

## » Professionelles Lernen: Durch elektronisch unterstütztes Qualitätsmanagement Behandlungsstrategien optimieren und Versorgungsleistungen verbessern

J. von Hübbenet<sup>1</sup>, Sibylle Steiner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Diabetologische Schwerpunktpraxis, Hamburg

<sup>2</sup> Abteilung Gesundheitspolitik, Merck, Darmstadt

**Zusammenfassung:** Systematische Dokumentation und Evaluation der ärztlichen Tätigkeit sind Grundlage der Optimierung von Behandlungsstrategien und der Verbesserung von Versorgungsprozessen. Anhand eines Qualitätsmanagementprojektes einer Gruppe von 15 niedergelassenen Hausärzten wird dies dargestellt: Computergestützte Dokumentation und Auswertung der Daten von Diabetespatienten werden in problemorientierter Qualitätszirkelarbeit erörtert mit dem Ziel, Maßnahmen zur Qualitätsoptimierung zu erarbeiten. Berichtet wird hier über die Vorgehensweise wie auch erste Ergebnisse des Lernprozesses der Ärzteguppe in diesem Projekt.

**Professional Learning: Improving Medical Care and Optimising Treatment Strategies via Electronically Enhanced Quality Management:** Structured documentation and systematic evaluation of medical practice are essential to optimising treatment strategies and patient management. The impact is described exercised on a group of about 15 office-based physicians: computer-based documentation and evaluation of data from diabetic patients as discussed in problem-based physician quality circles to improve patient management. This article reports on the project design as well as preliminary results and experiences gathered with this physician network.

**Key words:** Electronic documentation – Quality management – Physician quality circle – Physician network – Benchmarking

### Einleitung

Das Aufgabengebiet des Hausarztes verändert sich rasch. Zunehmend übernimmt er Aufgaben aus dem Bereich des Disease-Managements. Disease-Management ist dabei zu verstehen als umfassender integrierter Ansatz der Behandlung und Vergütung einer definierten Erkrankung mit dem Ziel, ein Maximum an Effektivität (Qualität) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) der Patientenbetreuung zu erhalten [2]. Die medizinische Ausbildung nimmt in ihren Lehrplänen von diesen eingreifenden, nachhaltigen Strukturveränderungen des Gesundheits-

wesens bisher wenig oder keine Notiz. Bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen vollzieht sich ein Wandel hin zur wachsenden Bedeutung von strukturierten, leitlinienorientierten Vorgehensweisen [5,6,8]. Systematische Dokumentation und Evaluation der ärztlichen Tätigkeit – ebenfalls bisher ein Stiefkind in der medizinischen Ausbildung – wird damit zur Grundlage, um Behandlungsstrategien zu optimieren, Versorgungsergebnisse zu verbessern und nicht zuletzt Regresse zu vermeiden.

Praxisverwaltungssysteme – im Prinzip in einer zeitbezogenen Dokumentations- und Abrechnungshilfe bestehend – können diese neuen Anforderungen nur bedingt erfüllen.

Deshalb benötigt der Hausarzt eine speziellere mit der Praxis-EDV verbundene Software, die das Qualitätsmanagement, die Lernprozesse in der Gesundheitsversorgung unterstützt. Dieser Ansatz in Form einer Fall- bzw. problemorientierten Betrachtungsweise und Steuerung von Praxisprozessen ist auch für die medizinische Ausbildung von Interesse. Darüber hinaus entspricht die Problemorientierung modernen Ansätzen in der medizinischen Ausbildung (Fallorientierung, problembasiertes Lernen [3]) und könnte deswegen für Auszubildende und Ausbilder gleichermaßen von Interesse sein.

Im Folgenden soll dies anhand eines konkreten Projektes geschildert werden.

### Zielsetzung

Ende des Jahres 1999 haben sich 15 hausärztliche Praxen in Hamburg zum Ziel gesetzt, die Qualität der Versorgung ihrer Patienten mit Typ-2-Diabetes zu untersuchen. Das eigene Handeln dahingehend zu überprüfen, ob es sich an national bzw. international bekannten Standards und Leitlinien orientiert, stand dabei von Beginn an im Mittelpunkt des Interesses der Ärzteguppe, war gleichsam Lernziel. Behandlungsziele sollten in der Ärzteguppe kooperativ erarbeitet werden. Das Ziel „Optimierung der Versorgung von Diabetespatienten“ konkretisierte die Gruppe dabei zunächst folgendermaßen:

- frühestmögliche Erkennung der Patienten, die unter einem Diabetes mellitus leiden
- präzise Beschreibung des Risikoprofils jedes einzelnen Patienten
- strukturierte Diagnostik und Langzeitüberwachung gemäß der im Gesundheitspass Diabetes der Deutschen Diabetes-

Gesellschaft festgelegten Kriterien (BMI, Gewicht, Blutzucker, HbA<sub>1c</sub>; Blutdruck etc.). Im Rahmen der Erst- und Jahresuntersuchung wurde insbesondere Wert auf die Durchführung von erweiterten Untersuchungen wie Augenbefund, Lipidstatus etc. gelegt.

- Umfassende Dokumentation der durchgeführten Behandlung (Schulung, Lifestyle, Pharmakotherapie).

Diese Angaben sollten in den einzelnen Praxen möglichst vollständig für viele Diabetespatienten erfasst werden. Was das Behandlungsergebnis betrifft, sollten mehr als 40% einen HbA<sub>1c</sub>-Wert unter 8% erreichen und mehr als 80% der Patienten einen Wert unter 10%.

**Vorgehen**

Die Ärztgruppe plante und implementierte folgende Projekt-schritte:

*Die elektronische Dokumentation der Behandlung*

Den Nachweis einer qualifizierten Betreuung wollte die Gruppe für sich mit einer standardisierten elektronischen Dokumentation und Auswertung der Behandlungsdaten führen. Mit Hilfe des elektronischen Qualitätsmanagementprogramms Q<sup>max</sup>-Diabetes, das auf Initiative von Merck in Kooperation mit der mediNET GmbH München entwickelt wurde, sollten die Projektdaten erhoben werden.

Im Wesentlichen handelt es sich bei den erforderlichen Daten um diejenigen, die im Gesundheitspass Diabetes erhoben werden. Dieser ist in der Software elektronisch abgebildet (Abb. 1):

Anhand der Auswertung der Daten aus dem Gesundheitspass kann dann festgestellt werden, inwieweit die vereinbarten Zielkriterien erfüllt bzw. sogar übertroffen werden. Darüber hinaus können die Wandsbek-Ärzte auch überprüfen, inwiefern eine Therapieoptimierung bei ihren übergewichtigen Typ-2-Diabetikern notwendig ist. Zum Einsatz kommen dabei in der Software enthaltene Risikofilter: über ein von Merck entwickeltes Zusatzmodul von Q<sup>max</sup>-Diabetes lassen sich die Patienten identifizieren, die nach Erkenntnislage der UKPDS und anerkannter internationaler Leitlinien noch nicht optimal behandelt werden und z.B. von einer Umstellung auf Metformin (GlucoPhage®) profitieren können. Weitere gezielte Auswertungen und Patientenlisten über das Zusatzmodul „Therapieoptimierung“ richten sich auf die Kernprobleme in der Behandlung von Typ-2-Diabetikern, d.h. Früherkennung, Therapieoptimierung, Sekundärversagen und Blutdruckoptimierung sind hierdurch effizient zu lösen.

*Die Sammlung der Daten*

Als gemeinsame Vorgehensweise wurde vereinbart, dass jeder am „Wandsbek-Projekt“ teilnehmende Arzt, mit Hilfe von Q<sup>max</sup> die Versorgungsdaten für mindestens 30 Patienten mit Typ-2-Diabetes dokumentiert.

Die erhobenen Daten wurden dann von der Firma mediNET zentral ausgewertet. Begonnen wurde im Projekt mit praxisnaher Einführung und Anwendungstraining zum Q<sup>max</sup>-Programm für Ärzte und Helferinnen. Ziel dieser Veranstaltungen war es, den Teilnehmern Sicherheit im Umgang mit dem Programm zu vermitteln.

**Abb. 1** Q<sup>max</sup>: Elektronische Abbildung des Gesundheitspasses Diabetes mit den im Rahmen der Verlaufsdocumentation zu erhebenden Parametern.

### Professionelles Lernen im Qualitätszirkel

Als geeignete Form der ärztlichen Fortbildung wurden regelmäßige Qualitätszirkelsitzungen geplant [1,4,9]. Zweck des Qualitätszirkels sollte sein, den Status quo der Behandlung zu überprüfen, Schwachstellen und Probleme in der Behandlung von Patienten mit Typ-2-Diabetes zu erkennen, Problemlösestrategien zu entwickeln und Erfahrungen anhand von konkreten Fallbeispielen auszutauschen. Unter der Leitung eines Diabetologen traf sich die Ärztegruppe in regelmäßigen Abständen zur Qualitätszirkelsitzung. Die mit  $Q^{\max}$  erhobenen und ausgewerteten Daten waren Inhalt der Qualitätszirkelsitzungen. Die Ärzte analysierten die erhobenen Patientendaten, um nachvollziehen zu können, wie sich ihre eigene Versorgung darstellt [4,7,10]. Die eigenen Behandlungserfolge werden dabei auch im anonymisierten Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen betrachtet (Benchmarking). Falls Optimierungsbedarf besteht, werden im Team konkrete Lösungen zur Qualitätsverbesserungen erarbeitet und besondere Patientenprobleme besprochen. Auf diese Weise können auch Leitlinien auf ihre konkrete Umsetzbarkeit, in anderen Worten auf ihre Praxistauglichkeit, überprüft werden.

### Die Erfolgskontrolle

Den Erfolg ihrer Arbeit im Qualitätszirkel will die Ärztegruppe nach Ablauf des Jahres überprüfen. Dazu wird nochmals eine Auswertung der Daten bei denselben Patienten durchgeführt. Diese werden dann mit den Informationen aus der ersten Auswertung verglichen.

### Ergebnisse

Nach einer Laufzeit von einem halben Jahr liegen nun erste Erfahrungen mit dem Projekt vor. Über die Umsetzung des strukturierten Qualitätsmanagements in der Versorgung von Diabetepatienten wird im Folgenden berichtet.

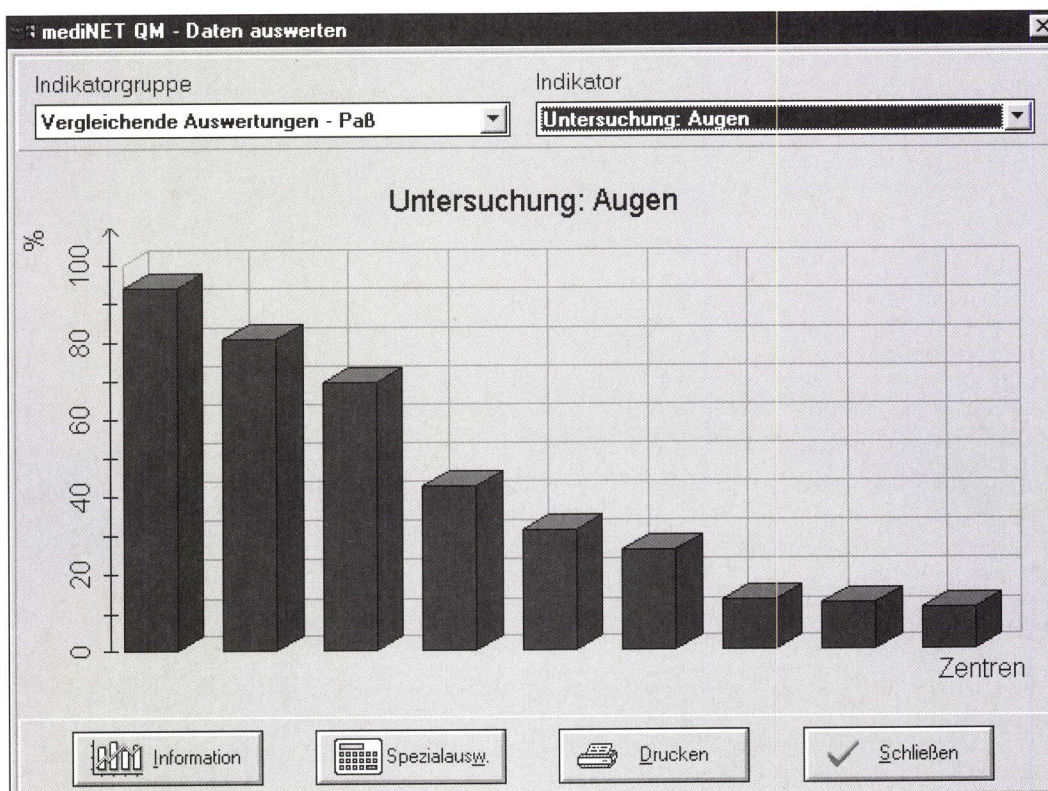
Die Ärztegruppe hat mittlerweile Versorgungsdaten von über 500 Patienten aus ihren Praxen erhoben. Der Status quo der Patientenversorgung wurde ihnen in Form eines detaillierten Ergebnisberichtes jeder teilnehmenden Praxis von der auswertenden Firma zur Verfügung gestellt. Daraus konnte jeder einzelne Arzt beispielsweise sehen, ob, welche und für wie viele seiner Patienten er die vereinbarten Behandlungsziele erreicht hatte. Auf anonymisierter Basis konnte das eigene Ergebnis mit dem der Gruppe verglichen werden. Beispielsweise konnte für die eigene Praxis überprüft werden, wie hoch der Anteil der Patienten war, bei denen ein Augenuntersuchungsbefund dokumentiert wurde und wie sich diese Situation bei den Kolleginnen und Kollegen der anderen teilnehmenden Praxen darstellte (Abb. 2):

Diese Daten dienen der weiteren Optimierung insofern, als aus dem numerischen Status quo die quantitativen Ziele für die nächste Untersuchungsperiode abgeleitet wurden, falls das momentane Ergebnis unzureichend war.

### Diskussion

#### Die Implementierungsproblematik

Obwohl  $Q^{\max}$  mit den wichtigsten Praxisverwaltungssystemen kompatibel ist, wurde die Erwartung, das Programm in die be-



**Abb. 2** Auswertungsbeispiel aus  $Q^{\max}$  mit Darstellung des Anteils Patienten je Praxis, für den ein Augenuntersuchungsbefund dokumentiert wurde.

stehenden PraxisVerwaltungsSysteme (PVS) einbinden und zügig die Arbeit aufnehmen zu können, durch einige Praxis-Verwaltungssystem-Anbieter bzw. deren jeweilige Vertrags-händler enttäuscht. Während einige Anbieter ohne Probleme eine Anbindung ermöglichten und hilfreich beiseite standen, zeigten andere teilweise kein oder zumindest nur ein geringes Interesse, dem Projekt zu helfen. Teilweise wurden unverständlich hohe Preise für die Freischaltung der BDT-Schnittstelle gefordert. Auch entstanden Probleme dadurch, dass Systemupdates vorhandene Implementierungen überschrieben.

Erst auf massiven Kundendruck wurde hier eine Übereinkunft möglich. Um in Zukunft ein zügigeres Vorankommen in ähnlichen Projekten sicherzustellen – denn Behelfslösungen über eine Papierdokumentation erfüllen keineswegs die Ansprüche solcher Projekte – ist von Seiten mancher PVS-Anbieter mehr Unterstützung wünschenswert.

#### Die Lern- und Praxismanagementenerfolge

Als bemerkenswert und positiv ist festzustellen, dass bereits jetzt in den teilnehmenden Praxen Veränderungen hin zur Implementierung von internem Praxismanagement erkennen lassen: das Wandsbek-Projekt hat von Beginn an großen Wert auf die aktive Einbeziehung der Arzthelferinnen gelegt. Sie sind nach Training in der Lage, wesentliche Aufgaben in der Langzeitbetreuung von Typ-2-Diabetikern zu übernehmen. Ein eigener Qualitätszirkel für die Arzthelferinnen behandelt für diesen Bereich spezifische Fragestellungen.

Die bisherigen Erfahrungen des Wandsbek-Projektes zeigen zur Zeit bestehende Möglichkeiten und kritische Erfolgsfaktoren für die Implementierung von IT-gestütztem Qualitätsmanagement auf. Diese Erfahrungen sind wertvoll, besonders dann, wenn man die Vorgehensweise des Wandsbek-Projektes als Ansatz und Erfahrungsquelle eines problemorientierten diagnoseübergreifenden Patientenmanagements auch für andere Diagnosegruppen wie etwa Hypertonie oder Herzinsuffizienz versteht. Nach diesen Erfahrungen lassen sich für netzwerkbezogene Vorgehensweisen nun sehr klare Anforderungsprofile an die verschiedenen am Geschehen und Gelingen Beteiligten formulieren.

Darüber hinaus könnte das Wandsbek-Projekt als Modell einer problemorientierten Aus-, Weiter- und Fortbildung dienen. Es setzt das Konzept des evidenzbasierten Lernens [4] in die Praxis der täglichen Versorgungswirklichkeit um.

#### Literatur

- <sup>1</sup> Bahrs O, Gerlach FM, Szescsenyi J (Hrsg). Ärztliche Qualitätszirkel. 3. Aufl. Köln: 1996
- <sup>2</sup> Drake DF. Managed Care – A Product of Market Dynamics. JAMA 1997; 277,7: 560–563
- <sup>3</sup> Eitel F, Steiner S, Tesche A. Quality management: making the transition to medical education. Medical Teacher 1998; 20,5: 444–449
- <sup>4</sup> Eitel F, Steiner S. Evidence-based learning. Medical Teacher 1999; 21,5: 506–512
- <sup>5</sup> Gerlach FM, Beyer M, Szescsenyi J, Fischer GC. Leitlinien in Klinik und Praxis. Dtsch Ärztebl 1998; 95: A-1014–1021
- <sup>6</sup> Grol R. National Standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and a response to a set of standards. Br J Gen Pract 1990; 40: 361–364
- <sup>7</sup> Harriss C, Pringle M. Do General Practice Computer Systems Assist in Medical Audit? Family Practice 1994; 11,1: 51–56
- <sup>8</sup> Steiner S, Lauterbach KW. Evidenzbasierte Methodik in der Leitlinienentwicklung: Integration von externer Evidenz und klinischer Expertise. Medizinische Klinik 1999; 94: 643–647
- <sup>9</sup> Szescsenyi J, Bar H, Claus E, Hecke H, Kendorff A, Munch A, Ruhling A, Stohr G, Theil P, Schmidberger I. Halsschmerzpatienten als Thema eines hausärztlichen Qualitätszirkels. Bestandsaufnahme und Erarbeitung einer Handlungsleitlinie. Fortschr Med 1994; 112, 117: 245–250
- <sup>10</sup> van der Lei J, van der Does J, Musen MA, von Bommel JH. Response of General Practitioners to Computer-Generated Critiques of Hypertension Therapy. Methods of Information in Medicine 1993; 32, 2: 79–80

Für die Autoren:

Dr. med. Sibylle Steiner, MBA

Abteilung Gesundheitspolitik

Merck KGaA

Frankfurter Straße 250

64293 Darmstadt

E-mail: sibylle.steiner@merck.de