projektleitung** wurde durch die Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ der FMH sichergestellt. Sie leitete und koordinierte die operativen Arbeiten im Pilotprojekt. Insbesondere begleitete und unterstützte sie die Pilot-Fachgesellschaften in allen Phasen des Pilotprojekts.

Die **technische Arbeitsgruppe** bestand aus ICT-Mitarbeitenden der FMH und von der Projektleitung beauftragten Dritten. Die technische Arbeitsgruppe konzipierte im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Projektleitung die technische Umsetzung der Deklarationen auf myFMH und www.doctorfmh.ch.

3 Projektdurchführung

Im Juni/Juli 2019 gaben die FMH, santésuisse und curafutura das Konzept zum Pilotprojekt «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» frei, welches auf der Basis einer Projektskizze von Ende 2018 entwickelt worden war. Abbildung 2 zeigt den zeitlichen Ablauf und die wichtigsten Meilensteine des Pilotprojekts vom Projektstart im Juli 2019 bis zum Vorliegen eines ersten Entwurfs dieses Schlussberichts im Dezember 2020. Der vorliegende Schlussbericht wurde Anfang 2021 bei der AGQ FMH/Versicherer und den Pilot-Ärzteorganisationen vernehm- lasst und von ihnen freigegeben.

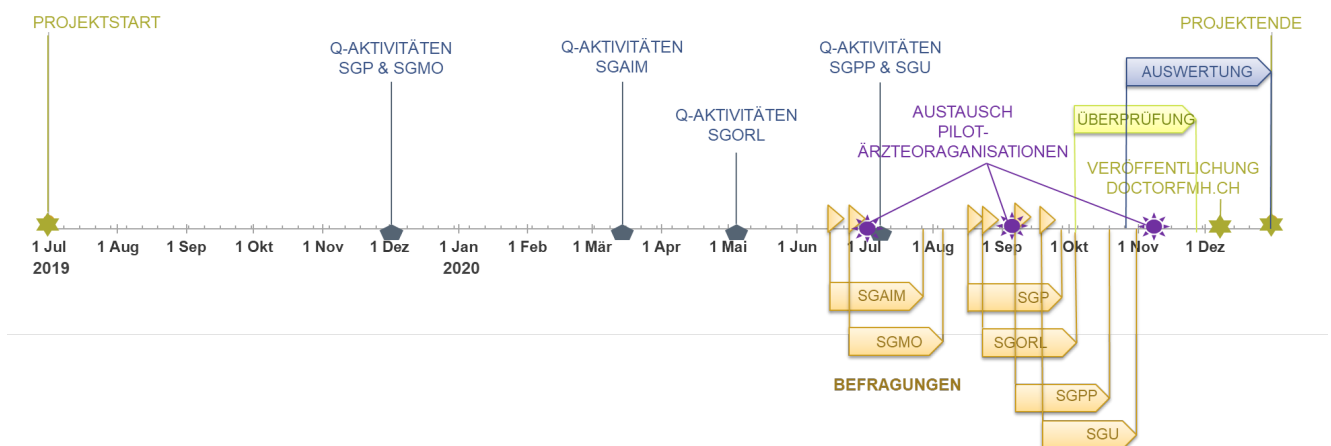


Abbildung 2 Zeitlicher Ablauf Pilotprojekt

Gemäss Projektkonzept war geplant, dass vier Fachgesellschaften am Pilotprojekt teilnehmen. Die Anzahl Pilot-Fachgesellschaften wurde aufgrund des grossen Interesses auf sechs erweitert. Bei Projektstart hatte die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP bereits zugesagt, am Pilotprojekt teilzunehmen. Die weiteren Pilot-Fachgesellschaften sind laufend dazu gekommen. Dementsprechend wurden die Qualitätsaktivitäten zeitlich verschoben festgelegt und erhoben. Um den Austausch und die Koordination zwischen den Pilot-Ärzteorganisationen sicherzustellen, informierte die Projektleitung regelmässig per Mail. Ab Ende Juni 2020 führte die FMH drei Austauschsitungen mit den Pilot-Ärzteorganisationen durch.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Projektphasen, welche in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben werden.

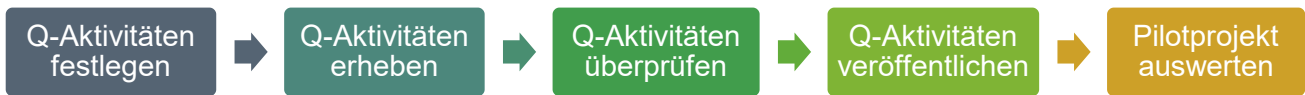


Abbildung 3 Projektphasen des Pilotprojekts

3.1 Qualitätsaktivitäten festlegen

Die sechs Pilot-Fachgesellschaften erarbeiteten für das Pilotprojekt mögliche Qualitätsaktivitäten. Je nach Bedarf wurden sie dabei von der Projektleitung unterstützt. Für die Diskussion mit der AGQ FMH/Versicherer erstellten sie ein Dokument mit folgenden Angaben zu den vorgeschlagenen Qualitätsaktivitäten:

- **Definition:** Beschreibung der Qualitätsaktivität sowie der Bedingungen zu ihrer Erfüllung.
- **Wirkungsnachweis bzw. -hypothese:** Beschreibung der postulierten Wirkung der Qualitätsaktivität zur Sicherstellung einer optimalen Patientenversorgung.
- **Überprüfung:** Beschreibung, wie überprüft werden kann, ob die Qualitätsaktivität gemäss den definierten Kriterien umgesetzt wurde.

Dieses Dokument zu den vorgeschlagenen Qualitätsaktivitäten wurde der AGQ FMH/Versicherer von den Pilot-Fachgesellschaften an einer der vier Sitzungen zwischen Dezember 2019 und Juli 2020 erläutert. Auf dieser Basis legte die AGQ FMH/Versicherer im Einvernehmen mit jeder Pilot-Fachgesellschaft jeweils drei bis fünf Qualitätsaktivitäten für den entsprechenden Fachbereich fest.

Die AGQ FMH/Versicherer einigten sich vorgängig auf folgende Kriterien für die Wahl der Qualitätsaktivitäten:

- Ausrichtung an validierten Leitlinien und Standards
- Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert
- Fremdevaluation
- Patientenorientierung (Patient Reported Outcome)
- Benchmarking
- Mehrere Perspektiven berücksichtigen
- Peer-Review
- PDCA-Zyklus
- Aussagen zu Ergebnisqualität

3.2 Qualitätsaktivitäten erheben

Für die Erhebung der Qualitätsaktivitäten im Pilotprojekt wurde die bestehende FMH-interne Informationsplattform «myFMH» um einen Bereich zu den Qualitätsaktivitäten erweitert. Die Ärztinnen und Ärzte konnten nach dem Login dort zuerst ihre Fachgesellschaft auswählen und anschliessend ankreuzen, welche der empfohlenen Qualitätsaktivitäten sie umsetzen (siehe Abbildung 4). Im Einladungsmail sowie mit den in myFMH integrierten Infobuttons erhielten sie detaillierte Informationen zu den jeweiligen Qualitätsaktivitäten (gemäss den Anhängen 2-7). Die Ärztinnen und Ärzte konnten ausserdem von der Möglichkeit Gebrauch machen, weitere Qualitätsaktivitäten anzugeben, welche von anderen Ärzteorganisationen empfohlen wurden oder Qualitätsaktivitäten in einem Freitextfeld zu erfassen. Für jede teilnehmende Fachgesellschaft ist im Datenauszug klar ersichtlich, wer angeschrieben worden ist, wer an der Erhebung teilgenommen hat und welche Angaben gemacht worden sind. In die Auswertung des Pilotprojekts (vgl. Kap. 4.2.2.) sind konsequenterweise nur die Angaben zu den von den jeweiligen Fachgesellschaften empfohlenen Qualitätsaktivitäten eingeflossen. Die darauf basierende Publikation auf doctorfmh.ch wird im Kapitel 3.4 im Detail beschrieben.

Abbildung 4 Erhebung der Qualitätsaktivitäten in myFMH am Beispiel eines Arztes des Fachbereichs Allgemeine Innere Medizin.

Die Erhebungen der Qualitätsaktivitäten fanden gestaffelt nach Fachgesellschaft zwischen dem 8. Juni und 29. Oktober 2020 während jeweils sechs Wochen statt (siehe Abbildung 2). Die ambulant tätigen Mitglieder der Pilot-Fachgesellschaften wurden von der FMH auf Deutsch und Französisch mit einer durch die Pilot-Fachgesellschaften verfassten Mail angeschrieben und zur Teilnahme aufgefordert. Die FMH hatte dafür Mustertexte zur Verfügung gestellt und übernahm teilweise die Übersetzung der Mailtexte ins Französische. Nach drei bis vier Wochen wurde an alle Ärztinnen und Ärzte, welche bis dann noch nicht teilgenommen hatten, ein Reminder versandt.

Nach Abschluss der Erhebung für das Pilotprojekt (ab November 2020), wurde der Bereich zur Erfassung der Qualitätsaktivitäten auf myFMH allen Ärztinnen und Ärzten zugänglich gemacht. Deren Angaben sind nicht Teil der Auswertung des Pilotprojekts.

Im Projektkonzept war vorgesehen, dass durch das Feedback, die Motivation und Unterstützung durch die Pilot-Fachgesellschaften im Verlauf des Pilotprojektes zu einer Steigerung der Anzahl Ärzte mit vorliegender Selbstdeklaration kommen sollte. Durch den engen Zeitrahmen war diesbezüglich nur eine einmalige Erhebung möglich, so dass dieses Ziel nicht überprüft werden konnte.

3.3 Qualitätsaktivitäten überprüfen

Um glaubwürdig zu sein, mussten die veröffentlichten Qualitätsaktivitäten stichprobentypisch überprüft werden. Diese Überprüfung bedingte einen definierten Prozess und für die einzelnen Qualitätsaktivitäten vorgängig festgelegte überprüfbare Kriterien und Überprüfungsverfahren. Im Rahmen des Pilotprojekts konnten die Pilot-Fachgesellschaften selbst die vorgängig festgelegten Überprüfungskriterien (vgl. Kapitel 3.1, Anhang 2 – 7, Abbildung 5) sowie unterschiedliche Überprüfungsverfahren erproben, um so erste Erfahrungen zur praktischen Umsetzung der Überprüfung zu sammeln. Der Überprüfungsprozess wurde ausserdem dazu genutzt, die Erfahrungen und Meinungen der Ärztinnen und Ärzte zum Pilotprojekt zu erheben.

Für die Überprüfung bestimmte die Projektleitung für jede Pilot-Fachgesellschaft zufällig 20 Ärztinnen und Ärzte, welche an der Erhebung teilgenommen hatten. Die Überprüfung wurde von den Pilot-Fachgesellschaften im Oktober und November 2020 durchgeführt. Die Projektleitung stellte dafür Muster-Mailtexte zur Kontaktierung der ausgewählten Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung sowie einen Fragebogen mit allgemeinen Fragen zur Auswertung des Pilotprojekts, welcher im Rahmen der Überprüfung verwendet werden konnte. Bei Bedarf übernahm die FMH ausserdem den Versand des Mails der Pilot-Fachgesellschaften an die zu überprüfenden Ärztinnen und Ärzte.

Die Überprüfung der Qualitätsaktivitäten wurde im Pilotprojekt durch die Fachgesellschaften übernommen. Die Überprüfung muss in einem späteren Schritt allenfalls durch eine neutrale Stelle durchgeführt werden, welche über die nötige ärztliche und medizinische Fachkompetenz im entsprechenden Fachbereich und bezüglich der definierten Qualitätsaktivitäten verfügt.

3.4 Qualitätsaktivitäten veröffentlichen

Doctorfmh.ch ist das offizielle Verzeichnis der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Es umfasst über 30'000 Einträge und wird täglich aktualisiert. Seit Dezember 2020 werden auf doctorfmh.ch in einem zusätzlich erstellten Bereich «Qualitätsaktivitäten» jene Qualitätsaktivitäten veröffentlicht, welche die Ärztinnen und Ärzten auf der internen Informationsplattform myFMH deklarieren.

Auf doctorfmh.ch kann einzeln nach einer Ärztin oder einem Arzt gesucht werden und so deren/dessen Angaben zu den Qualitätsaktivitäten eingesehen werden. Eine systematische Abfrage ist auf doctorfmh.ch nicht möglich, da die Anzahl täglicher Abfragen pro IP-Adresse begrenzt ist.

Im Projektkonzept war vorgesehen, dass auf doctorfmh.ch ersichtlich ist, ob eine Ärztin oder ein Arzt keine der empfohlenen Qualitätsaktivitäten umsetzte oder keine Selbstdeklaration der Qualitätsaktivitäten vorgenommen hat. Obwohl durch die Erhebung in myFMH (vgl. Kap. 3.2.) die entsprechenden Daten vorlagen (vgl. Kap. 3.2), wurde im Pilotprojekt auf eine entsprechende Publikation verzichtet. Es wurden ausschliesslich die Qualitätsaktivitäten veröffentlicht, welche die Ärztinnen und Ärzte umgesetzt hatten. Gründe für diese Abweichung vom Konzept sind die folgenden:

- Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Ärztinnen und Ärzte nicht erreicht worden waren, zum Beispiel aufgrund einer falschen E-Mail-Adresse, längere Abwesenheiten etc.
- Einige Ärztinnen und Ärzte wurden fälschlicherweise nicht zu einer Teilnahme aufgefordert, zum Beispiel aufgrund fehlender oder nicht aktueller Angaben in der FMH-Datenbank für eine korrekte Zuteilung zum ambulanten Sektor.
- Einige Ärztinnen und Ärzte, wurden fälschlicherweise zu einer Erfassung der Qualitätsaktivitäten aufgefordert, z.B. durch einen in der FMH-Datenbank nicht erfassten Wechsel in den stationären Sektor, Pensionierung, Haupttätigkeit in einem anderen Fachgebiet etc.
- Das Pilotprojekt basierte auf einer freiwilligen Teilnahme, vor in Kraft treten der gesetzlichen Grundlagen von Art. 58 KVG.
- Die Teilnahme war nicht für alle Ärztinnen und Ärzten möglich¹, so dass es zu einer Diskriminierung gekommen wäre.

Im Pilotprojekt wurde aus Ressourcengründen sowie im Hinblick auf eine möglichst einfache Kommunizierbarkeit während der Pilotphase (z.B. durch einen eingeschränkten Teilnehmerkreis oder mögliche Weiterentwicklung der Qualitätsaktivitäten) als Darstellungsform eine einfache Nennung der Qualitätsaktivitäten gewählt. Es wurde deshalb auch darauf verzichtet, einen direkten Link auf einen Beschrieb der Qualitätsaktivitäten zu integrieren. Welche Qualitätsaktivitäten von den entsprechenden Fachgesellschaften im Pilotprojekt empfohlen wurden, ist in Anhang 2 – 7 ersichtlich.

3.5 Pilotprojekt evaluieren

Zur internen Evaluation des Pilotprojekts erhob die Projektleitung die Sichtweisen der verschiedenen Beteiligten: mit einem Fragebogen für die Versicherer der AGQ FMH/Versicherer (siehe Anhang 9) und mit einem Fragebogen an die sechs Pilot-Fachgesellschaften (siehe Anhang 8). Die Ergebnisse und Auswertung des Pilotprojekts in den folgenden zwei Kapiteln beruhen auf den Aussagen aus diesen Fragebögen, den Diskussionen in den Austauschsitzen mit den Pilot-Ärzteorganisationen und den Diskussionen an den Sitzungen der AGQ FMH/Versicherer, ergänzt um die Einschätzung der Projektleitung.

¹ Von der Teilnahme am Pilotprojekt ausgeschlossen waren Ärztinnen und Ärzte anderer Fachbereiche, des stationären Sektors oder Ärztinnen und Ärzte, welche kein Mitglied in der Fachgesellschaft ihres Fachbereichs waren.

4 Ergebnisse

4.1 Definierte Qualitätsaktivitäten

Für das Pilotprojekt wurden für die sechs teilnehmenden Fachgesellschaften insgesamt 17 Qualitätsaktivitäten festgelegt (siehe Tabelle 1). Manche Qualitätsaktivitäten sind spezifisch für einen bestimmten Fachbereich (z.B. Audiometrie der SGORL), andere Qualitätsaktivitäten werden von mehreren Fachgesellschaften empfohlen (z.B. Guidelines oder Smarter Medicine). Die für die Erhebung im Pilotprojekt verwendeten Qualitätsaktivitäten – mit den Beschrieben, Wirkungshypothesen und Überprüfungskriterien der sechs Fachgesellschaften – sind in den Anhängen 3 bis 8 aufgeführt.

Tabelle 1 Verabschiedete Qualitätsaktivitäten

Verabschiedete Q-Aktivitäten	Wer?
Critical Incident Reporting System (CIRS)	SGAIM/mfe
Guidelines	SGP, SGORL, SGU, SGPP
Hygienekonzept	SGP, SGAIM/mfe
Klinische Studien	SGMO
Notfallkonzept	SGP
Patientenbefragung	SGP
Patienteninformationen	SGORL
Patient-reported outcome	SGMO
Pharmakovigilanz	SGMO
Qualität der Hörabklärungen / Audiometrie	SGORL
Qualitätszirkel	SGP, SGAIM/mfe, SGPP
Shared Decision Making	SGPP
Smarter Medicine	SGAIM/mfe, SGORL, SGU
Standardisierte Operationsaufklärungen	SGU
Supervision	SGPP
Swiss Cancer Network Zertifikat	SGMO
Teilnahme an Tumorboard	SGMO, SGORL

4.2 Resultate der Befragung

4.2.1 Rückmeldungen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

Während der Erhebungen haben die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte schätzungsweise 475 Anfragen per Mail und Telefon an die Projektleitung gestellt. Hinzu kommen zahlreiche Anfragen an die myFMH-Helpline der FMH bei Login-Problemen. Bei den einzelnen Fachgesellschaften sind zusätzlich bis zu 300 Anfragen eingegangen. Insgesamt sind bei der Projektleitung und den Pilot-Fachgesellschaften rund 800 Anfragen eingegangen, was einem Anteil von ca. 10% der Angeschriebenen entspricht.

In Tabelle 2 sind die geschätzte Anzahl Anfragen von Ärztinnen und Ärzten zur Erhebung pro Pilot-Fachgesellschaft dargestellt. Die Zahlen beziehen sich auf Anfragen bei der Projektleitung und Anfragen bei den Pilot-Fachgesellschaften. In die Zahlen nicht eingeflossen sind zahlreiche weitere Anfragen zum Login myFMH, welche direkt an die Helpline von myFMH gerichtet wurden.

Tabelle 2 Geschätzte Anzahl Anfragen von Ärztinnen und Ärzten

Pilot-Fachgesellschaft	Schätzung Anzahl Anfragen an Projektleitung und Fachgesellschaft während der Erhebung	Anfragen in Relation zur Stichprobengrösse
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP	95	10%
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO	10	4%
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM	640	14%
Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie SGORL	15	6%
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP	30	2%
Schweizerische Gesellschaft für Urologie SGU	2	1%
Total	ca. 800	ca. 10%

Bei diesen Anfragen gaben einzelne Ärztinnen und Ärzte auf der einen Seite kritische Rückmeldungen zum Pilotprojekt, zum Sinn von Qualitätsmessungen im Allgemeinen und Veröffentlichung von individuellen Daten. Auf der anderen Seite gab es ebenso positive Rückmeldungen zum Pilotprojekt. Die SGAIM führte von Juni bis August 2020 eine Mitgliederbefragung durch, in welcher sie den ambulant tätigen Mitgliedern auch eine Frage zum Pilotprojekt stellte. An der Umfrage haben sich 553 Ärztinnen und Ärzte beteiligt (7% der Angeschriebenen). Von den Antwortenden gaben rund 70% an, dass sie die Teilnahme der SGAIM am Pilotprojekt begrüssen.

Es gab ausserdem Fragen/Rückmeldungen der Ärztinnen und Ärzte zu folgenden Themenbereichen:

- Fragen zur gesetzlichen Grundlage Art. 58 KVG
- Ungünstiger Zeitpunkt der Befragung während Corona-Pandemie
- Technische Probleme mit dem Login auf myFMH
- Zurechtfinden auf myFMH
- Wunsch nach E-Mail-Text in italienischer Sprache
- Inhaltliche Rückmeldungen und Fragen zu den Qualitätsaktivitäten (z.B. Definition, Vorschläge für weitere Q-Aktivitäten)
- Einfordern von Unterstützung durch die Fachgesellschaften (z.B. Vorlagen Hygienekonzept, Kontakte für Qualitätszirkel)
- Fragestellungen bei besonderen Situationen (Doppeltitelträger, Subspezialitäten, Angestelltenverhältnis in Gruppenpraxen)
- Administrativer Aufwand der Erfassung/Überprüfung und dessen Finanzierung

Ausserdem meldeten sich zahlreiche Ärztinnen und Ärzte, welche nicht berechtigt waren an dieser Pilot-Erhebung teilzunehmen (z.B., weil sie kein Mitglied der Pilot-Fachgesellschaften waren), die aber von Fachkolleginnen/Fachkollegen auf das Pilotprojekt aufmerksam gemacht worden waren.

4.2.2 Erhebung der Qualitätsaktivitäten

Von den 7766 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten nahmen insgesamt 3303 (43%) an der Erhebung der Qualitätsaktivitäten teil. Diese setzen zu einem Zeitpunkt, als noch gar keine spezifische Sensibilisierung der Pilot-Fachgesellschaften zu den empfohlenen Qualitätsaktivitäten stattfinden konnte, bereits sehr viele davon um: 75% aller Teilnehmenden erfüllten mindestens drei der von ihren Fachgesellschaften empfohlenen Qualitätsaktivitäten gemäss den definierten Kriterien. Vermutlich nahmen insbesondere jene Ärztinnen und Ärzten am Pilotprojekt teil, welche bereits viele der empfoh-

lenen Qualitätsaktivitäten umgesetzt hatten. Erwartungsgemäss gab es zwischen den einzelnen Qualitätsaktivitäten grosse Unterschiede darin, wie verbreitet diese bereits waren. Detaillierte Auswertungen zu den einzelnen Pilot-Fachgesellschaften sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3 Ergebnisse der Pilot-Fachgesellschaften

SGAIM		SGMO		SGP	
Angeschriebene	4642	Angeschriebene	318	Angeschriebene	966
Befragungs-Teilnahme	2296 (49%)	Befragungs-Teilnahme	103 (32%)	Befragungs-Teilnahme	333 (34%)
Qualitätszirkel	1964 (86%)	Klinische Studien	72 (70%)	Qualitätszirkel	246 (74%)
Hygienekonzept	1941 (85%)	Pharmakovigilanz	61 (59%)	Hygienekonzept	287 (86%)
Smarter Medicine	1966 (86%)	Swiss Cancer Network Zertifikat	52 (50%)	Guidelines	297 (89%)
CIRS	1287 (56%)	Teilnahme an Tu- morboard	102 (99%)	Patientenbefragung	59 (18%)
		Patient-reported out- come	26 (25%)	Notfallkonzept	221 (66%)
Anteil mit 3 oder mehr Q-Aktivitäten	1717 (75%)	Anteil mit 3 oder mehr Q- Aktivitäten	69 (67%)	Anteil mit 3 oder mehr Q-Aktivitäten	272 (82%)
SGORL		SGPP		SGU	
Angeschriebene	269	Angeschriebene	1417	Angeschriebene	154
Befragungs-Teilnahme	129 (48%)	Befragungs-Teilnahme	382 (27%)	Befragungs-Teilnahme	60 (39%)
Guidelines	123 (95%)	Qualitätszirkel	181 (47%)	Guidelines	59 (98%)
Qualität Hörabklärung	124 (96%)	Guidelines	290 (76%)	Smarter Medicine	47 (78%)
Smarter Medicine	124 (96%)	Shared Decision Making	270 (71%)	Standardisierte Opera- tionsaufklärung	56 (93%)
Teilnahme an Tu- morboard	104 (81%)	Supervision	337 (88%)		
Patienteninformationen	128 (99%)				
Anteil mit 3 oder mehr Q- Aktivitäten	127 (98%)	Anteil mit 3 oder mehr Q- Aktivitäten	256 (67%)	Anteil mit 3 Q-Aktivitä- ten	57 (77%)

Die Fachgesellschaften haben sich im Rahmen des Pilotprojektes mehrheitlich an bestehenden und bekannten Qualitätsaktivitäten orientiert. Neue, innovative Qualitätsaktivitäten konnten im engen zeitlichen Rahmen des Pilotprojektes nicht zur Umsetzung empfohlen werden.

4.3 Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung der Überprüfungen

Die Pilot-Fachgesellschaften hatten bei der Festlegung jeder der drei bis fünf Qualitätsaktivitäten definiert, wie diese überprüft werden sollen. In Abbildung 5 sind diese definierten Prüfverfahren schematisch dargestellt und gruppiert. Einige Qualitätsaktivitäten sind einfach zu überprüfen, wie z.B. eine Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Dennoch bedingen auch sie einen gewissen administrativen Aufwand sowie funktionierende Prozesse zur Erstellung und Einforderung der benötigten Dokumente. Andere Qualitätsaktivitäten, wie die Einhaltung von Guidelines oder Shared Decision Making, sind viel schwieriger zu überprüfen; sie erfordern spezifisches Fachwissen, ihre Umsetzung muss an die einzelnen Patientinnen und Patienten angepasst erfolgen und die Anwendung klar dokumentiert werden. In Abbildung 5 ist schematisch dargestellt, welche Überprüfungsverfahren mehr spezifisches Fachwissen erfordern.

	Qualitätsaktivität	Fachgesellschaft	Überprüfungsverfahren
Benötigtes Fachwissen für Überprüfung	<ul style="list-style-type: none"> Q-Zirkel Supervision 	SGAIM, SGP, SGPP SGPP	Bestätigung Ebene Arzt/Ärztin oder Praxis <ul style="list-style-type: none"> Anwesenheitsprotokolle, Teilnahmebestätigung
	<ul style="list-style-type: none"> CIRS 	SGAIM	<ul style="list-style-type: none"> Bestätigung der Teilnahme CIRS Diskussionsforum Fortbildungsbestätigung
	<ul style="list-style-type: none"> Notfallkonzept Qualität Audiometrie Swiss Cancer Network Zertifikat 	SGP, SGAIM SGORL SGMO	<ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Zertifikat / Audit
	<ul style="list-style-type: none"> Klinische Studien 	SGMO	Bestätigung Ebene Patienten <ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Anzahl Patienten in klinische Studien
	<ul style="list-style-type: none"> Pharmakovigilanz Teilnahme an Tumorboard Patient-reported outcome 	SGMO SGMO, SGORL SGMO	<ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Anzahl der Meldungen an Pharmakovigilanz Tumorboardberichte: Anzahl der an ein Tumorboard überwiesenen Fälle ePRO Nachweis
	<ul style="list-style-type: none"> Smarter Medicine Guidelines 	SGAIM, SGORL SGORL, SGP	Kenntnisse prüfen schriftlich <ul style="list-style-type: none"> Edukatives-Tool (Online)-Befragung Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> Patientenbefragung Smarter Medicine 	SGP SGORL	Dokumente einfordern und prüfen <ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Auswertungen Fotos Patientenversion in Wartezimmer Fotos Patienteninfomaterial in Wartezimmer 	
<ul style="list-style-type: none"> Patienteninformationen Hygienekonzept Notfallkonzept 	SGORL SGAIM, SGP SGP	<ul style="list-style-type: none"> Konzept 	
<ul style="list-style-type: none"> Guidelines Shared Decision Making 	SGP, SGORL, SGPP SGPP	Kenntnisse prüfen mündlich <ul style="list-style-type: none"> Fachgespräch 	

Abbildung 5 Schematische Darstellung Überprüfungsverfahren

Im Pilotprojekt entschieden sich die Fachgesellschaften in Abhängigkeit der Qualitätsaktivitäten und der zur Verfügung stehenden Ressourcen für unterschiedliche Überprüfungsverfahren. Teilweise wurde die Überprüfung als schriftliche Befragung durchgeführt oder als Fachgespräche, es wurden Dokumente eingefordert und analysiert oder verschiedene Verfahren miteinander kombiniert, z.B. telefonische Nachfrage bei Unklarheiten aufgrund der eingereichten Dokumente. In sind die Verfahren und der Rücklauf der Überprüfung für die einzelnen Pilot-Fachgesellschaften aufgeführt.

Tabelle 4 Im Pilotprojekt verwendete Überprüfungsverfahren nach Fachgesellschaften

Fachgesellschaft ²	Verfahren Überprüfung	Rücklauf
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP	Kontrolle der eingesandten Unterlagen oder Fachgespräche.	3 Fachgespräche, 4 Dokumentenüberprüfungen.
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO	Fragebogen.	12 Fragebogen.
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM	Telefonische Fachgespräche von 15 – 20 Minuten.	12 Fachgespräche.
Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie SGORL	Befragung mit Fragebogen und anfordern von notwendigen Dokumenten, bei Unklarheiten wurde ein Gespräch geführt.	15 Fragebogen und 4 Fachgespräche
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP	Telefonische Fachgespräche von 30 Minuten. Falls diese nicht zustande kamen, wurde der Fragebogen mit allgemeinen Fragen zum Pilotprojekt versandt.	8 Fachgespräche, 3 Fragebogen.

Die Überprüfungsphase im Pilotprojekt fiel in eine Zeit von stark zunehmenden Erkrankungen an Covid-19. Entsprechend war die Teilnahmebereitschaft der Ärztinnen und Ärzte reduziert und es wurde darauf verzichtet, Reminder zu verschicken. Trotz dieser Umstände nahmen insgesamt 55 Ärztinnen und Ärzten an der Überprüfung teil, so dass aus deren Rückmeldungen wertvolle Erkenntnisse für den Überprüfungsprozess gewonnen werden konnten:

- Grundsätzlich wurden die Überprüfungsprozesse als angemessen beurteilt.
- Die einzelne Qualitätsaktivitäten sollen noch klarer definiert und besser gegenüber anderen Qualitätsaktivitäten abgegrenzt werden; oder es sollen klarere Kriterien definiert werden, unter welche Bedingungen sie als erfüllt (oder teilweise erfüllt) gelten.
- Damit die Qualitätsaktivitäten überprüft werden können, braucht es je nach Fragestellung auch die ärztliche / medizinische Fachkompetenz des jeweiligen Fachbereichs.
- Im Rahmen des Pilotprojekts war die Dokumentenüberprüfung schwierig durchzuführen weshalb sie vereinfacht wurde. Für die späteren Umsetzungen sollte ein möglichst einfacher administrativer Prozess zur Einreichung von Dokumenten installiert werden, evtl. auch in Koordination mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF.
- Die Fachgespräche wurden als konstruktiv erlebt.
- Missverständnisse bei der Überprüfung sollten zeitnah in einem persönlichen Gespräch geklärt werden.
- Es sollte eine Möglichkeit zur Einsprache bestehen.

4.4 Aufwandschätzungen

Um abschätzen zu können, welcher Aufwand auf Ärztinnen und Ärzte und die Fachgesellschaften für die Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgabe gemäss Art. 58a KVG zukommt, hat die Projektleitung die Pilot-Fachgesellschaften um Aufwandschätzungen im Pilotprojekt gebeten (siehe Fragebogen Anhang 8).

Die nachfolgenden Aufwandschätzungen sind exemplarisch und nicht abschliessend zu verstehen. Die Aufwendungen können im Rahmen der Umsetzung des Art. 58 KVG noch stark variieren. Für eine verlässliche und abschliessende Beurteilung der Aufwendungen sind weitere vertiefere Abklärungen notwendig.

² Die Schweizerische Gesellschaft für Urologie SGU hat im Rahmen des Pilotprojekts keine Überprüfung durchgeführt.

Die Aufwandschätzung war für die Pilot-Fachgesellschaften nicht einfach, auch weil jeweils mehrere Personen involviert waren. Da die Schätzung im Rückblick gemacht wurde, ist davon auszugehen, dass der Aufwand tendenziell eher unterschätzt wurde.

Insgesamt haben die Fachgesellschaften schätzungsweise zwischen 30 und 200 Stunden ins Pilotprojekt investiert:

- Am grössten war der Unterschied bei der Erarbeitung der Qualitätsaktivitäten, in welche die Pilot-Fachgesellschaften zwischen 15 und 180 Stunden investiert haben. So konnten zum Beispiel Fachgesellschaften, die später ins Pilotprojekt einstiegen, von den Vorarbeiten der anderen profitieren.
- Die Vorbereitung und Durchführung der Erhebung auf myFMH nahm zwischen 5 und 60 Stunden in Anspruch. Dies beinhaltet die Kommunikation (Mail, Informationen zu den Qualitätsaktivitäten und dem Pilotprojekt) gegenüber den Ärztinnen und Ärzten sowie die Beantwortung der Anfragen im Zusammenhang mit der Erhebung (vgl. Tabelle 2).
- Die Vorbereitung und Umsetzung der Überprüfung nahm zwischen 6 und 30 Stunden in Anspruch. Diese umfassen die Information der zu überprüfenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Vorbereitung und Umsetzung der Überprüfungsverfahren (vgl. Kap. 4.3).
- Hinzu kommt der Aufwand für den Austausch und die Koordination mit der FMH respektive den anderen Pilot-Fachgesellschaften im Umfang von 5 – 10 Stunden.

Für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte lag der Aufwand für die Erfassung und die Überprüfung der Qualitätsaktivitäten bei jeweils maximal einer Stunde. Ihr Aufwand für die Umsetzung der verschiedenen Qualitätsaktivitäten in der Praxis ist sehr unterschiedlich, so dass dazu keine allgemeine Abschätzung gemacht werden kann.

5 Interne Evaluation Pilotprojekt

Das Pilotprojekt stiess seitens der Ärzteschaft auf sehr grosses Interesse. Insgesamt nahmen statt der ursprünglich angestrebten vier sechs Fachgesellschaften am Pilotprojekt teil. Diese bilden rund die Hälfte der ambulant tätigen Ärzteschaft ab. Zusätzlich begleiteten zwei weitere Ärzteorganisationen das Pilotprojekt. Auch die Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte war mit einem Rücklauf von 43% an den Erhebungen ausserordentlich hoch (im Vergleich zu anderen freiwilligen Erhebungen). Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten bereits viele der von den Fachgesellschaften empfohlenen Qualitätsaktivitäten umsetzen.

5.1 Struktur und Zusammenarbeit

Ein Grundgedanke des Pilotprojektes ist, dass Qualitätsaktivitäten bottom-up aus den jeweiligen Fachbereichen kommen und die FMH koordiniert sowie unterstützt, während die AGQ FMH/Versicherer die Rahmenbedingungen vorgibt. So können für jeden Fachbereich sinnvolle Qualitätsaktivitäten definiert werden, welche im Praxisalltag umsetzbar sind und die Qualitätsentwicklung unterstützen. Der Patientennutzen bleibt dabei stets im Fokus.

Diese grundlegende Vorgehensweise, die Struktur des Pilotprojekts zur Festlegung, Erhebung und Überprüfung von Qualitätsaktivitäten sowie die Gefässe zur Zusammenarbeit von Fachgesellschaften, FMH und Versicherern wurden von allen Beteiligten als sinnvoll erachtet. Die Zusammenarbeit wurde allseitig als konstruktiv und partnerschaftlich erlebt. Damit wurde der Grundstein gelegt für einen vertrauensvollen kontinuierlichen Austausch, in welchem gemeinsame Lösungen erarbeitet werden können.

Von den Fachgesellschaften wurde die niederschwellige Unterstützung und Begleitung durch die Projektleitung als sehr wertvoll erachtet. Sie schätzten es, dass Anliegen einfach eingebracht werden konnten und die Projektleitung mit den Fachgesellschaften in der Umsetzung des Pilotprojekts individuelle Lösungen suchte. Sehr begrüsst wurden ausserdem die regelmässigen (virtuellen) Sitzungen, um Informationen über den aktuellen Stand zu erhalten, den inhaltlichen Austausch sowie die Koordination sicherzustellen und um eine gegenseitige Unterstützung der Qualitätsverantwortlichen in den

Fachgesellschaften zu ermöglichen. Die Fachgesellschaften wünschen sich, dass dieses Austauschgefäss auch über die Pilotphase hinaus zur Vorbereitung der Umsetzung von Art. 58a genutzt werden kann.

5.2 Qualitätsaktivitäten definieren und festlegen

Der Prozess bis zur Festlegung der Qualitätsaktivitäten war intensiv. In Bereichen, in welchen die Fachgesellschaften gleiche oder ähnliche Qualitätsaktivitäten definiert haben, wird ein koordiniertes Vorgehen und Abstimmung als wichtig erachtet. Die gemeinsamen Diskussionen der Versicherer und der Fachgesellschaften werden als wichtiges Instrument gesehen, um Fragen, Erwartungen und fachliche Besonderheiten zu klären, Möglichkeiten aufzuzeigen und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten.

Die Pilotphase war zentral zur Erprobung der Praktikabilität der Qualitätsaktivitäten. Die Rückmeldungen der Ärztinnen und Ärzte während der Erhebung und der Überprüfung zeigen, dass die Qualitätsaktivitäten grundsätzlich sinnvoll und geeignet sind. Einige teilnehmende Ärztinnen und Ärzte betonten, dass für eine hohe Qualität der Patientenversorgung eine ständige Fortbildung und eine kritische Selbstreflexion des eigenen Handelns entscheidend sind, um sich kontinuierlich weiterentwickeln zu können. Letzteres ist bei vielen Qualitätsaktivitäten im Pilotprojekt ein wichtiges Element.

Fast alle Fachgesellschaften möchten aufgrund der Erfahrungen im Pilotprojekt ihre Qualitätsaktivitäten teilweise optimieren: Zum Beispiel Definitionen/Kriterien klarer formulieren, allzu spezifische Definitionen ausweiten, abgrenzen zu verwandten Qualitätsaktivitäten oder gewisse Qualitätsaktivitäten aufgrund mangelnder Überprüfbarkeit streichen. Die Pilot-Fachgesellschaften hatten der AGQ FMH/Versicherer teilweise weitere mögliche zukünftige Qualitätsaktivitäten genannt, welche sie je nach Entwicklung zu einem späteren Zeitpunkt aufnehmen möchten.

Die Versicherer haben im Rahmen der Diskussionen bei einzelnen Qualitätsaktivitäten gewisse Vorbehalte angebracht für eine Anerkennung nach der Pilotphase. Einige Qualitätsaktivitäten wurden nur mit der Auflage einer Weiterentwicklung der Überprüfung akzeptiert. Die Versicherer erwarten mittelfristig eine Entwicklung hin zu Qualitätsmessungen und Qualitätsaktivitäten, welche die Ergebnisqualität messen. Die AGQ FMH/Versicherer hat die Qualitätsaktivitäten für die Pilotphase genehmigt, was aber nicht bedeutet, dass diese Genehmigung auch bereits für die Umsetzung der Gesetzesrevision (Art. 58a KVG) gilt.

Die Kriterien und Rahmenbedingungen für die Festlegung der Qualitätsaktivitäten sollen weiter präzisiert werden. So sollte die AGQ FMH/Versicherer Themenfelder für die Qualitätsaktivitäten vorgeben können, wie beispielsweise Medikationssicherheit, Fokussierung auf die Patientin und den Patienten, Konzepte für chronisch Kranke, Schnittstellenmanagement und digitale Kommunikation oder ergebnisorientierte Indikatoren. Es sollte ein Prozess definiert werden, wie neue Erkenntnisse aus Studien oder Empfehlungen der Qualitätskommission in die Qualitätsaktivitäten einfließen. Ebenso sollten die Fachgesellschaften, z.B. aufgrund von Neuerungen oder Erfahrungen aus der Erhebung der Qualitätsaktivitäten, neue Qualitätsaktivitäten vorschlagen oder bestehende anpassen können, um eine kontinuierliche Verbesserung sicherzustellen.

5.3 Erhebung und Kommunikation

Den Ärztinnen und Ärzten ist es sehr wichtig, dass die Erhebung der Qualitätsaktivitäten mit möglichst wenig administrativem Aufwand verbunden ist. Deshalb ist es als Erfolg anzusehen, dass die meisten die Erfassung der Qualitätsaktivitäten auf myFMH als einfach empfunden haben. Doch obwohl die Erfassung der Qualitätsaktivitäten von den Ärztinnen und Ärzten innerhalb weniger Minuten erledigt werden konnte, brauchte das Lesen der Informationen mehr Zeit.

Insbesondere in der Anfangsphase des Pilotprojekts gab es viele Anfragen aufgrund von Login-Problemen. Dies konnte im Projektverlauf reduziert werden, indem zusätzliche Anleitungen erstellt wurden und die Kommunikation zur Erhebung weiter optimiert wurde. Das Auffinden des Bereichs Qualitätsaktivitäten in myFMH sollte in Zukunft weiter vereinfacht werden.

Einigen Fachgesellschaften war es wichtig, dass sie selbst die Kommunikation gegenüber ihren Mitgliedern gestalten konnten. Andere Fachgesellschaften wünschten sich dabei mehr Unterstützung durch die FMH. Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich noch zu wenig über das Pilotprojekt respektive die gesetzlichen Änderungen gemäss Art. 58 KVG informiert. Die FMH hat deshalb gemeinsam mit

santésuisse am 16. Dezember 2020 in der Schweizerischen Ärztezeitung einen [Artikel](#) zum Thema publiziert [4], weitere Kommunikationsmassnahmen sind für 2021 geplant. Im Hinblick auf die Umsetzung des Art. 58a KVG sollte die Kommunikation gegenüber den Ärztinnen und Ärzte frühzeitig geplant und die neuen Anforderungen eindeutig festgelegt werden (z.B. welche Qualitätsaktivitäten umgesetzt werden sollen).

5.4 Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden die selbstdeklarierten Qualitätsaktivitäten der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auf doctorfmh.ch veröffentlicht. Art. 58a KVG und Art. 77a KVV verlangen die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen, Qualitätsverbesserungsmassnahmen und der Qualitätsverträge. Um diesen gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen, ist unter den Vertragspartnern zu diskutieren, in welcher Form der Qualitätsvertrag und die Qualitätsaktivitäten veröffentlicht werden. Es muss ein Publikationskonzept erstellt werden, welches regelt, wer wann welche Informationen in welcher Form und für welches Zielpublikum publiziert und ob dabei rechtliche Aspekte, Vorgaben oder Empfehlungen des Bundesrates oder der eidgenössischen Qualitätskommission zu beachten sind.

5.5 Überprüfung

Bei vielen Qualitätsaktivitäten ist es herausfordernd, Kriterien und Prozesse für die Überprüfung festzulegen. Zum Beispiel bei Guidelines oder Smarter Medicine, welche für viele Fachgesellschaften sehr zentrale Qualitätsaktivitäten sind. Im Pilotprojekt hat teilweise die Zeit gefehlt, sich vertieft damit auseinanderzusetzen. Im Hinblick auf die Umsetzung von Art. 58a KVG müssen die Inhalte und Prozesse der Überprüfung weiter konkretisiert werden:

Strukturen (Wer?)

Es muss definiert werden, wer die Überprüfungen nach der Pilotphase durchführen wird. Die Umsetzung der Überprüfung kann allenfalls durch eine unabhängige Stelle erfolgen, welche das nötige Fachwissen und die benötigten personellen Ressourcen mitbringt. Die Fachgesellschaften selbst können bei der Überprüfung der Qualitätsaktivitäten der eigenen Mitglieder bzw. Kolleginnen und Kollegen in einen Rollenkonflikt geraten. Dennoch sind die Fachgesellschaften bei der Planung und Konzeption der Überprüfung stark miteinzubeziehen, da sie über das fachspezifische Wissen zu den Qualitätsaktivitäten und deren Umsetzung im Praxisalltag verfügen. Die Form der Zusammenarbeit der Überprüfungsstelle mit den Fachgesellschaften sowie mit der AGQ FMH/Versicherer muss deshalb festgelegt werden. Der Einbezug der fachspezifischen ärztlichen und medizinischen Expertise ist bei der Überprüfung zwingend.

Kriterien (Was?)

Die Fachgesellschaften müssen die Definitionen und Kriterien der einzelnen Qualitätsaktivitäten, wo nötig, konkretisieren. Für die Überprüfung muss klarer definiert werden, welche Kriterien erfüllt sein müssen (z.B. Minimalkriterien oder Grad der Umsetzung). Dabei muss abgewogen werden zwischen dem Beitrag der Qualitätsaktivität zur Qualitätsentwicklung und deren Überprüfungsaufwand.

Verfahren (Wie?)

Im Pilotprojekt haben die Fachgesellschaften verschiedene Überprüfungsverfahren in unterschiedlichen Kombinationen umgesetzt (vgl. Tabelle 4). Es muss definiert werden, welche Verfahren davon die Überprüfungsstelle bei welchen Qualitätsaktivitäten anwendet. Dabei muss sichergestellt werden, dass

1. die Qualitätsaktivitäten mit den gewählten Verfahren genügend zuverlässig überprüft werden können.
2. die Überprüfung die Ärztinnen und Ärzten nicht demotiviert; idealerweise unterstützen die Rückmeldungen der Überprüfung die Ärztinnen und Ärzte in der Weiterentwicklung ihrer Qualitätsarbeit.
3. dabei der Aufwand und dementsprechend die Kosten für die Überprüfungsstelle beachtet werden.
4. der Aufwand für die überprüften Ärztinnen und Ärzte möglichst klein gehalten wird.

Die Überprüfung wird nicht alle Kriterien gleichermaßen erfüllen können. Zur weiteren Ausarbeitung der Überprüfung muss deshalb festgelegt werden, wie Aufwand/Kosten der Ärztinnen und Ärzten sowie der Überprüfungsstelle, genaue Messbarkeit und Unterstützung der Qualitätsentwicklung der überprüften Ärztinnen und Ärzten gewichtet werden.

Stichproben (Wen?)

Weiter muss definiert werden, wie häufig die Überprüfungen stattfinden, wie viele Ärztinnen und Ärzte überprüft werden (Stichprobengrösse) und wie diese ausgewählt werden.

6 Ausblick Umsetzung Art. 58a KVG

Im Pilotprojekt wurden in einem bottom-up Ansatz 17 Qualitätsaktivitäten von den teilnehmenden sechs Fachgesellschaften definiert und anschliessend koordiniert und angeglichen. Die praktische Umsetzung wurde anhand von Befragungen und stichprobeartigen Überprüfungen analysiert und die Veröffentlichung wurde erprobt, so dass sich wertvolle Erfahrungen und Erkenntnisse gewinnen liessen. Im Hinblick auf die Umsetzung von Art. 58a KVG soll dieser Ansatz weitergeführt werden und darauf basierend ein detailliertes Qualitätskonzept mit einem Zeitplan entwickelt werden, welches die Basis für die Verhandlungen der Qualitätsverträge zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und derjenigen der Versicherer bildet. Folgende Punkte sind bei den Vertragsverhandlungen zwischen den Vertragspartnern zu berücksichtigen:

- Der Überprüfungsprozess muss gemäss den in Kap. 5.5 aufgelisteten Punkten weiterentwickelt werden. Der Einbezug der notwendigen fachspezifischen ärztlichen und medizinischen Expertise ist – je nach Fragestellung – bei der Überprüfung sicherzustellen.
- Im Qualitätskonzept, welches integraler Bestandteil des Qualitätsvertrags sein wird, muss die Kommunikation und Publikation der Qualitätsverbesserungsmassnahmen, Qualitätsmessungen und Qualitätsverträge geregelt werden. Die zu erfolgende Kommunikation umfasst alle Bereiche (Makro-, Meso- und Mikroebene) – also von der Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten bis zu Veröffentlichung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Auch die Verwendung der erhobenen Daten ist zu regeln.
- Gemäss Art. 58a KVG muss «die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen» geregelt werden. Es muss deshalb ein Prozess definiert werden, wie Neuerungen einfließen können, ohne dass dafür die Qualitätsverträge angepasst werden müssen (z.B. mit der Definition der Qualitätsaktivitäten in den Anhängen des Qualitätsvertrags). Einerseits müssen die Fachgesellschaften und die AGQ FMH/Versicherer im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung aufgrund der Erfahrungen im Verlaufe der Umsetzung des Qualitätsvertrages sinnvolle Anpassungen machen können, insbesondere nach der Initialphase, aber auch im weiteren Verlauf. Andererseits sollte ein Prozess definiert werden, wie neue Erkenntnisse aus Studien oder Empfehlungen der Qualitätskommission in die Qualitätsaktivitäten einfließen können.
- In den Qualitätsverträgen müssen «Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags» festgelegt werden. Es muss deshalb definiert werden, wer unter welchen Bedingungen welche Sanktionen verhängt.
- Die wiederkehrende Erhebung der Qualitätsaktivitäten durch alle Ärztinnen und Ärzten sowie die dazugehörige Kommunikation muss geplant und umgesetzt werden. In der Initialphase ist dabei mit einem sehr grossen Aufwand zu rechnen. Dabei muss einerseits die Erfassung aller Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden, also auch derjenigen, welche nicht Mitglied der FMH oder Mitglied von den Ärzteorganisationen sind. Andererseits müssen die Anforderungen für Ärztinnen und Ärzte definiert werden, welche in mehreren Fachbereichen und/oder Sektoren (praxisambulant und stationär) tätig sind.
- Neben dem geplanten Konzept für die Qualitätsentwicklung der FMH und der Versicherer im praxis-ambulantem Bereich wird zurzeit ein weiteres Konzept für die Spitäler und Kliniken von H+ und den Versicherern entwickelt. Wichtig ist deshalb die Koordination und Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche der beiden Qualitätskonzepte, in den Bereichen Spital-ambulant bzw. Belegarztsystem.
- Im Qualitätskonzept müssen die Aufwände sowie die Kosten für die Umsetzung geschätzt werden (Aufwände auf der Ebene der Vertragspartner, auf Ebene der Fachgesellschaften und auf Ebene

des einzelnen Leistungserbringers). In den Qualitätsverträgen muss darauf basierend die Aufgabenteilung sowie die Finanzierung geregelt werden.

- Viele der für das Konzept benötigten Konkretisierungen können durch die Ausformulierung von Zielen/Visionen, möglichen Risiken und den Kosten der Umsetzung unterstützt werden. Die Ausformulierung der Ziele, die mit dem Qualitätsvertrag erreicht werden sollen, ermöglicht die Ableitung einzelner Elemente; beispielsweise die Wahl der Überprüfungskriterien und -verfahren, die Formulierung von Anforderungskriterien für die Festlegung der Qualitätsaktivitäten oder die Wahl von Sanktionen darauf abgestützt abgeleitet werden. Dabei ist es zentral, dass je nach Fragestellung die ärztliche und medizinische Expertise einbezogen wird.
- Für eine gelingende Umsetzung muss genügend Zeit für die Einführungsphase eingeplant werden.

Die Umsetzung des Qualitätsvertrags sollte selbst auch als kontinuierlicher Verbesserungsprozess geplant werden, dessen Ziele und Zielerreichung laufend geprüft wird.

7 Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit. Änderung KVG und KVV: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. 2020. www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html.
2. Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM. Qualitäts-Charta SAQM. 2.12.2020. <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/qualitaets-charta.cfm>.
3. Gerber M, Esther K, Bosshard C. Qualitätsaktivitäten der Schweizerischen Ärzteorganisationen. Schweizerische Ärztezeitung. 2019;100(33):1054-56. doi.org/10.4414/saez.2019.18058.
4. Esther K, Gerber M, Bosshard C, Roth F. Gelebte Qualitätstransparenz der Ärzteschaft. Schweizerische Ärztezeitung. 2020;101(51/52):1720-21. doi.org/10.4414/saez.2020.19457.
5. Knudsen SV, Laursen HVB, Johnsen SP, Bartels PD, Ehlers LH, Mainz J. Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. BMC Health Services Research. 2019;19(1):683.

8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

8.1 Abbildungen

Abbildung 1 Projektorganisation Pilotprojekt	5
Abbildung 2 Zeitlicher Ablauf Pilotprojekt	6
Abbildung 3 Projektphasen des Pilotprojekts	7
Abbildung 4 Erhebung der Qualitätsaktivitäten in myFMH am Beispiel eines Arztes des Fachbereichs Allgemeine Innere Medizin.....	8
Abbildung 5 Schematische Darstellung Überprüfungsverfahren.....	13

8.2 Tabellen

Tabelle 1 Verabschiedete Qualitätsaktivitäten.....	10
Tabelle 2 Geschätzte Anzahl Anfragen von Ärztinnen und Ärzten	11
Tabelle 3 Ergebnisse der Pilot-Fachgesellschaften.....	12
Tabelle 4 Im Pilotprojekt verwendete Überprüfungsverfahren nach Fachgesellschaften	14

9 Anhänge

Anhang 1: Verwendete Abkürzungen

AGQ FMH/Versicherer	Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
CIRS	Critical Incident Reporting System
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz
SAQM	Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin der FMH
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SGMO	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
SGORL	Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SGU	Schweizerische Gesellschaft für Urologie

Anhang 2: Qualitätsaktivitäten der SGP

Informationen der SGP zu den einzelnen Qualitätsaktivitäten des Pilotprojekts «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» der Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer und der SGP

Das Schweizerische Parlament hat mit der Revision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beschlossen, dass ab 2022 alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, sich an Qualitätsentwicklungsmassnahmen und -messungen zu beteiligen, welche die Verbände der Leistungserbringer und derjenigen der Versicherer in Qualitätsverträgen vereinbaren. Um sicherzustellen, dass diese obligatorischen Qualitätsaktivitäten praktikabel sowie in die bisher geleistete Qualitätsarbeit integriert sind und einen grösstmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten haben, hat die SGP beschlossen, diese gesetzliche Vorgabe proaktiv anzugehen.

Die SGP hat deshalb im Rahmen des Pilotprojekts «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» gemeinsam mit der FMH und den Versicherern fünf Qualitätsaktivitäten definiert, welche nachfolgend detailliert beschrieben werden:

- Teilnahme an Qualitätszirkeln
- Arbeiten mit Guidelines / Empfehlungen
- Hygienekonzept mit einem Fokus auf korrekte Händehygiene
- Notfallkonzept mit Empfehlung Mindestausstattung Notfallausrüstung, (Telefon-)Triage und (Team-)Schulungen
- Patientenbefragungen

Das Ziel ist, dass alle unsere im ambulanten Sektor tätigen Mitglieder im Herbst 2020 auf www.doctorfmh.ch transparent veröffentlichen, welche dieser fünf Qualitätsaktivitäten sie in der Praxis umsetzen. Durch diese Veröffentlichung sollen alle Qualitätsaktivitäten die gesetzlich geforderte Transparenz erfüllen. Zu einem späteren Zeitpunkt wird ein jährlicher Bericht über den Stand der Qualitätsaktivitäten und -entwicklung sowie der erarbeiteten Verbesserungsmassnahmen veröffentlicht werden.

Die folgenden Seiten dienen als Hilfe für die Mitglieder der SGP. Eine Überprüfung der Qualitätsaktivitäten ist gemäss Revision des KVG erforderlich und durch die SGP nicht zu negieren. Die SGP vertritt dabei die Ansicht, dass diese stichprobenartigen Überprüfungen oder Kontrollen von zufällig ausgewählten Praxen nicht ein bestrafender, sondern ein edukativer Prozess sein soll, in welchem durch Feedback und Austausch ein Mehrwert entstehen kann.

Im Dokument der Arbeitsgruppe der SGP für die ambulante Qualität können bei Interesse weitere Überlegungen bezüglich den ausgewählten Qualitätsaktivitäten sowie der möglichen zukünftigen Qualitätsaktivitäten, der Qualität im Allgemeinen sowie der möglichen Limitationen entnommen werden.

Qualitätszirkel	
Bemerkungen	Die Qualitätszirkel arbeiten gemäss den Empfehlungen der SGAIM . Den Inhalt der Qualitätszirkel definieren die Qualitätszirkel selber, die SGP kann allenfalls Themen vorschlagen und unterstützend wirken. Der Inhalt der Qualitätszirkel gilt als vertraulich und ist Voraussetzung eines funktionierenden Qualitätszirkels.

<p>Wirkungshypothese</p>	<p>Qualitätszirkel sind ein Instrument zur Förderung der Qualität auf Ebene der Ärzte durch den interkollegialen Austausch. Durch die praxisnahen Besprechungen wirken die Qualitätszirkel motivationsfördernd und stellen ein Bindeglied zwischen dem Praxisalltag und deren wissenschaftlichen Aufarbeitung dar. Die Mitglieder einigen sich auf Aspekte der täglichen Arbeit, in denen sie ein Verbesserungspotential erkennen, und behandeln diese im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsentwicklungszyklus. Durch gezielt verwendete effiziente pädagogische Massnahmen in Kombination mit dem Austausch und kritischer Hinterfragung der eigenen Arbeit wird so die Basis zu einer Qualitätsdiskussion im eigentlichen Sinne geschaffen. Darauf basierend werden Massnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung ausgearbeitet (PDCA-Zyklus).</p>
<p>Unterstützung durch die SGP</p>	<p>Die SGP ist Mitglied des interprofessionellen Forums für Qualitätszirkel. Die SGP kann dadurch ihren Mitgliedern bessere Konditionen für den Moderatorenkurs anbieten und somit für eine bessere Verbreitung sowie Etablierung von pädiatrischen Qualitätszirkeln helfen.</p> <p>Wer bereits an einem Qualitätszirkel teilnimmt und dieser den Mindestanforderungen entspricht, braucht keine weiteren Massnahmen mehr zu unternehmen.</p>
<p>Mindestanforderungen</p>	<p>Die folgenden Mindestanforderungen oder "Charakteristika eines Qualitätszirkels" stammen aus der Interessenvereinigung Forum für Qualitätszirkel und sollten auch für die pädiatrischen Qualitätszirkel angewendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idealerweise 6 bis 15 gleichberechtigte Berufsleute des Gesundheitswesens - Idealerweise Autonomie bezüglich Themensetzung und Vorgehen - Ausgebildete/r Moderator/in für Qualitätszirkel und idealerweise ein/e Co-Moderator/in - Wiederkehrende Treffen entsprechend Zielerreichung - Definierter Teilnahmekreis - Der Qualitätszirkel entscheidet über die angemessene Form der Dokumentation - Themenzentriertes Arbeiten unter Verwendung von vielfältigen didaktischen Methoden - Idealerweise strukturiertes Arbeiten entlang PDCA-Zyklus («Plan-Do-Check-Act»-Zyklus) <p><i>Anmerkung:</i> je nach geographischen Gegebenheiten kann unter Umständen auch eine partielle Teilnahme per Videokonferenz an den Qualitätszirkeln erwogen werden.</p>
<p>Überprüfbarkeit</p>	<p>Die Überprüfbarkeit ist gegeben durch eine Teilnahmebestätigung an den Qualitätszirkeln, welche bei einer möglichen Stichprobenprüfung an das Sekretariat der SGP gesendet werden muss. Die Qualitätszirkel definieren in einer Selbstdeklaration, nach den Richtlinien der SGAIM zu arbeiten.</p>
<p>Literatur</p>	<p>1) Qualitätszirkel Charakteristika SGAIM 2) Rohrbasser A, Harris J, Mickan S, Tal K, Wong G. Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae- A scoping review. PLoS One. 2018;13(12):e0202616.</p>

Arbeiten mit Guidelines	
Bemerkungen	Als Guidelines gelten sowohl internationale und nationale Leitlinien oder Empfehlungen, sowie regional-lokale Leitlinien.
Wirkungshypothese	<p>Guidelines fördern eine evidenzbasierte Behandlung der Kinder und Jugendlichen und reduzieren so Variationen in der Behandlung resp. Over- und Underuse.</p> <p>Medizinische Guidelines sind evidenzbasierte Aussagen und Empfehlungen in Bezug auf einen definierten diagnostisch-therapeutischen Bereich, welche zur Optimierung der Patientenbehandlung beitragen sollen. Mit Hilfe von Guidelines können Ärztinnen und Ärzte ihr Fachwissen und ihr Vorgehen zeitsparend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft halten. Guidelines sind ein wichtiges Instrument, um Behandlungsqualität sicherzustellen, sprich, um Unsicherheiten zu reduzieren, Fehler zu vermeiden, effizientere Prozesse zu gestalten usw.</p> <p>Limitation: Qualitativ hochstehende Guidelines sind für die Sicherstellung der Behandlungsqualität wichtig, können aber auch aufgrund ihrer Entstehungsweise (Fokus auf Mehrheit der Patienten, Ausschlusskriterien, Publikationsbias) nicht jedem Einzelfall gerecht werden. Es muss gegebenenfalls begründet abgewichen werden aufgrund persönlichem medizinischem sowie soziokulturellem Kontext ohne Befürchtung etwaiger Sanktionen. Der behandelnde Arzt entscheidet grundsätzlich bei jedem Fall individuell, was erforderlich ist (Patienten-zentrierte Behandlung). Auf keinen Fall dürfen daher dem behandelnden Arzt negative Konsequenzen drohen. Leitlinien sind Orientierungshilfen.</p>
Unterstützung durch die SGP	<p>Die SGP unterstützt die Pädiater/innen bei Bedarf bei der Auswahl von Leitlinien und Empfehlungen. Diese werden entweder auf der Internetseite der SGP, in der Paediatrica oder auf der Online-Plattform «Guidelines Schweiz» der FMH veröffentlicht werden.</p> <p>Guidelines oder Empfehlungen sollten bestimmte Qualitätsmerkmale enthalten, wie im Literatur-Anhang zu entnehmen ist. Diese Standards beinhalten im optimalen Fall Folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz - Interessenkonflikte - Gruppenzusammensetzung - Systematische Reviews - Evidenzangabe und Stärke der Empfehlungen - Formulierung der Empfehlungen - Externe Review - Aktualisierungen
Mindestanforderungen	<p>Die Praxis definiert selber, welche Guidelines oder Empfehlungen angewendet werden. Diese müssen dem gesamten Praxispersonal schnell verfügbar sein.</p> <p>Zusätzlich zu den definierten Guidelines oder Empfehlungen sind diese anlässlich einer Teamsitzung dem gesamten Praxispersonal zu präsentieren und zu besprechen, so dass alle Mitarbeitenden auf dem gleichen Wissensstand sind. Dies ist insbesondere bei Gruppenpraxen wesentlich.</p> <p>Es wird bewusst keine Mindestanzahl an verwendeten Guidelines angegeben, da diese je nach Praxisangebot und somit entsprechender patientenzentrierter Behandlung variieren</p>

	können (bspw. Praxis für Entwicklungspädiatrie versus Kinderarztpraxis mit Angebot von allergologischen Abklärungen).
Überprüfbarkeit	<p>Falls eine Stichprobenprüfung bezüglich Anwendung von Guidelines oder Empfehlungen in der Praxis durchgeführt werden sollte, so müssen die angewendeten Guidelines als erster Schritt dem Sekretariat der SGP genannt oder zugestellt werden (bei online abrufbaren Guidelines reicht auch ein entsprechender Link aus).</p> <p>In einem weiteren Schritt würde ein strukturiertes Telefoninterview mit Kontrollfragen stattfinden, um die Anwendung der Guidelines und Empfehlungen zu überprüfen. Dabei soll vor allem überprüft werden, ob die Guidelines insgesamt und die Abweichungen davon verstanden wurden sowie im Alltag auch zur Anwendung kommen. Bei Unklarheiten bezüglich Anwendung kann die SGP beratend unterstützen oder mit Experten Kontakt aufnehmen, im Sinne eines edukativen Prozesses.</p>
Literatur	Hostettler et al. (2014). Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen
Patientenbefragungen	
Bemerkungen	<p>Es sollen validierte und erprobte Fragebogen verwendet werden. Die SGP hat sich vorerst auf die Verwendung des EUROPEP Fragebogen festgelegt, welcher in Europa standardmässig zum Einsatz kommt und akzeptiert ist. Der Vorteil ist zudem, dass er in mehreren Sprachen verfügbar ist.</p> <p>Wenn in einer Gruppenpraxis Umfragen durchgeführt werden, so gilt sowohl die Umfrage wie auch die Auswertung gleichermassen für alle Ärzte/Ärztinnen in der Praxis, es sei denn, ein expliziter Verzicht für die Patientenbefragung einzelner Mitarbeiter/innen würde vorliegen.</p> <p>Limitationen: Generell ist bei Patientenbefragungen immer die erforderliche Vorsicht bei der Interpretation der Resultate notwendig.</p>
Wirkungshypothese	Die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten respektive ihren Eltern unterstützt eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung und hilft die Versorgung noch patienten-zentrierter zu gestalten.
Unterstützung durch die SGP	<p>Die SGP stellt auf ihrer Homepage die EUROPEP Fragebogen zum Download bereit.</p> <p>In Zusammenarbeit mit der Stiftung EQUAM entwickelt die SGP eine elektronische App zur Auswertung der Daten. Dabei wird es eine Basisversion (Auswertung) und Expertenversion (detailliertes Feedback, anonymes Benchmarking) geben. Die Kosten für die externe Auswertung soll für die Mitglieder der SGP gering ausfallen.</p> <p>Angedacht ist auch, dass die SGP in Zusammenarbeit mit der Stiftung EQUAM Tablets mit entsprechender Software oder einen QR-Code mit Online-Link für die Umfragen zur Verfügung stellen wird.</p>
Mindestanforderungen	<p>Es soll der EUROPEP Fragebogen verwendet werden.</p> <p>Die Anzahl ausgefüllter Fragebogen berechnet sich folgendermassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ärztin/Arzt mit Arbeitspensum bis 50%: 40 Fragebogen - Ärztin/Arzt mit Arbeitspensum über 50%: 75 Fragebogen - Gruppenpraxis bis 200 Stellenprozenten: 100 Fragebogen

	<p>- Gruppenpraxis mit mehr als 200 Stellenprozenten: 150 Fragebogen</p> <p>Die Patientenbefragung wird jährlich in einem definierten Zeitraum durchgeführt.</p> <p>Nach der Patientenbefragung muss eine Auswertung erfolgen, welche entweder intern oder extern erfolgen kann. Die Auswertung soll anhand eines PDCA-Zyklus erfolgen und im Team besprochen werden. Verbesserungsmaßnahmen sollen formuliert und umgesetzt sowie in der Folge überprüft werden.</p> <p>Bei Abgabe des Fragebogens müssen die Patienten informiert werden über die Patientenbefragung. Die Fragebögen oder das Tablet müssen entweder persönlich abgegeben werden oder der QR Link / Online-Link angegeben werden. Es soll erklärt werden, was das Ziel der Patientenbefragung ist und weshalb die anonymen Rückmeldungen für die Behandlungsqualität der Praxis wichtig sind. Falls die Befragung auf Papier erfolgt, so erhält jeder Patient/in den Fragebogen und ein Informationsschreiben. Die Vorlage dazu findet sich ebenfalls auf der Homepage der SGP. Falls die Befragung in einer Papier-Version durchgeführt wird, so sollen die ausgefüllten Fragebogen in einen entsprechenden versiegelten Behälter geworfen werden. In der elektronischen Version erfolgt die Information auf dem Bildschirm.</p>
Überprüfbarkeit	<p>Falls die Auswertung extern oder über die App durchgeführt wurde, wird jeweils eine elektronische Bestätigung über die Durchführung und Auswertung ausgestellt. Dabei wird der Inhalt wie auch die Auswertung als vertraulich gewertet und nicht weitergegeben. Die Besprechung und Zielsetzungen im Praxisteam werden als Selbstdeklaration und entsprechende Durchführung angesehen.</p> <p>Falls die Auswertung intern erfolgt, so muss zumindest eine Angabe über die Anzahl ausgefüllter Fragebögen sowie deren Auswertung vorliegen. Dabei werden in der Auswertung zur Überprüfung keine Details verlangt, sondern es soll lediglich vermerkt werden, in welchen Teilbereichen die Praxis noch Verbesserungspotential hat. Die möglichen Teilbereiche umfassen Arzt-Patient-Beziehung, medizinisch-technische Versorgung, Praxispersonal, Praxisorganisation sowie Gesamtzufriedenheit. Die Besprechung und Zielsetzungen im Praxisteam werden als Selbstdeklaration und entsprechende Durchführung angesehen.</p>
Literatur	<p>Grol, R. & Wensing, M. Patientes evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument. EUROPEP Group, 2000.</p>
Notfallkonzept	
Bemerkungen	<p>Für das Notfallkonzept genügt es nicht, nur über eine entsprechende Notfallausrüstung zu verfügen, sondern es soll im Sinne einer besseren Behandlungsqualität und Patientensicherheit ein regelmässiges Training und Fortbildung des gesamten Praxispersonal geben. Die Behandlung von akuten lebensbedrohlichen Situationen bei Säuglingen und Kindern wie akute Atemnot, Schock, epileptische Anfälle oder gar Reanimation sind immer wieder eine Herausforderung für alle.</p>

	<p>Das Team soll daher die Abläufe bei einem Notfall, den Standort der Notfallausrüstung sowie deren Inhalt und korrekte Anwendung kennen und als Team zuverlässig funktionieren.</p> <p>Bei der (Telefon-) Triage sind die Kriterien definiert, wann ein Notfall einbestellt und / oder der Ärztin unverzüglich gemeldet werden muss (bspw. Säugling mit Fieber >38.0° im Alter unter 3 Monaten).</p>
Wirkungshypothese	<p>Durch das rasche Erkennen einer Notfallsituation, schnelleres Handeln in einem geordneten Rahmen mit klarer Struktur und optimierten Abläufen wird eine bessere Erstversorgung vom Patienten gewährleistet mit positiver Wirkung auf die Patientensicherheit und das Outcome von (vital) bedrohten Patienten.</p>
Unterstützung durch die SGP	<p>Die SGP publiziert eine Liste für die empfohlene Notfallausrüstung. Zudem werden auf der Internetseite der SGP verschiedene Anbieter von Weiterbildungen oder Angeboten im Bereich Notfallmedizin aufgelistet, sowie die Checkliste Notfallmanagement für Kinder der PEMS (Pediatric Emergency Medicine Switzerland).</p>
Mindestanforderungen	<p>Die Praxis hat ein Notfallkonzept für medizinische und chirurgische Notfälle, in welchem auch eine (Telefon-) Triage enthalten ist. Alle Mitarbeitenden müssen in der Erkennung kritischer Patienten/innen geschult sein sowie die Abläufe bei einem Notfall kennen. Die notwendigen/regionalen Notfall-Telefonnummern sollen in der Praxis gut sichtbar sein. Bei einer Stichprobenprüfung wird dem Sekretariat der SGP das Praxis-Notfallkonzept zugesendet werden.</p> <p>Mindestens 80% der Mitarbeiter/innen haben in den vergangenen 2 Jahren an einer offiziellen und zertifizierten Schulung zum akuten Notfall teilgenommen. Dabei ist eine Teilnahmebestätigung oder ein Zertifikat als Nachweis erforderlich, die dem Sekretariat gesendet wird.</p> <p>Als Schulung gelten sowohl intern durchgeführte wie extern besuchte SRC-anerkannte BLS-Kurse. Alternativ oder ergänzend können von den Ärzten erweiterte Reanimationskurse wie AHA ACLS/PALS bzw. ERC ALS/EPALS besucht werden.</p> <p>Es ist die Empfehlung der SGP, in regelmässigen Abständen eine interne Schulung mit dem gesamten Praxispersonal in den alltäglichen Räumen durchzuführen. Das hat den Vorteil, dass die eigene Praxiseinrichtung inkl. Notfallmaterial bezüglich Notfallversorgung überprüft wird und mögliche Systemfehler erkannt und behoben werden können.</p> <p>Beachte: ein BLS Zertifikat ist maximal 3 Jahre gültig. Da schwere Notfälle glücklicherweise seltene Ereignisse sind und die zur Versorgung dieser Notfälle erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten schnell in Vergessenheit geraten, stellen solche Situationen eine entsprechende grosse Herausforderung dar und müssen darum regelmässig geübt werden.</p> <p>Die SGP empfiehlt darum den mindestens 2-jährlichen Besuch einer standardisierten und zertifizierten Schulung. Zusätzlich soll im Sinne der Teambildung und des Trainings in regelmässigen Abständen (=mindestens jährlich) das im Kurs erworbene Wissen und die Fertigkeiten im Praxisteam refreshet und gefestigt werden. Das Refreshen kann beispielsweise im Rahmen einer Teambesprechung durchgeführt werden. Dabei</p>

	<p>sollen mindestens die Algorithmen, das Notfallkonzept sowie die Alarmierung besprochen und der Inhalt der Notfallausrüstung zusammen angeschaut und auf Funktionalität überprüft werden.</p> <p>Die Wartung der medizinischen Ausrüstung erfolgt gemäss den Angaben der Hersteller, wird regelmässig durchgeführt und dokumentiert. Die Praxis verfügt über eine Inventarliste der Notfallausrüstung. Der Standort der Notfallausrüstung ist klar gekennzeichnet und allen Mitarbeitenden bekannt. Ebenso müssen die Fluchtwege in der Praxis gut gekennzeichnet sein.</p> <p>Die Notfallausrüstung der Praxis enthält die notwendigen Medikamente und Ausrüstungsgegenstände der empfohlenen Notfallausrüstung der SGP. Die Medikamente haben das Verfallsdatum nicht überschritten und es werden regelmässige Kontrollen vorgenommen.</p> <p>Zusammenfassung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BLS Kurse für alle: <ul style="list-style-type: none"> • mind 80% der Mitarbeitenden haben in den letzten 2 Jahren eine BLS Schulung besucht • zertifizierte Schulungen im Praxisteam in den Praxisräumlichkeiten (mit externer Trainingsperson) sind zu bevorzugen • alternativ können externe zertifizierte Schulungen im Team besucht werden • Teilnahme an zertifizierten Schulungen sind auch einzeln möglich 2. Dem ärztlichen Personal wird alternativ oder ergänzend die Teilnahme an erweiterten Reanimations-schulungen empfohlen 3. Das Notfallkonzept inkl. Alarmierung und die die Abläufe der Erstversorgung (Algorithmen) sollen mindestens jährlich im Team refresht werden (z. B. im Rahmen einer Teambesprechung) 4. Die Notfallausrüstung muss gemäss den Angaben des Herstellers gewartet werden. Die mindestens dreimonatige bis jährliche Überprüfung der Funktionalität ist dringend empfohlen.
<p>Überprüfbarkeit</p>	<p>Bei einer Überprüfung ist der Nachweis einer Fortbildung im Bereich der primären Erstversorgung des gesamten Praxispersonal (Ärzte, MPA, Pflege, etc.), welches Patientenkontakt hat, dem Sekretariat der SGP einzusenden. Dabei gelten interne wie externe Schulungen, BLAS, PALS, ECC, oder weitere Kurse, deren Inhalt akute medizinische Notfälle und Versorgung kritisch kranker Kinder und Jugendlichen aufweisen.</p> <p>Das Vorhandensein einer Notfallausrüstung gemäss der Empfehlung der SGP sowie deren regelmässigen Überprüfung (Protokollierung, insbesondere Verfalldaten) kann mittels einer Fotodokumentation nachgewiesen werden.</p> <p>Die Praxis hat ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle (schriftlich und/oder elektronisch), das ebenfalls dem Sekretariat zuzusenden ist.</p>

<p>Literatur</p>	<p>Reanimation PALS https://eccguidelines.heart.org Reanimation ERC https://cprguidelines.eu Assessment of the unwell child, Corrales AY, Starr M, Aust Fam Physician. 2010 May;39(5):270-5 Vorbereitet sein für den Ernstfall, Schwenger M, Pädiatrie 2018; 30 Telefon-Triage unter der Lupe, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Schriftenreihe Nr. 6, 2013</p>
<p>Hygienekonzept mit Fokus auf die Händehygiene</p>	
<p>Bemerkungen</p>	<p>Wichtigstes Element zur Vermeidung nosokomialer Infektionen durch das Gesundheitspersonal ist die Vermeidung der Übertragung pathogener Keime von Oberflächen aus der unmittelbaren Patientenumgebung und der weiteren Umgebung durch die Hände des Gesundheitspersonals. Es besteht eine hohe Evidenz für die Bedeutung der Händehygiene zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.</p> <p>In der Routine des medizinischen Alltags sinkt die Zuverlässigkeit der Händehygiene und die Durchführung ist häufig nicht korrekt.</p> <p>Die WHO hat die «five moments for hand hygiene» in «Your Moments for hand hygiene – pediatric consultation» für den pädiatrisch ambulanten, nicht invasiven Bereich angepasst. Eine Händedesinfektion ist danach zu folgenden Zeitpunkten notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Vor Patientenkontakt 2) Vor aseptischen Tätigkeiten 3) Nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material 4) Nach Patientenkontakt <p>Massnahmen zur Verbesserung der Compliance und zur Qualitätssicherung müssen einen ausreichenden Evidenzgrad erreichen und nachweisbar sein. So ergeben sich die empfohlenen Massnahmen der SGP in Modifikation der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts:</p> <p>Schulung und Training</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle neuen Mitarbeitenden müssen in den Massnahmen zur Händehygiene unterwiesen werden, bevor sie mit der Aufnahme ihrer patientennahen Tätigkeit beginnen [Kat. IA]. - Mindestens jährlich (und zeitnah bei Hinweisen auf Probleme in diesem Bereich) findet eine Schulung aller Mitarbeitenden zu den Indikationen der Händedesinfektion in Verbindung mit einem Training statt [Kat. IB]. <p>Verfahrensweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Empfehlungen zur Händehygiene müssen im Hygieneplan und hierzu relevanten SOPs (Verfahrensanweisungen) berücksichtigt werden [Kat. IA]. - Im Hygieneplan sind die Indikationen, die Durchführung der Händedesinfektion, die ausgewählten Händedesinfektionsmittel sowie Auswahl und Umgang mit nicht sterilen und sterilen Einmalhandschuhen festzulegen [Kat. IA].
<p>Wirkungshypothese</p>	<p>Es besteht eine hinreichende Evidenz für die Bedeutung der Händehygiene zur Vermeidung nosokomialer Infektionen sowie der Notwendigkeit der Verbesserung der Händehygiene im medizinischen Alltag.</p>

	<p>Durch geeignete Massnahmen, wie z.B. Motivation des Gesundheitpersonals und leichtere Zugangsmöglichkeit zu Desinfektionsmitteln, kann die Rate an nosokomialen Infektionen gesenkt werden und so die Patientensicherheit erhöht werden.</p>
<p>Unterstützung durch die SGP</p>	<p>Die SGP kann ihre Mitglieder mit einer möglichen Vorlage zu einem Hygieneplan in der Praxis unterstützen. Zudem stellt die SGP das Merkblatt der WHO über die korrekte Händehygiene auf ihrer Homepage zur Verfügung.</p>
<p>Mindestanforderungen</p>	<p>Die Praxis verfügt über ein schriftliches Konzept zur Hygiene (Hygieneplan und/oder SOP). Diese beinhaltet die folgenden Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verfahren zur Reinigung der Oberflächen, Fussböden, Sanitäranlagen und Untersuchungsflächen - eine Beschreibung der Handhygiene (s.a. unten) - Eine Beschreibung, wie die Sterilisation vor Ort oder extern gehandhabt wird (entfällt bei Benutzung von sterilen Einwegprodukten) - eine Beschreibung der Aufbewahrung und des Gebrauchs steriler Instrumente - ein Verfahren zur Entsorgung scharfer Gegenstände <p>Die für eine hygienische Handreinigung erforderlichen Vorrichtungen sind vorhanden. Es soll in allen Behandlungsräumen und Toiletten Händedesinfektionsmittel haben. Zudem soll es auf den Toiletten hygienische Vorrichtungen zum Trocknen der Hände geben.</p> <p>Zusätzliche Empfehlungen zur Händedesinfektion beinhalten die Indikation, die korrekte Durchführung, die ausgewählten Händedesinfektionsmittel sowie Auswahl und Umgang mit nicht-sterilen und sterilen Einmalhandschuhen.</p> <p>Ein Abfallkonzept ist vorhanden. Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss. Dabei müssen geeignete Behälter zur Entsorgung von infektiösem oder scharfen Gegenständen vorhanden sein. Sonderabfälle werden separat entsorgt.</p>
<p>Überprüfbarkeit</p>	<p>Die Praxis verfügt über ein Hygienekonzept, welches die Mindestanforderungen erfüllt. Die Empfehlungen zur Händehygiene müssen im Hygieneplan und hierzu relevanten SOPs (Verfahrensweisungen) berücksichtigt werden. Das Hygienekonzept ist dem Sekretariat der SGP zu senden bei Überprüfung.</p> <p>Ebenfalls sollen Fotos der Desinfektionsspender in den Räumen an das Sekretariat gesendet werden. Dies erspart einerseits einen Besuch vor Ort, andererseits besteht die Möglichkeit, gegeben falls ein Feedback zu der Positionierung zu erhalten.</p> <p>Es soll des Weiteren eine Bestätigung an das Sekretariat der SGP gesendet werden, dass die Praxis bei neu angestellten Mitarbeitenden sowie jährliche (und zeitnah bei Hinweisen auf Probleme in diesem Bereich) bei allen Mitarbeitenden eine Schulung zu den Indikationen der Händedesinfektion durchführt (Selbstdeklaration). Allenfalls kann optional ein Nachweis einer externen Schulung (optional) oder des Besuches des Kantonsapothekers eingereicht werden.</p>

Literatur	<p>1) KRINKO: Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens - Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:1189–1220</p> <p>2) Pittet D, Allegranzi B, Boyce J et al (2009) The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. Infect Control Hosp Epidemiol 30(7):611–622</p> <p>3) Pires D, Soule H, Bellissimo-Rodrigues F, Gayet-Ageron A, Pittet D Hand Hygiene With Alcohol-Based Hand Rub: How Long Is Long Enough? Infect Control Hosp Epidemiol. 2017 May;38(5):547-552.</p> <p>4) Kampf G, Reichel M, Feil Y, Eggerstedt S, Kaulfers PM (2008) Influence of rub-in technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection. BMC Infect Dis 8:149</p> <p>Korrekte Entsorgung medizinischer Abfälle gemäss Bundesamt für Umwelt BAFU</p>
------------------	--

Anhang

- Empfehlung der SGP zur Notfallausrüstung
- EUROPEP Fragebogen

Abkürzungen

PDCA	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
SOP	Standard Operating Procedure = standardisiertes Vorgehen

Anhang 3: Qualitätsaktivitäten der SGMO

Klinische Studien

Beschrieb: Teilnahme an klinische Studien (Phase 1 bis Phase 4)

Wirkungshypothese: Teilnahme an klinischer Studientätigkeit korreliert mit allgemein besserem Outcome bei den Leistungserbringern. Teilnahme an klinischen Studien hat einen «edukativen Nebeneffekt», der sich günstig auf die allgemeine Indikationsqualität auswirkt.

Messung: Anzahl Patienten, die pro Jahr in klinische Studien eingeschlossen werden

Pharmakovigilanz

Beschrieb: Pharmakovigilanz-Fälle detektieren und dokumentieren, incl. Pharmakovigilanz-Formulare ausfüllen und an die zuständige Stelle senden

Wirkungshypothese: Allgemeine Mehrung des Wissens über Nebenwirkungen trägt zum früheren Erkennen bisher unbekannter Eigenschaften/Nebenwirkungen eines Medikaments bei. Beim individuellen Leistungserbringer fördert es die Aufmerksamkeit und das Bewusstsein über potenziell toxische Situationen und kann zur zukünftigen Vermeidung derselben führen → Erhöhung Patienten- und Medikamentensicherheit

Messung: Anzahl der Meldungen an Pharmakovigilanz

Swiss Cancer Network Zertifikat

Beschrieb: Behandlung der Patienten gemäss den internationalen Guidelines, Vorstellung aller Patienten im Tumorboard, kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeitenden, Dateneingabe in Register

Wirkungshypothese: Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität der Patienten, der Diagnose- und Indikationsqualität und Interdisziplinarität. Verbesserung der Indikationsqualität durch strukturierte und multidisziplinäre Entscheidungsfindung an Tumorboard. Verbesserung der Patientensicherheit.

Messung: Zertifikat, Audits

Teilnahme an Tumorboard

Beschrieb: Erstellung einer zentralen, auch für externe Ärzte zugänglichen Anmeldeplattform für das wöchentliche Tumorboard. Organisation eines Konferenzraums mit der Möglichkeit einer Demonstration von Röntgenbildern und Videozuschaltung. Ggf. Hinzuziehung externer Expertinnen und Experten. Kommunikation der Tumorboardanmeldungen an die Tumorboardteilnehmenden. Verfassung der Tumorboardberichte und Weiterleitung der Berichte an Tumorboardteilnehmenden und Grundversorgenden.

Wirkungshypothese: Verbesserung der interdisziplinären Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten, der Diagnose- und Indikationssicherheit und der Interdisziplinarität

Messung: Anzahl dokumentierte Fälle pro Jahr, Tumorboardberichte

Patient-reported outcome

Beschrieb: PRO mit klar definiertem Programm und dediziertem/qualifiziertem Personal und definierten Prozessen (Informationsfluss, Entscheidungsbefugnisse, Massnahmenkatalog)

Wirkungshypothese: Die PRO führen zu einer Verbesserung der Qualität durch standardisierte und strukturierte Dokumentation der Nebenwirkungen. Dadurch werden Nebenwirkungen schneller erkannt, dem Arzt gemeldet und besser behandelt (Ethan Bash, JCO, Lancet Oncol). Es wurde gezeigt und auch publiziert, dass die Patienten dadurch eine bessere Adhärenz zur Behandlung zeigen und damit auch eine bessere Tumorkontrolle erleben, es gibt weniger Notfälle und in einer Studie wurde auch deutlich, dass sich durch PRO das Gesamtüberleben verlängert. Auch in Studien, welche in der Schweiz durchgeführt wurden, konnte gezeigt werden, dass im ambulanten Setting das Wohlbefinden besser erhalten bleibt und dass die Patienten ein höheres Sicherheitsgefühl haben.

Messung: Anzahl Patienten, welche mittels PRO betreut werden

Anhang 4: Qualitätsaktivitäten der SGAIM

Autorinnen und Autoren: Qualitätskommission SGAIM

Qualitätsaktivität	Potentieller Nutzen	Umsetzbarkeit	Überprüfbarkeit
Aktive Teilnahme an Qualitätszirkel	ja	ja, wird bereits oft angewendet.	ja, wenn Teilnahme dokumentiert
<p>Beschrieb: Die Qualitätszirkel (QZ) arbeiten gemäss den «Charakteristika von Qualitätszirkeln», welche die SGAIM zusammen mit anderen Berufsorganisationen der Grundversorgung im Rahmen des «Forums für Qualitätszirkel» erarbeitet hat. Idealerweise setzt sich der QZ zusammen aus 6 bis 15 gleichberechtigten Berufsleuten des Gesundheitswesens unter der Leitung eines ausgebildeten Moderators / einer ausgebildeten Moderatorin. Der Teilnahmekreis ist definiert und trifft sich regelmässig (gemäss Literatur 8 oder mehr Treffen) entsprechend den Zielsetzungen. Den Inhalt und das Vorgehen definieren die QZ selber, die SGAIM kann unterstützend wirken. Der Inhalt der Arbeit gilt als vertraulich und ist Voraussetzung eines funktionierenden QZ. Der QZ arbeitet themenzentriert unter Verwendung vielfältiger didaktischer Methoden und idealerweise strukturiert entlang dem PDCA-Zyklus («Plan-Do-Check-Act»-Zyklus). Der QZ entscheidet über die angemessene Form der Dokumentation und etwaige Kommunikation.</p>			
<p>Literatur: 1) https://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis/qualitaetszirkel/charakteristika-qz.html 2) Rohrbasser A, Harris J, Mickan S, Tal K, Wong G. Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae- A scoping review. PLoS One. 2018;13(12):e0202616.</p>			
<p>Wirkungshypothese: Qualitätszirkel sind ein Instrument zur Förderung der Qualität auf Ebene der Ärztinnen und Ärzte durch den interkollegialen Austausch. Durch die praxisnahen und erfahrungsbasierten Besprechungen wirken die Qualitätszirkel motivationsfördernd. Sie stellen ein Bindeglied zwischen dem Praxisalltag und deren wissenschaftlichen Aufarbeitung dar. Die Mitglieder einigen sich auf Aspekte der täglichen Arbeit, in denen sie ein Verbesserungspotential erkennen, behandeln und bearbeiten diese im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsentwicklungszyklus. Durch gezielt verwendete effiziente pädagogische Massnahmen in Kombination mit dem Austausch und kritischer Hinterfragung der eigenen Arbeit wird so die Basis zu einer Qualitätskultur und Diskussion im eigentlichen Sinne geschaffen. Darauf basierend werden Massnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung ausgearbeitet («Plan-Do-Check-Act»- (PDCA)-Zyklus).</p>			
<p>Unterstützung durch die SGAIM: Die SGAIM unterstützt die Qualitätszirkel mit einem Kursangebot zur Ausbildung von ModeratorInnen von QZ, einer jährlichen Fortbildung für ausgebildete ModeratorInnen sowie verstärkter Kommunikationsarbeit zur Motivation von Mitgliedern zur Teilnahme an den Ausbildungskursen für ModeratorInnen.</p>			
<p>Überprüfbarkeit: Anwesenheitsprotokolle bestätigen eine regelmässige Teilnahme. Die QZ definieren in einer Selbstdeklaration, nach den «Charakteristika für Qualitätszirkel» der SGAIM zu arbeiten. Der an den Qualitätszirkeln besprochenen Inhalte kann aufgrund der Vertraulichkeit nicht geprüft werden.</p>			
<p>Beurteilungskriterien: (x) Ausrichtung an validierten Leitlinien und Standards; (..) Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert; (x) Fremdevaluation der Anwesenheit; (...) Patientenorientierung (Patient Reported Outcome); (...) Benchmarking; (x) Mehrere Perspektiven berücksichtigen; (x) peer-review; (x) PDCA-Zyklus; (...) Aussagen zu Ergebnisqualität</p>			

Qualitätsaktivität	Potentieller Nutzen	Umsetzbarkeit	Überprüfbarkeit
Anwendung Smarter Medicine Vorgaben	ja	ja	ja
<p>Beschrieb: Studien haben gezeigt, dass mehr medizinische Handlungen nicht immer zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse und der Lebensqualität führen. Nicht wirksame Behandlungen sollten vermieden werden. Der Verein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» verfolgt das Ziel, nicht wirksame Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden. Die SGAIM ist Gründungsmitglied von «smarter medicine» und hat als eine der ersten Fachgesellschaften 2016 eine Liste mit fünf ambulanten bzw. fünf stationären medizinischen Massnahmen publiziert, die in der Regel unnötig sind (sog. Top-5-Liste (1)). Die Listen richten sich nach den Empfehlungen für eine nachhaltige, effiziente und evidenzbasierte Medizin und beruhen auf nationalen und internationalen Studien und werden wiederkehrend aktualisiert. Zusätzlich arbeitet smarter medicine an unterstützenden Massnahmen, so z.B. die Lancierung von Infografiken für Patienten.</p>			
<p>Literatur: 1) Top-5-Liste: https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Top_5_ambulant.pdf 2) Obsan Bericht 15/2019: Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich; Seite 24 Grafik G3.3 und 3.4) 3) Selby et al. EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE 2018 https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1395018)</p>			
<p>Wirkungshypothese: Durch kurze und einprägsame Top-5-Listen können unnötige Behandlungen seitens der Leistungserbringenden verhindert werden. Dieses steigert in der Folge die Behandlungsqualität, da unnötige Behandlungen keinen Mehrwert bieten, jedoch ein potentielles Risiko beinhalten (Beispiel Vermeidung von Röntgenaufnahmen → Verminderung der Strahlenbelastung).</p>			
<p>Überprüfbarkeit: Es kann überprüft werden, ob die Ärzte die Top-5-Listen kennen und anwenden (Selbstdeklaration). Während der Entwicklung der neuen Listen ergab eine Umfrage des Instituts für Hausarztmedizin Zürich IHAMZ, dass 80% der teilnehmenden Ärzte die Listen kennen (Veröffentlichung im Frühjahr 2020). Eine Online-Umfrage unter den Mitgliedern der Schweizerischen Vereinigung für Primärversorgung (SPAM), bestätigte, dass die Ärzte alle Punkte der Top-5-Liste mit Ausnahme der Protonenpumpeninhibitoren einhalten (3). International Studien zeigen unterschiedliche Resultate zur Wirksamkeit der Anwendung der erste Top-5 Listen. Bei zwei Massnahmen konnte ein Rückgang der Verschreibungsrate gezeigt werden. In der Schweiz sind nur beschränkt Daten verfügbar. Eine Studie in einem Versorgungsnetzwerk (Delta-Netzwerk) in den Kantonen Genf und Lausanne zu den Unterschieden in der der Verschreibungen der Massnahmen der TOP 5-Liste bei den Hausärzten untersuchte, ob ein Feedback wirksam ist (Publikation Frühjahr 2020). Das Hauptziel bestand darin, die Variabilität unangemessener medizinischer Handlungen nach pädagogischen Interventionen mit pädagogischem Feedback innerhalb der Qualitätszirkel des Netzwerks zu reduzieren. Die Zwischenergebnisse bestätigen, dass diese Interventionen es ermöglichen, die Verschreibungsraten bestimmter Verfahren mit geringer Wertschöpfung zu reduzieren, wie z.B. die Prostatakrebsvorsorge mit PSA, die Verschreibung von Protonenpumpenhemmern und Statinen. Diese ermutigenden Ergebnisse bieten einen Ausgangspunkt für die weitere Evaluierung anderer Interventionen, die das Verschreibungsverhalten der Ärzteschaft beeinflussen und so potenziell vermeidbare medizinische Verfahren vermeiden können.</p>			
<p>Beurteilungskriterien: (x) Ausrichtung an validierten Leitlinien und Standards; (x) Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert; (...) Fremdevaluation; (x) Patientenorientierung (Patient Reported Outcome); (x) Benchmarking; (x) Mehrere Perspektiven berücksichtigen; (...) peer-review; (x) PDCA-Zyklus; (...) Aussagen zu Ergebnisqualität</p>			

Qualitätsaktivität	Potentieller Nutzen	Umsetzbarkeit	Überprüfbarkeit
Hygienekonzept	ja	ja	ja, wenn dokumentiert,
<p>Beschrieb:</p> <p>Um die Übertragung von Erregern von Mensch zu Mensch zu vermeiden, sollen Standardhygiene-Massnahmen durchgeführt werden. Darunter versteht man eine regelmässige Händehygiene (umfasst das Händewaschen, die hygienische Händedesinfektion und die Händepflege) sowie die Flächendesinfektion bei Kontamination mit Atemwegssekreten. Eine der wichtigsten Massnahmen, um die Übertragung von Infektionserreger von Mensch zu Mensch zu vermeiden, ist dabei die Händehygiene [1]. Bei sterilen Handlungen ist dies eine Standardmassnahme. Bei alltäglichen Kontakten ist die Händehygiene oft jedoch im Hintergrund oder wird teils vergessen.</p> <p>Die hygienische Händedesinfektion gilt weltweit als die wirksamste Einzelmassnahme zur Unterbrechung von Infektionsketten in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen. Sie ist auch die wichtigste Massnahme zur Prophylaxe von nosokomialen Infektionen und zur Beherrschung von Epidemien (Influenza, Corona-Virus).</p> <p>Die WHO hat die «five moments for hand hygiene» in «Your Moments for hand hygiene – outpatient care» https://www.who.int/gpsc/5may/outpatient-care.pdf?ua=1 für den ambulanten, nicht invasiven Bereich angepasst [1]. Eine Händedesinfektion ist danach zu folgenden Zeitpunkten notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Vor Patientenkontakt 2) Vor aseptischen Tätigkeiten 3) Nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material 4) Nach Patientenkontakt 5) Nach Kontakt mit Patientenumgebung <p>Die Händedesinfektion dauert in der Regel 15 - 30 Sekunden [2, 3]. Ein Einhalten einer bestimmten Bewegungsabfolge ist nicht zwingend nötig, hilft aber bei Gewohnheitsbildung (3). Neben der Instruktion der korrekten Durchführung der Händedesinfektion besteht ein Handlungsbedarf zur Erhöhung der Compliance des Gesundheitspersonals. «In Bereichen, in denen keine Interventionen zur Händedesinfektion durchgeführt worden sind, ergaben sich z. T. erhebliche Defizite mit Complianceraten zwischen 5–81%, der Mittelwert bei etwa 40% [...]. Bei ausreichender Anzahl von Spendern und Instruktionen konnte dieser Wert bis auf 70% gesteigert werden» [1]. Durch geeignete Massnahmen wie Instruktionen, Performance-Feedback, Motivation des Pflegepersonals, alkoholische Händedesinfektion als Standardverfahren und leichtere Zugangsmöglichkeit zu Desinfektionsmitteln konnte auch die Rate an nosokomialen Infektionen von «von 11,3 auf 6,3 pro 1000 Patiententage» [1] gesenkt werden.</p> <p>Massnahmen zur Verbesserung der Compliance und zur Qualitätssicherung müssen einen ausreichenden Evidenzgrad erreichen und nachweisbar sein. Der Evidenzgrad muss mindestens II betragen. So ergeben sich folgende Massnahmen, modifiziert nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts [4]:</p> <p><u>Instruktion und Training</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruktion aller neuen Mitarbeitenden in den Massnahmen zur Händehygiene vor der Aufnahme ihrer patientennahen Tätigkeit [Kat. IA]. • Mindestens jährlich sowie jederzeit bei Hinweisen auf Probleme findet eine Instruktion aller Mitarbeitenden zu den Indikationen der Händedesinfektion sowie ein Training statt [Kat. IB]. <p><u>Verfahrensweisen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Hygieneplan und relevanten SOPs (Verfahrensweisungen) sind klare Empfehlungen zur Händehygiene formuliert [Kat. IA]. • Im Hygieneplan sind die Indikationen, die Durchführung der Händedesinfektion, die ausgewählten Händedesinfektionsmittel sowie Auswahl und Umgang mit nicht sterilen und sterilen Einmalhandschuhen festzulegen [Kat. IA]. <p>Literatur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pittet D, Allegranzi B, Boyce J et al (2009) The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. Infect Control Hosp Epidemiol 30(7):611–622 2) Pires D, Soule H, Bellissimo-Rodrigues F, Gayet-Ageron A, Pittet D Hand Hygiene With Alcohol-Based Hand Rub: How Long Is Long Enough? Infect Control Hosp Epidemiol. 2017;38(5):547-552. 			

<p>3) Kampf G, Reichel M, Feil Y, Eggerstedt S, Kaulfers PM (2008) Influence of rub-in technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection. BMC Infect Dis 8:149</p> <p>4) BAG: Instruktionsfolien und Informationsmaterialien zur Händehygiene</p>
<p>Wirkungshypothese: «Die Bedeutung der Händehygiene als eine der grundlegenden Massnahmen zur Prävention von Transmissionen und Infektionen im Rahmen der Patientenversorgung ist mit hoher Evidenz belegt. Die WHO hat in ihrer Richtlinie von 2009 einen umfassenden Literaturreview zur Effektivität der Händehygiene bei der Prävention von Behandlungsassoziierten Infektionen erarbeitet [...]. Bereits die erste Publikation durch Ignaz Philipp Semmelweis konnte die Effektivität der Händehygiene bei der Prävention von behandlungsassoziierten Infektionen eindrucksvoll belegen [...]. Seitdem haben viele Untersuchungen den infektionspräventiven Einfluss einer gesteigerten Händehygiene-Compliance mit Alkohol basierten Desinfektionsmitteln in unterschiedlichen Settings nachgewiesen [...]. Ebenso wurden durch die Eindämmung der Ausbreitung von MRE, die Anzahl von mit MRSA, ESBL-Bildnern, (Influenza, Corona-virus), Acinetobacter baumannii kolonisierten Patienten und von damit verbundenen Infektionen reduziert ... Ebenso ist die Effizienz der Händedesinfektion bei der Beherrschung von Epidemien (Influenza, Corona-Virus) Ausbrüchen nachgewiesen durch den Praxisarzt [...].» [4]</p>
<p>Überprüfung und Umsetzung im Praxisalltag</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle neuen Mitarbeitenden müssen in den Massnahmen zur Händehygiene unterwiesen werden, bevor sie mit der Aufnahme ihrer patientennahen Tätigkeit beginnen. • Mindestens jährlich (und zeitnah bei Hinweisen auf Probleme in diesem Bereich) erfolgt eine Instruktion sowie ein Training aller Mitarbeitenden zu Indikationen und Technik der Händedesinfektion. • Die Empfehlungen zur Händehygiene müssen im Hygieneplan und hierzu relevanten SOPs (Verfahrensanweisungen) berücksichtigt werden. • Im Hygieneplan sind die Indikationen, die Durchführung der Händedesinfektion, die ausgewählten Händedesinfektionsmittel sowie Auswahl und Umgang mit nicht sterilen und sterilen Einmalhandschuhen festzulegen. • Die notwendigen Vorrichtungen für die hygienische Händehygiene sind vorhanden, in allen Räumen inklusive Toiletten ist Desinfektionsmittel vorhanden. • Die Praxis hat ein Hygienekonzept und erfüllt die minimalen Anforderungen.
<p>Beurteilungskriterien: (x) Ausrichtung an validierten Leitlinien und Standards; (...) Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert; (...) Fremdevaluation; (x) Patientenorientierung (Patient Reported Outcome); (...) Benchmarking; (x) Mehrere Perspektiven berücksichtigen; (...) peer-review; (x) PDCA-Zyklus; (...) Aussagen zu Ergebnisqualität</p>

(4) Evidenzgrad der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts:

Kategorie IA: Diese Empfehlung basiert auf gut konzipierten systematischen Reviews oder einzelnen hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien.

Kategorie IB: Diese Empfehlung basiert auf klinischen oder hochwertigen epidemiologischen Studien und strengen, plausiblen und nachvollziehbaren theoretischen Ableitungen.

Kategorie II: Diese Empfehlung basiert auf hinweisenden Studien/Untersuchungen und strengen, plausiblen und nachvollziehbaren theoretischen Ableitungen.

Qualitätsaktivität	Potentieller Nutzen	Umsetzbarkeit	Überprüfbarkeit
CIRS	ja	ja	ja
<p>Beschrieb: Sicherheitssysteme wurden ursprünglich zum Beispiel zur Verbesserung der Flugsicherheit eingesetzt. In der Medizin hat sich das Critical Incident Reporting System (CIRS) als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit etabliert. Auf anonymer Basis werden Ereignisse, die zu Beinahefehlern oder Fehlern führten, gemeldet und analysiert*. Die Fälle werden interdisziplinär diskutiert und Optimierungen definiert. Das CIRS ist ein wichtiges Instrument, um Systemprobleme zu identifizieren und proaktiv zu eliminieren. Zudem fördern die Diskussionen eine aktive und positive Fehlerkultur, die das Auftreten von weiteren Fehlern reduziert. Neben den CIRS Systemen in Spitälern existiert ein Meldesystem in der Hausarztmedizin auf der Plattform des Forums für Hausarztmedizin (www.forum-hausarztmedizin.ch). Das Unterforum mit dem Titel «CIRS» ist im geschützten Bereich platziert. In diesem Forum werden regelmässig exemplarische Fälle erfasst, wodurch das CIRS für Lernprozesse und zur Qualitätssicherung breit genutzt werden kann. Zusätzlich verfügen viele Arztpraxen über eigene institutionalisierte CIRS-Gefässe, um kritische Ereignisse und Fehler zu diskutieren und daraus zu lernen. Die Basis des Austausches ist auch hier die absolute Vertraulichkeit der Fälle.</p> <p>*Es werden grundsätzlich nur Fälle eingegeben, bei denen aufgrund einer fehlerhaften Handlung oder Unterlassung der normale Praxisablauf gestört wurde. Strafrechtlich relevanten Fälle sind nicht Inhalt eines CIRS Systems.</p>			
<p>Literatur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gnädinger G, Henzi E. Erfassung kritischer Zwischenfälle in der Praxis. CIRS – ein Revival? Prim Hosp Care (de). 2017;17(20):382-384, https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phcf.2017.01628 2) Abstoss K et al, Increasing medication error reporting rates while reducing harm through simultaneous cultural and system-level interventions in an intensive care unit. BMJ Quality & Safety: 2011, 20 (11), 914 -922 3) Stiftung für Patientensicherheit: www.patientensicherheit.ch/cirnnet 			
<p>Wirkungshypothese: Ein CIRS soll Informationen zur Patientensicherheit beinhalten, die zum individuellem und institutionellem Lernen führen soll. Institutionelles Lernen soll zu einer kulturellen Änderung führen. Potentielle Lerneffekte beinhalten: (1) Lernen von Nebenwirkungen, (2) Motorisieren von Trends und Pattern um künftige Ereignisse früh zu detektieren, (3) zeitnahe Untersuchung oder Aktivitäten um künftige Ereignisse zu vermeiden.</p>			
<p>Überprüfbarkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestätigung der Teilnahme an einem CIRS Diskussionsforum - Alle Mitarbeitenden müssen die CIRS Meldemöglichkeit kennen - Ereignisse sollen zeitnah beurteilt und validiert werden 			
<p>Beurteilungskriterien: (x) Ausrichtung an validierten Leitlinien und Standards; (...) Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert; (x) Fremdevaluation; (x) Patientenorientierung (Patient Reported Outcome); (...) Benchmarking; (x) Mehrere Perspektiven berücksichtigen; (x) peer-review; (x) PDCA-Zyklus; (...) Aussagen zu Ergebnisqualität</p>			

Anhang 5: Qualitätsaktivitäten der SGORL

Qualitätsmassnahme 1: Arbeiten mit Guidelines oder Empfehlungen

Beschrieb: Als Guidelines gelten internationale und nationale Leitlinien, welche validiert und öffentlich zugänglich sind (z.B. auf der [Homepage der SGORL](#)).

Die SGORL hat in einigen Bereichen eigene Empfehlungen erstellt, die Behandlungen im Fache der ORL orientieren sich aber mehrheitlich an etablierten und publizierten internationalen Leitlinien.

Wirkungshypothese: Für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Patientenbetreuung sind evidenzbasierte Guidelines, die als Orientierungshilfe dienen, wichtig. Sie fördern eine evidenzbasierte Behandlung, optimieren sie und stellen die Behandlungsqualität sicher. Indirekt wird auch das Fachwissen der Fachärztinnen und -ärzte zeitsparend auf dem neusten Stand gehalten.

Literatur: Hostettler et al. (2014). Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen

Messung: Durch eine sorgfältige und nachvollziehbare Dokumentation in der Krankengeschichte und im Berichtswesen ist die Arbeit mit den Leitlinien oder Empfehlungen ersichtlich. Abweichungen können begründet werden oder sind anhand der Dokumentation nachvollziehbar.

Die Überprüfung erfolgt durch jährliche Online-Befragungen. In diesen wird erfragt, welche Guidelines bekannt und im täglichen Alltag verwendet werden. Kernaussagen dieser verwendeten Guidelines werden dann überprüft. Unklarheiten werden im Rahmen eines Fachgespräches geklärt, was zur Verbesserung der Anwendung und Umsetzung der Guidelines und Empfehlungen führt.

Qualitätsmassnahme 2: Qualität der Hörabklärungen / Audiometrie

Beschrieb: Sowohl für die Ärztinnen und Ärzte wie auch für die medizinischen Praxisassistenten, die Audiometrien selbstständig durchführen, werden einerseits Audiometrieweiterbildungen (Ärzte), andererseits Audiometrieurse (MPA), die auf mehreren Modulen aufbauen, angeboten. Sowohl Anleitungen und Regeln zur korrekten Durchführung der Audiometrie wie auch Vorgaben zur Audiometrie-Ausbildung für medizinische Praxisassistentinnen werden durch die Kommission für Audiologie und Expertenwesen ausgearbeitet und sind für die gesamte Schweiz gleich. Die Kommission koordiniert die Durchführung der Kurse für Aus- und Fortbildung. Die Dokumente sind auf der Homepage der SGORL veröffentlicht.

Wirkungshypothese: Eine hohe Qualität bei Hörabklärungen und der hierzu nötigen Audiometrie wird durch eine gute fortlaufende Aus- und Weiterbildung gewährleistet. Eine qualitativ hochstehende Audiometrie verbessert die Qualität der Diagnose. Es dient zudem zur Erfolgsmessung von konservativen und chirurgischen audiologisch/otologischen Therapien und fördert somit eine effiziente Patientenbetreuung.

Messung: Praxisinhabende können ihre Teilnahme sowie die Teilnahme ihrer MPAs an einer von der SGORL anerkannte Audiometriefortbildung dokumentieren. Eine solche Teilnahme ist für die MPA gemäss Vorgaben der SGORL regelmässig zu empfehlen, ebenso sollen Praxisinhabende an Weiterbildungen zu Themen der verschiedenen Methoden der Audiometrie teilnehmen.

Qualitätsmassnahme 3: Smarter Medicine

Beschrieb: Anwendung der existierenden, von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften verabschiedeten Top-5-Listen mit medizinischen Massnahmen, die meistens überflüssig sind. Die Empfehlungen sind evidenzbasiert, beruhen auf nationalen und internationalen Studien und werden laufend aktualisiert.

Wirkungshypothese: Smarter Medicine sensibilisiert die Ärzteschaft und die Bevölkerung und fördert das Shared Decision Making. Zudem zeigen Studien den Zusammenhang zwischen Shared Decision Making und Überversorgung: Unnötige Abklärungen, die z.T. auch potentielle Nebenwirkungen haben, werden vermieden, womit sich die Behandlungsqualität verbessern lässt.

Die Top-5-Massnahmen werden auch interdisziplinär ausgearbeitet um für die Ärzteschaft wie auch Patienten überschneidenden Gebieten eine einheitliche Abklärung zu empfehlen. Die Massnahmen werden laufend auf ihre Effektivität, Effizienz und Sicherheit überprüft. Positive Erfahrungen bieten Ausgangspunkte zur Empfehlung weiterer Massnahmen, so dass die Liste in Zukunft laufend angepasst und weiter ausgebaut werden kann.

Messung: Sichtbares Aufhängen/Aufstellen von [Flyern der Patienten-Version der Top 5 Liste](#) in der Praxis/Poliklinik als Information für die Patienten und als Diskussionsgrundlage für das Patientengespräch (<https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/orl-hals-und-gesichtschirurgie.html>). Überprüfung stichprobenartig mittels Aufforderung zur Fotodokumentation. Zusätzliche Überprüfung, ob die Ärzte die Liste anwenden und verstanden haben über eine Selbstdeklaration (mit Verweis auf eigene Liste) mit zusätzlichem Edukations-Tool auf myFMH.

Qualitätsmassnahme 4: Anmeldung / Vorstellung eines Tumorpatienten am Tumorboard

Beschrieb: Patienten mit malignen Erkrankungen im ORL-Bereich werden zwecks Evaluation und Auswahl der für den Patienten und seine Erkrankung optimalen Therapie an interdisziplinären Tumorboards an den HNO-Kliniken prä- und posttherapeutisch vorgestellt. Der Begriff «interdisziplinär» soll aufzeigen, dass sämtliche für die Behandlung relevanten Disziplinen für die Besprechung anwesend sind: ORL, Radioonkologie, Onkologie (Phoniatrie, ev. Kieferchirurgie, ev. plastische Chirurgie) sowie Pathologie und Radiologie (ev. Nuklearmedizin); ergänzend können optional auch Psychologen und Logopäden, etc. anwesend sein.

Um eine Entscheidung fällen zu können, müssen die relevanten Informationen (Zytologie, Histologie, Bildgebung, Informationen über den Patienten [Nebendiagnosen, Anamnese, Befunde]) vorhanden sein. Die im Board getroffene Therapieempfehlung wird schriftlich festgehalten, dokumentiert und zuhause des/der zuweisenden Arztes/Ärztin weitergeleitet. Externe niedergelassene ORL-Kolleginnen/Kollegen können auch direkt am Tumorboard teilnehmen und ihre Patienten vorstellen. Die Vorstellung von Patienten mit Anfangsstadien (AJCC, UICC Stadium I u. II) ist auf jeden Fall wünschenswert, soll aber optional bleiben um die Kapazitäten der Boards nicht zu überlasten.

Wirkungshypothese: Verbesserung des Outcomes von Tumorpatienten bei konsequenter prä- und posttherapeutischer Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard.

Messung: Anzahl der pro Jahr an ein Tumorboard überwiesenen Fälle, nachweisbar durch die dokumentierten Tumorboardberichte im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patienten mit neu diagnostizierten malignen Tumoren.

Qualitätsmassnahme 5: Patienteninformationen/ Aufklärungsgespräch

Beschrieb: Es ist der SGORL ein grosses Anliegen, ihre Patienten in einer für sie verständlichen Sprache über häufige Krankheiten, Behandlungen und Operationen im Gebiet der ORL qualitativ hochstehend zu informieren. Hierzu werden in Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen schon bestehende Informationsblätter aktualisiert und überarbeitet und auf der Webseite SGORL im öffentlichen Bereich zum Herunterladen zur Verfügung gestellt. Ebenso werden alle zu operierenden Patienten korrekt dokumentiert aufgeklärt.

Wirkungshypothese: Patienteninformationen zu Krankheiten und Behandlungen sollen Patienten in die Lage versetzen, eine Erkrankung und / oder ihre Behandlung besser zu verstehen. Für betroffene Personen ist es jedoch bei der Vielzahl der im Internet verfügbaren Informationen sehr schwierig, die Qualität und Seriosität der im Netz verfügbaren Informationen zu werten. Dem möchte die SGORL als Fachgesellschaft entgegenwirken, indem sie selber Patienteninformationen zur Verfügung stellt.

Messung: [Kurze Flyer](#), die auf die Webseite und die dort vorhandenen Informationen hinweisen, können in den ORL-Praxen für die Patienten ausgelegt werden. Überprüfung der Anwendung der Patienteninformation stichprobenartig in der Onlinebefragung sowie in der Dokumentation einer korrekt durchgeführten Operationsaufklärung der Patienten in der Krankengeschichte.

Anhang 6: Qualitätsaktivitäten der SGPP

QUALITÄTSZIRKEL

Beschrieb: Teilnahme an Qualitätszirkel gemäss [Positionspapier der SGPP/FMPP von 2016](#)

Wirkungshypothese: Dank überschaubarer Grösse (5 bis maximal 10 Ärztinnen/Ärzte) der verbindlichen Gruppe mit vergleichbarem professionellem Hintergrund entsteht ein Raum für selbstkritisches Reflektieren der eigenen Routine-Tätigkeiten. Die Technik ist themenzentriert, systematisch und auf ein Ziel fokussiert. Da der Schwerpunkt auf der je eigenen Expertise beruht und demnach erfahrungsbezogen ist, entsteht für alle Teilnehmenden ein grosser Mehrwert. Selbstverständlich wird dabei auch auf die zahlreichen Behandlungsempfehlungen der SGPP Bezug genommen. Das skizzierte Vorgehen erlaubt nach dem Zyklus von Plan-Do-Check-Act den Prozess zu verfeinern und zu verbessern.

Überprüfung: Bestätigte regelmässige Teilnahme an einem Qualitätszirkel gemäss Positionspapier SGPP. Die regelmässige Teilnahme kann anhand der Protokolle bestätigt werden, ebenso die behandelten Themen. Diese werden als Jahresthemen von der SGPP definiert. Die vom Moderator/der Moderatorin geführten Protokolle können von der SGPP zur Kontrolle eingefordert werden.

SUPERVISION

Beschrieb: Fachliche Beratung / Coaching durch erfahrene BerufskollegInnen in wiederkehrenden und schulenspezifisch gewichteten Sitzungen. Dabei bringen sich die PsychiaterInnen aktiv mit eigenen Fallbeispielen und Fragen zu Diagnostik, Interaktionen zwischen TherapeutIn und PatientIn im Sinne von Übertragung/Gegenübertragung und Medikation ein. Dank der Triangulierung ergibt sich eine Aussensicht, die es erlaubt, von den Erfahrungen und Kenntnissen des Supervisors zum Wohle des therapeutischen Prozesses profitieren zu können.

Wirkungshypothese: Die Teilnehmer reflektieren ihr therapeutisches Handeln, erweitern ihr Fachwissen und ihre berufliche Handlungskompetenz, was zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung beiträgt.

Überprüfung: Bestätigte, regelmässige Teilnahme an Supervisionen.

GUIDELINES

Beschrieb: Die Guidelines der SGPP wurden **von ExpertInnen**(Fachgesellschaften) erstellt und beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (S3-Leitlinien DGPPN mit Anpassungen auf schweizerische Besonderheiten) und in der Praxis bewährten Verfahren. Diese werden kontinuierlich überarbeitet und sind auf der [Homepage SGPP](#) – dort als störungsspezifische Behandlungsempfehlungen benannt – sowie unter www.guidelines.fmh.ch einsehbar. Sie sind für unsere Mitglieder eine wichtige Orientierungshilfe und Stütze in der Qualitätssicherung der Behandlung.

Wirkungshypothese: Mit Hilfe von Guidelines (BE) halten PsychiaterInnen ihre Fachkompetenz in der Behandlung zeitsparend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft (evidenzbasierte Behandlung). Guidelines (BE) entsprechen einem wichtigen Instrument zur Qualitätssicherung, Fehler werden vermieden, die Prozesse effizienter gestaltet, Standards werden gesetzt.

Überprüfung: Guidelines/Behandlungsempfehlungen werden im Q-Zirkel oder in der Supervision diskutiert, das Befolgen sowie das Abweichen von diesen Standards muss in der Krankengeschichte gut erkennbar dokumentiert werden. Bei den Stichproben könnte auf ein durch die SGPP durchgeführtes Fachgespräch zurückgegriffen werden.

SHARED DECISION-MAKING

Beschrieb: Shared decision making (SDM) beschreibt eine partizipative Entscheidungsfindung zwischen PatientIn und TherapeutIn. Entscheide für die verschiedenen Behandlungsschritte basieren auf einer guten, klaren und verständlichen Kommunikation auf Augenhöhe, erleichtert durch den Einsatz entsprechender Entscheidungshilfen (internetbasiert/Broschüren). Gemeinsame getroffene Entscheide bezüglich der Behandlungsschritte verbessern die Qualität der Behandlung und machen sie damit erfolgreicher.

Wirkungshypothese: SDM bezieht den Patienten aktiv in die Behandlung mit ein, Entscheide werden auf Augenhöhe getroffen. Die Schritte in der Behandlung hin zu einer besseren Lebensqualität werden mit dem betroffenen Patienten oder Patientin zusammen und in Kenntnis der verschiedenen Alternativen definiert. Eine gute Adhärenz/Compliance wird erreicht, Abbrüche von Therapien lassen sich verhindern. SDM betrifft das gesamte Spektrum der Behandlung, also einzelne Therapieverfahren gleich wie den Einsatz von Medikamenten oder die Auswahl ambulanter, tagesklinischer oder stationärer Behandlung.

Überprüfung: Die SGPP verfügt über einen **Q-Bericht ambulanter Bereich 2016**, wo die wesentlichen Qualitätskriterien hinterlegt sind, welche drei Dimensionen zugeordnet werden: der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das Benützen v.a. der in der Prozessqualität hinterlegten Kriterien und Indikatoren (Dokumentationspflicht in der Krankengeschichte) kann zum Nachweis im Rahmen eines Fachgespräches durch die SGPP überprüft werden.

Anhang 7: Qualitätsaktivitäten der SGU

Guidelines
<p>Beschreibung Eine Praxis muss den Zugang zu den international anerkannten Guidelines/Leitlinien gewährleisten. Die klinische Tätigkeit orientiert sich an den Guidelines der European Association of Urology, der American Urological Association oder der Deutschen Gesellschaft für Urologie.</p>
<p>Wirkungshypothese Für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Patientenbetreuung sind evidenzbasierte Guidelines, die als Orientierungshilfe dienen, wichtig. Sie fördern eine evidenzbasierte Behandlung, optimieren sie und stellen die Behandlungsqualität sicher. Indirekt wird auch das Fachwissen der Fachärztinnen und -ärzte zeitsparend auf dem neusten Stand gehalten.</p>
<p>Angaben zur Beurteilung der Minimalanforderungen und Auswahlkriterien Nachweis des Zugangs zu den Guidelines der European Association of Urology, der American Urological Association oder der Deutsche Gesellschaft für Urologie.</p>
<p>Angaben zu Überprüfung Jährliche schriftliche Selbstdeklaration der Fachärztinnen und -ärzte mit Angabe der berücksichtigten und eingehaltenen Guidelines.</p>
<p>Quellen</p> <ul style="list-style-type: none">• https://uroweb.org/guidelines• www.auanet.org• www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/II-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-urologie-e-v-dgu.html
Smarter Medicine / Choosing Wisely
<p>Beschreibung Liste von Empfehlungen für den klinischen Alltag mit dem Ziel unnötige Untersuchungen/Therapien zu reduzieren und Kosten zu reduzieren.</p> <p>Choosing Wisely-Liste der American Urological Association:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Ein routinemässige Skelettszintigraphie ist bei Männern mit very low risk oder low risk Prostatakrebs unnötig.2) Verschreiben Sie Männern mit erektiler Dysfunktion, die einen normalen Testosteronspiegel haben, kein Testosteron.3) Verschreiben Sie keine Antibiotika an Patienten, mit Dauerkatheterismus oder intermittierenden Katheterismus der Blase, es sei denn, es gibt Anzeichen und Symptome einer Harnwegsinfektion.4) Lassen Sie bei asymptomatischen Männern mit klinisch lokalisiertem Prostatakrebs mit low risk oder very low risk keine Computertomographie-Untersuchung des Beckens durchführen.5) Bieten Sie ein PSA-Screening zur Erkennung von Prostatakrebs erst nach gemeinsamer Entscheidungsfindung an (shared decision making).
<p>Wirkungshypothese Durch kurze und einprägsame Top-5-Listen können unnötige Untersuchungen und/oder Behandlungen seitens der Leistungserbringer verhindert werden. Dies steigert in der Folge die Behandlungsqualität, da unnötige Behandlungen keinen Mehrwert bieten, jedoch ein</p>

potentielles Risiko beinhalten (Beispiel Vermeidung von Röntgenaufnahmen - Verminderung der Strahlenbelastung).
Angaben zur Beurteilung der Minimalanforderungen und Auswahlkriterien Ausrichtung an validierte Leitlinien und Standards
Angaben zu Überprüfung Jährliche schriftliche Selbstdeklaration der Fachärztinnen und -ärzte mit Angabe der berücksichtigten und eingehaltenen Liste sowie Selbstdeklaration auf myFMH.
Unterstützung durch die SGU/Swiss Urology Die Smarter Medicine-Liste wird durch die SGU/Swiss Urology publiziert und regelmässig überprüft und aktualisiert.
Quellen https://www.choosingwisely.org/societies/american-urological-association

Standardisierte Operationsaufklärungen
Beschreibung Verwenden von standardisierten Aufklärungsformularen als Basis für die Operationsaufklärung.
Wirkungshypothese Eine ausführliche Patientenaufklärung vor Einleitung einer Therapie oder Operation ist von grosser Relevanz. Patienten müssen über sämtliche wesentliche Umstände einer geplanten medizinischen Behandlung aufgeklärt werden. Dazu gehört insbesondere die Aufklärung über die Gründe, den Zweck, die Art, die Risiken, die Verhaltensregeln, die Behandlungskosten und die Folgen des Unterlassens der Behandlung. Wichtig ist auch das Aufzeigen von Behandlungsalternativen. Die SGU als Fachgesellschaft stellt selber Patienteninformationen zur Verfügung.
Angaben zu Überprüfung Jährliche schriftliche Befragung der Fachärztinnen und -ärzte mit Angabe zu den benutzten Aufklärungsunterlagen.
Unterstützung durch die SGU/Swiss Urology Swiss Urology stellt Formulare auf ihrer Website zur Verfügung. Alternativ können Formulare von privaten Anbietern verwendet werden (z.B. E-ConsentPro , Thieme-Verlag)
Quellen <ul style="list-style-type: none">• https://swissurology.ch/aerzte-fachpersonen/informed-consent-formulare• E-ConsentPro (Thieme-Verlag)

Anhang 8: Auswertungs-Fragebogen Fachgesellschaften

Pilotprojekt «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte»

Rückmeldungen der Pilot-Fachgesellschaften zum Pilotprojekt

Um die zukünftig gesetzlich geforderten Qualitätsaktivitäten aller Ärztinnen und Ärzten so zu gestalten, dass sie praktikabel sind, in die bisher geleistete Qualitätsarbeit integriert sind und einen grösstmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten haben, sind wir auf Ihre Rückmeldung zum Pilotprojekt angewiesen. Wir würden uns deshalb freuen, wenn Sie folgende Fragen kurz beantworten könnten.

Ihre Antworten werden zusammengefasst in den Schlussbericht des Pilotprojekts einfließen.

Struktur und Zusammenarbeit im Pilotprojekt

- 1a. Halten Sie den Mechanismus der Zusammenarbeit zwischen FMH, Fachgesellschaften und Versicherern für die Umsetzung des neuen Art. 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit (Konzept ambulant und Qualitätsverträge) für geeignet?

ja nein teilweise

Bemerkungen

Was sollte beibehalten werden?

Was sollte optimiert werden?

- 1b. Wie haben Sie die Struktur/Form der Zusammenarbeit mit den Versicherern im Rahmen der Arbeitsgruppe Qualität erlebt?

Was sollte an der Struktur/Form der Zusammenarbeit beibehalten werden?

Was sollte optimiert werden?

- 1d. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit der FMH erlebt?

Was sollte beibehalten werden?

Was sollte optimiert werden?

- 1d. Wie haben Sie die Zusammenarbeit unter den Fachgesellschaften erlebt?

Waren die Austauschsitzen hilfreich?

ja nein teilweise

Bemerkungen

Was sollte beibehalten werden?

Was sollte optimiert werden?

Festlegen Qualitätsaktivitäten

- 2a. Wie haben Sie den Prozess der Festlegung der Qualitätsaktivitäten gemeinsam mit FMH und den Versicherern im Rahmen des Pilotprojekts erlebt?

Was sollte beibehalten werden?

Was sollte optimiert werden?

2b. Braucht es aufgrund der Erfahrungen im Pilotprojekt Anpassungen an den für Ihren Fachbereich definierten Qualitätsaktivitäten?

ja nein teilweise

Falls ja, welche?

Erhebung Qualitätsaktivitäten

3a. Wie viele Fragen/Rückmeldungen haben Sie ungefähr von Ihren Mitgliedern zur Erhebung/Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten erhalten?

3b. Welche Fragen/Rückmeldungen haben Sie von Ihren Mitgliedern zur Erhebung/Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten erhalten?

3c. Wie haben Sie resp. Ihre Mitglieder die Erfassung der Qualitätsaktivitäten auf myFMH erlebt?

einfach aufwändig

Rückmeldungen zur Erfassung der Qualitätsaktivitäten:

3d. Was sollte bezüglich Erhebung und Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten beibehalten werden?

3e. Was sollte optimiert werden?

Überprüfungsprozess

4a. Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie die Überprüfung durchgeführt haben:

4b. Bitte beschreiben Sie kurz das Resultat der Überprüfung:

4c. Welche Rückmeldungen haben Sie von Ihren Mitgliedern zur Überprüfung der Qualitätsaktivitäten erhalten?

4d. Was soll bezüglich Überprüfung beibehalten werden?

4e. Was soll bezüglich Überprüfung optimiert werden?

Aufwand

5a. Wie hoch war der Aufwand für die Fachgesellschaft für das Pilotprojekt? (Schätzung in Stunden)

- Q-Aktivitäten festlegen
- Vorbereitung und Durchführung Befragung der Mitglieder
- Vorbereitung und Umsetzung Überprüfung
- Austausch/Koordination FMH/Fachgesellschaften

Bemerkungen

5b. Wie hoch war der Aufwand für die Mitglieder für das Pilotprojekt? (Schätzung in Stunden)

- Umsetzung der Qualitätsaktivitäten:

- Lesen Informationen und Teilnahme an Befragung:
- Vorbereitung und Teilnahme Überprüfung:
Bemerkungen

Qualitätsverträge

6. Haben Sie Anliegen hinsichtlich der auszuhandelnden Qualitätsverträge:

Weitere Rückmeldungen

7. Haben Sie weitere Rückmeldung oder Bemerkungen?

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung!

Anhang 9: Auswertungs-Fragebogen Versicherer

Pilotprojekt «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte»

Rückmeldungen der Versicherer zum Pilotprojekt

Die Arbeitsgruppe Qualität FMH/Versicherer hat festgelegt, dass das Pilotprojekt mit einem Projekt-internen Verfahren ausgewertet wird. Um die verschiedenen Sichtweisen auf das Pilotprojekt zu integrieren, wären wir froh, wenn Sie von Seiten Versicherer folgende Fragen kurz beantworten könnten.

Ihre Antworten werden zusammenfassend in den Schlussbericht des Pilotprojekts einfließen, welchen wir anschliessend bei Ihnen vernehmlassen werden.

Struktur und Zusammenarbeit im Pilotprojekt

- 1a. Halten Sie den Mechanismus der Zusammenarbeit zwischen FMH, Fachgesellschaften und Versicherern für die Umsetzung des neuen Art. 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit (Konzept ambulant und Qualitätsverträge) für geeignet?
- ja nein teilweise
- Bemerkungen
Was sollte beibehalten werden?
Was sollte optimiert werden?
- 1b. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit der FMH erlebt?
Was sollte beibehalten werden?
Was sollte optimiert werden?
- 1c. Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften erlebt?
Was sollte beibehalten werden?
Was sollte optimiert werden?

Festlegen Qualitätsaktivitäten

2. Wie haben Sie den Prozess der Festlegung der Qualitätsaktivitäten gemeinsam mit der FMH und den Fachgesellschaften im Rahmen des Pilotprojekts erlebt?
Was sollte beibehalten werden?
Was sollte optimiert werden?

Weitere Rückmeldungen

3. Haben Sie weitere Rückmeldung oder Bemerkungen?