



Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009

Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Eine Studie der Stiftung Gesundheit
durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse
in Zusammenarbeit mit dem TÜV SÜD





Zusammenfassung

Einleitung: Die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement (QM) wird mittlerweile nüchterner als noch vor einigen Jahren betrachtet. Die Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, sofern sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, befassen sich routinierter mit QM, und es haben sich augenscheinlich bewährte Berater herauskristallisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in diesem Beratungsmarkt erfolgreich ein Betätigungsfeld gefunden. Im Bereich der QM-Systeme bietet sich gegenwärtig ein konsolidierendes Bild. Der große, teure Klassiker, DIN EN ISO, eher bevorzugt eingesetzt von Einrichtungen wie größeren Gemeinschaftspraxen und Laboren, teilt sich nunmehr den Markt mit dem sehr erfolgreichen QEP und rund 40 weiteren Systemen. Diese sind aber in der Tat häufig für spezielle Fachgruppen angepasste Derivate eines dieser beiden Systeme. QM ist weitgehend etabliert, jetzt besteht Bedarf nach dem Einsatz von QM für spezifische Themen.

Das Ziel der diesjährigen Studie war zum einen den aktuellen Stand im Bereich QM in den Praxen abzufragen, zum anderen aber das Thema „Fehler und Fehlervermeidung“ detailliert zu betrachten.

Methode: 17.500 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten wurden angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Dieses Sample wurde entsprechend der bundesweiten Grundgesamtheit aller Niedergelassenen nach den geografischen, demografischen und fachlichen Spezifika repräsentativ stratifiziert. Die Praxisinhaber wurden repräsentativ ausgewählt und angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen.

Ergebnisse: 985 Ärzte lieferten aussagekräftige Antworten (5,6% Antwortquote), die bislang höchste Antwortquote. Der Vergleich zwischen Antwortenden und Grundgesamtheit zeigt ein hohes Maß an Repräsentativität (Geschlecht, Alter, Größe des Wohnorts), lediglich in der Verteilung von Respondern nach Region lässt sich eine deutlich niedrigere Antwortquote aus dem Osten erkennen.

Die Stellung des QEP als vorrangig eingesetztes QM System in der Praxis (bei Ärzten und vor allem bei den Psychologischen Psychotherapeuten) hat sich weiter gefestigt, bei den Zahnärzten existiert hingegen eine Vielzahl kleinerer spezialisierter Systeme.

QM ist weitgehend akzeptiert, und das Gros der Praxen hat sich des Themas angenommen. Die Zufriedenheit mit Beratern und Zertifizierern ist weiterhin sehr hoch – der Markt kann als etabliert und gut funktionsfähig eingeschätzt werden.

935 von 985 Respondern, also 94,3% waren bereit, zum Thema „Fehler“ Auskunft zu geben. (Der Online-Fragebogen war technisch so ausgelegt, dass jeder Antwortende die Fragen jeweils auch folgenlos unbeantwortet hätte lassen können.). Fehler, „Critical Incidents“ kommen vor. Das stellte die große Mehrheit der Responder fest. Die größte Gruppe (41%) konzediert „Einmal pro Jahr“. „Einmal pro Woche“ bis „einmal pro Monat“ geben zusammen 31% an. Kritische Ereignisse, die zu einem Patientenschaden führen, werden ebenfalls benannt, wobei die Häufigkeit in etwa proportional zur generellen Fehlerfrequenz steht.

Im Mittelwert aller Fachgruppen gibt es bei 6% „einmal pro Woche“ Ereignisse mit Patientenschaden. Die Hausärzte zeigen mit 6,1% eben diesen Wert; bei den operativ tätigen Ärzten liegt dieser Indikator währenddessen höher, bei 9%. Die Gruppe der nicht-operativ tätigen Ärzte jedoch weist hier einen noch deutlich höheren Wert aus, nämlich 13,2%. Die Psychiater und Psychotherapeuten liegen mit 1,3% deutlich unter allen anderen Gruppen. Ursächlich



können hier die unterschiedliche Wahrnehmbarkeit und das Verständnis von Medizinschäden zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen wirken.

Wie sieht eine mögliche Wirkung von QM auf die Patientensicherheit aus? Die Einschätzungen decken das gesamte Spektrum ab: 16% sahen dies sogar kritisch und stimmen der These zu: „QM verringert die Zeit für die Patientenbetreuung und verkompliziert / bürokratisiert Arbeitsabläufe, eventuell entstehen somit mehr Fehler, die Patientensicherheit könnte sich vermindern.“ 42% der Responder sehen unterdessen keine Wirkung. Ein gleich großer Teil der Ärzte, erkennt einen positiven Effekt von QM auf die Patientensicherheit.

Nun sind Art und Grad der Befassung mit QM in den Praxen nicht homogen. Als Indikator für eine sinnvolle Integration von QM in die Praxis können die Antworten auf die Frage dienen, inwieweit die Mitarbeiter in den QM-Prozess involviert sind. QM ist im Kern ein Instrument des Teamworks. Es ist also dem QM das einzig wesensgemäße Vorgehen, dass die Mitarbeiter kontinuierlich in den QM-Prozess eingebunden sind. Dergestalt antworteten 65,7% der Ärzte. Schon das ist ein positives Signal.

Schaut man nun speziell diese Gruppe der Ärzte an, die QM offenbar nicht als Pflichtübung absolvieren, sondern strukturell sinnvoll integrieren, zeigt sich ein anderes Bild von der Wirkung des QM auf die Patientensicherheit: Hier stellen 54,6% einen positiven Effekt auf die Patientensicherheit fest.

Diskussion

Die schon im Vorjahr festgestellten Anzeichen einer Konsolidierung und „Normalisierung“ des QM-Marktes verdichten sich weiter. Dies bezieht sich auf Marktanteile ebenso wie auf die Suche nach geeigneter Unterstützung und Bewertung der Berater /Zertifizierer. Die grundsätzlichen Themen sind in der Regel ausreichend diskutiert. Allerdings lässt sich weiterhin eine latente bis manifeste Unzufriedenheit bei vielen Ärzten mit dem ganzen Thema QM konstatieren. Hier besteht sicherlich noch Bedarf an weiterer Vereinfachung und auch besserer Darstellung der Prinzipien und konkreten Vorgehensweisen bei QM.

Jetzt bietet es sich an, detailliert spezifische Themen wie in diesem Jahr die Frage nach Fehlern, Fehlervermeidung und Patientensicherheit mit dem Themenkreis des QM zu verbinden. Hier waren die Praxisinhaber überaus willens, über das Thema zu sprechen und zeigen erstaunliche Offenheit gegenüber den eigenen Fehlern. Dies ist als klarer Hinweis zu deuten, das Thema weiterhin zu fördern und Möglichkeiten zum Austausch und Lernen zu bieten. Die Häufigkeit von Fehlern (auch mit Patientenschaden) ist immens und unterstützt die Forderung nach mehr aktivem und präventivem Vorgehen und Forschung im Bereich „evidence-based risk prevention“ in der Praxis des Niedergelassenen.

Die berichteten Unterschiede in der Häufigkeit von Fehlern mit Patientenschaden zwischen operativen und nicht-operativen Fächern weichen ab von den Beobachtungen aus Patientensicht: Bei den von den Patienten vermuteten Behandlungsfehlern in den Jahren 2001 bis 2008 stammen 65% aus der Chirurgie, Orthopädie bzw. Gynäkologie (PD Dr. Holger Thomsen, Leiter des Instituts Medizinschaden der AOK Schleswig-Holstein, nicht publiziert). Ursächlich kann hier die unterschiedliche Wahrnehmbarkeit von Medizinschäden zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen wirken. Ein wichtiges Ergebnis scheint damit die fundamental unterschiedliche Wahrnehmung von Behandlungsfehlern auf Seiten der Patienten und der verschiedenen Arztgruppen.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Fehler, Patientenschaden, Private Praxis, Deutschland



Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
Professor für Ökonomie und Ethik im Gesundheitswesen
Steinbeis Hochschule Berlin
und
Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin
obermann@ggma.de

Weitere Autoren:

Dr. Peter Müller
Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28A
22765 Hamburg
mueller@stiftung-gesundheit.de

Beiträge: Die Idee zu der Befragung kam von Dr. Peter Müller. Obermann und Müller entwickelten den Fragebogen. Beide Autoren haben an dem Manuskript mitgewirkt.

Mitwirkung: Die Studie wurde entwickelt und umgesetzt in Zusammenarbeit mit dem TÜV SÜD.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Genehmigung der Ethik-Kommission: nicht notwendig

Danksagung: Die Autoren möchten allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Auskunftsbereitschaft und die zusätzlichen Anregungen und Kommentare danken. An dieser Stelle gilt unser Dank allen, die mit uns in konstruktiver Kritik die Methodendiskussion geführt haben.



Einführung

Zum dritten Mal seit 2007 wurde die jährliche Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis“ durchgeführt. Neben den regelmäßig abgefragten Items (Soziodemographie, Bekanntheitsgrad der Systeme, Informationsquellen, Anforderungen an ein QM-System, Bewertung der Berater und Zertifizierer) wurde in diesem Jahr das Thema „Fehler“ und „Patientensicherheit“ intensiv behandelt.

QM ist im Kern ein Instrument zur (kontinuierlichen) Verbesserung von Strukturen und Arbeitsabläufen. Es soll helfen, bessere Ergebnisse zu erzielen und Fehler zu vermeiden. Dies trifft zusammen mit einem wachsenden Interesse an der Ärzteschaft zum Thema Fehler, Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern. Die vorliegende Studie soll eine quantitative Dimension in die Diskussion bringen und zugleich beleuchten, ob QM einen Einfluss auf Fehlerhäufigkeit und Patientensicherheit hat.

In den folgenden Darstellungen wird aus Gründen der Lesbarkeit die inkludierte maskuline Form sowohl für Ärztinnen als auch für Ärzte benutzt.

Material und Methoden

Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Um Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurde aus dem Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit eine geschichtete Zufallsstichprobe der Größe $n = 17.500$ gezogen. Geantwortet haben 985 Niedergelassene – eine Antwortquote von 5,6% (bereinigtes Sample ohne Responder, deren Antworten wegen struktureller Mängel verworfen wurden). Eine Responderquote bei einer Internet-Befragung von 3% wäre als gängig zu erwarten gewesen, die Quote von 5,6% bietet eine gute Interpretationsgrundlage an. Ob die bislang höchste Rücklaufquote in den QM-Studien ein Hinweis für die Virulenz des Themas „Fehler“ innerhalb der Ärzteschaft ist, kann hier nur vermutet werden.

Um die Analysen nach bestimmten Schwerpunkten und Kategorien durchführen zu können, wurden folgende soziodemographischen Merkmale dabei berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Jahr der Niederlassung
- Verteilung nach Ost- und Westdeutschland
- Verteilung nach Stadt- und Land
- Facharzt, Hausarzt, Zahnarzt oder Psychologischer Psychotherapeut

Als Basis diente wiederum die Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, die praktisch alle in Deutschland niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten (P/P) umfasst; einschließlich Praxistyp und –größe (Arztanzahl), Fachrichtung und Kontaktdaten. Von den rund 128.000 Adressen der aktuell niedergelassenen Ärzte einschließlich reiner Privatbehandler, 57.000 Zahnärzte sowie 21.000 P/P bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland liegt bei rund 140.000 Adressaten eine funktionierende E-Mail-Adresse vor.



Das Messinstrument wurde als Online-Fragebogen konzipiert, der im Internet auszufüllen war. Den ausgewählten Ärzten wurde eine Informations-E-Mail geschickt, die den Link zum Online-Fragebogen und einen persönlichen Login enthielt.

Die Antworten des Online-Fragebogens wurden einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler überprüft; fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

Der Fragebogen

Der Fragebogen wurde im Vergleich zu den Vorjahren leicht abgewandelt. Er umfasst insgesamt 24 Fragen und ist in fünf thematische Bereiche eingeteilt. „Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber“, „Wissen über QM in der Praxis“, „Einführung von QM in der eigenen Praxis“, „Wahl eines Dienstleisters“ und „Patientensicherheit und Qualitätsmanagement“. Für Details in den ersten vier Bereichen wird auf die Studien vom Vorjahr verwiesen, der fünfte Bereich wird weiter unten im Detail vorgestellt.

Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Die Grundgesamtheit waren alle 130.161 ärztliche, 56.378 zahnärztliche Praxen (einschließlich Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bzw. Fachzahnärzte für Oralchirurgie) sowie 19.992 Psychologische Psychotherapeuten einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (jeweils einschließlich reiner Privatbehandler). Gesamt: 206.531

Daraus wurde eine Stichprobe von $n = 17.500$ gezogen und daraufhin die Inhaber dieser Praxen angeschrieben. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt 985 Online-Fragebögen ein (5,6% Rücklauf). Diese Rücklaufquote ist für spontane internetbasierte Befragungen ein hoher Wert und der bislang höchste Wert bei den QM-Studien der Stiftung Gesundheit.

Anhand der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit ist es möglich, die Grundgesamtheit und Stichprobe hinsichtlich bestimmter soziodemographischer Merkmale zu vergleichen und nach diesen auszuwählen, um mögliche Verzerrungen (Bias) hinsichtlich der Repräsentativität aufzudecken. Für Details sei wiederum auf die Studien von 2007 und 2008 verwiesen.



Tabelle 1: Verteilung der Variablen Geschlecht, Alter, Großstadtpraxis, Region und PLZ-Bereich in der Grundgesamtheit und bei den Respondern

	Grundgesamtheit	Responder
N	206.531	985
	Verteilung in Prozent	Verteilung in Prozent
Geschlecht		
Männlich	65,1	68,6
weiblich	34,9	31,4
Alter		
bis 40 J.	7,2	5,2
41-60 J.	75,3	76,3
über 60 J.	17,5	18,5
Großstadt über 100.000 Einw.		
ja	42,6	44,8
nein	57,4	55,2
Region		
West	83,9	91,2
Ost	16,1	8,8
PLZ-Bereich		
0	3,7	3,6
1	10,1	6,7
2	10,1	10,4
3	9,0	8,8
4	9,9	11,1
5	9,5	11,3
6	9,6	11,6
7	12,4	13,5
8	16,3	13,9
9	9,3	9,1
Gesamt	100	100

Im Vergleich zu den früheren Studien ergeben sich mittlerweile in fast allen Kriterien nur noch geringe Abweichungen zur Grundgesamtheit. Dies gilt für das Geschlecht wie auch Alter und Siedlungsgröße. Lediglich im Bereich „Region“ (und entsprechend bei den PLZ) ergibt sich eine deutliche Unterrepräsentierung Ostdeutschlands. Dies war in ähnlichen Dimensionen bereits 2008, jedoch nicht 2007 zu beobachten.



Tabelle 2: Arzttyp der Grundgesamtheit und der Responder in Prozent (n=976)

	Grundgesamtheit	Responder
hausärztlich tätige Ärzte	26,0	26,0
fachärztlich tätige Ärzte	36,2	45,5
Zahnärzte (einschl. Fach-ZA)	27,6	17,1
Psychologische Psychotherapeuten einschl. Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten	10,2	11,4

Die Verteilung nach Haus-, Fach-, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten zeigt eine deutliche Überrepräsentierung der Fachärzte; hingegen sind die Zahnärzte unterrepräsentiert. Die Hausärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sind entsprechend der Grundgesamtheit repräsentiert. Sofern sich wesentliche Unterschiede der verschiedenen Gruppen zeigen, werden diese gesondert dargestellt.

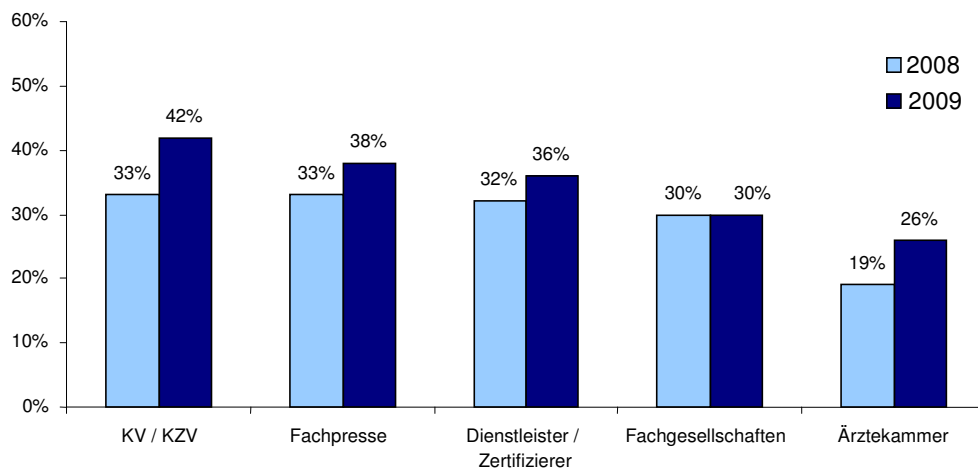


Ergebnisse

Die Informationsquellen

Die Wertschätzung der Informationsquellen zu QM hat sich gegenüber dem Vorjahr verschoben. (Mehrfachnennungen möglich)

Die wichtigsten Informationsquellen

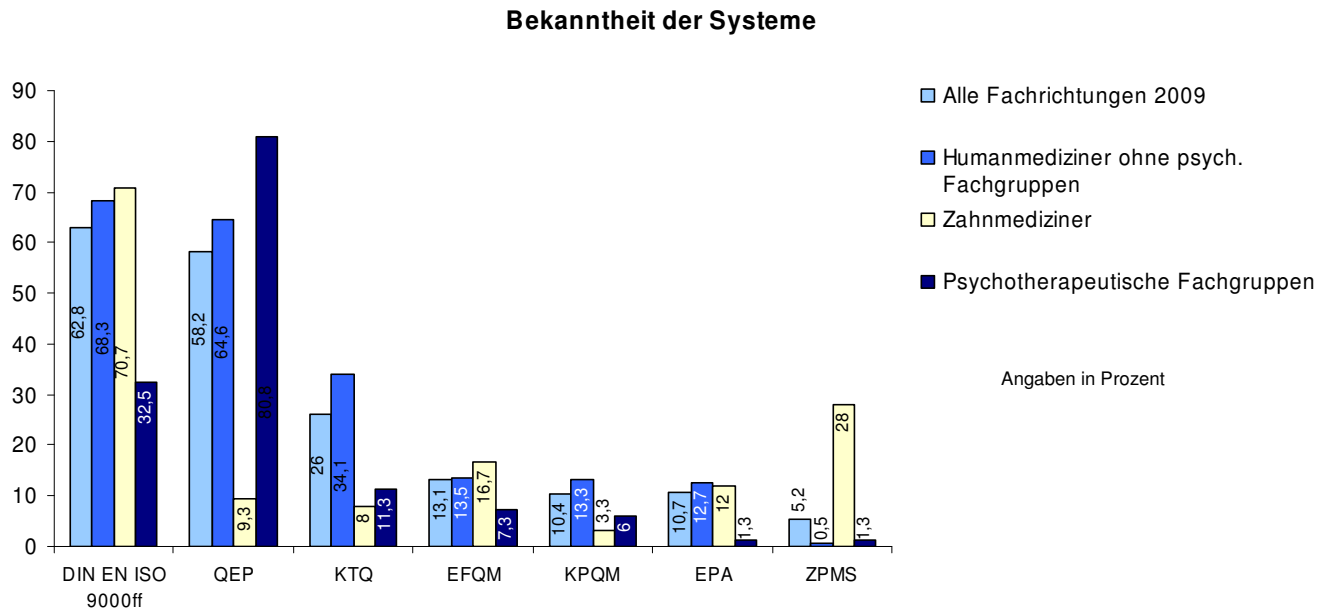


Auf die Frage, welche Informationsquellen in Sachen QM zu den wichtigsten und vertrauenswürdigsten gezählt werden (Mehrfachnennungen möglich), rangierte im Jahr 2007 die Fachpresse mit sehr großem Abstand vor allen anderen. In 2008 lagen die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diesbezüglich mit der Fachpresse gleichauf. In diesem Jahr, 2009, liegen die KVen und KZVen vorne, nachdem deren Nennung als wichtigste Informationsquelle im Verlaufe eines Jahres den stattlichen Sprung von 33% auf 42% gemacht hat. Auch die Ärztekammern haben deutlich von 19% auf 26% zugelegt. Da aber keine der etablierten Informationsquellen in der Bedeutung zurückgegangen ist, zeigt sich offenbar, dass die Ärzte ihre Informationen zu QM heute mehr als zuvor bei den etablierten Institutionen des Medizinbetriebs suchen und vor allem sich nicht auf eine Informationsquelle verlassen.



Bekanntheitsgrad der wesentlichen QM-Systeme

Bekanntheit der Systeme (Mehrfachnennungen möglich)



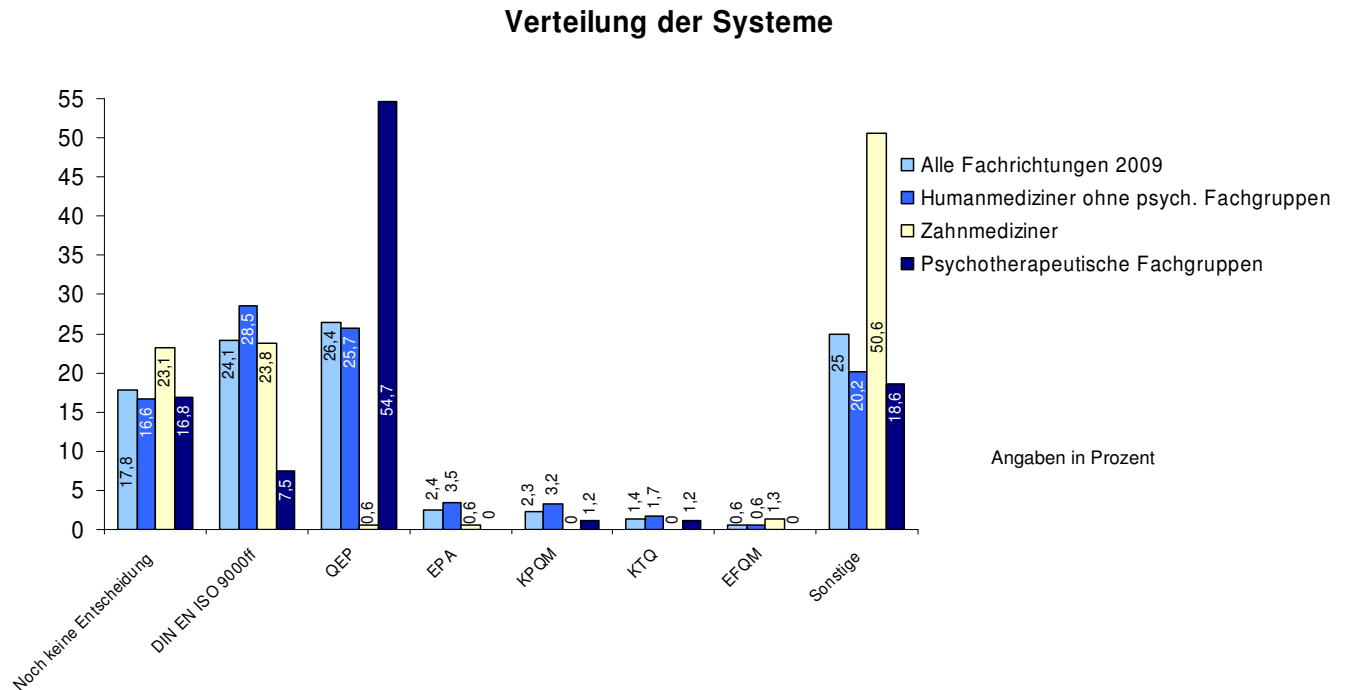
DIN EN ISO und QEP sind die Archetypen des Qualitätsmanagements im ambulanten Sektor der medizinischen Versorgung in Deutschland. In den vergangenen Jahren noch war DIN EN ISO der Inbegriff für QM. Die Bekanntheit der Systeme als Indikator für die Wahrnehmung innerhalb der Branche zeigt nun, dass in relativ kurzer Zeit das QM-System, das speziell für den ambulanten Sektor der medizinischen Versorgung konzipiert wurde (QEP), dieses Terrain bei den Humanmedizinern und insbesondere den Psychotherapeuten erobert hat. Ein weiteres Indiz für die Tendenz, dass QM seinen Weg in die medizinische Versorgung findet.

In dieser Abbildung nicht sichtbar sind die rund 40 verschiedenen Systeme, die in Anlehnung bzw. als Abkömmling eines der großen Systeme speziell an einzelne Fachdisziplinen angepasst wurden.



Marktanteile der QM-Systeme

Verteilung der QM-Systeme 2009 (alle Fachgruppen)



Ein Fünftel bis ein Viertel der verschiedenen Gruppen der Niedergelassenen gab zum Zeitpunkt der Befragung an, sich noch nicht für ein QM-System entschieden zu haben: Bei den Zahnärzten sind dies 23,1%. Die Zahnärzte haben aufgrund der gesetzlichen Regelungen ein Jahr länger Zeit als die Humanmediziner, bis sie ein QM-System nachweisen können müssen (bis Ende 2010). Humanmediziner müssen dies im Grundsatz bereits Ende 2009. Jedoch haben die Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich Stichproben bei wenigen Prozent der Praxen angekündigt, und auch eine Sanktionierung ist noch nicht greifbar.

Die Verbreitung des Systems QEP hat seit der Studie 2008 stark zugenommen. QEP ist speziell bei den kleinen Praxen erfolgreich. Dies erscheint insoweit stimmig, als es sowohl speziell für die ärztliche Praxis und auch als kostengünstigeres System als DIN EN ISO konzipiert wurde. Und so dominiert es das Marktsegment der kleineren Praxen bzw. der psychotherapeutischen Fachgruppen.

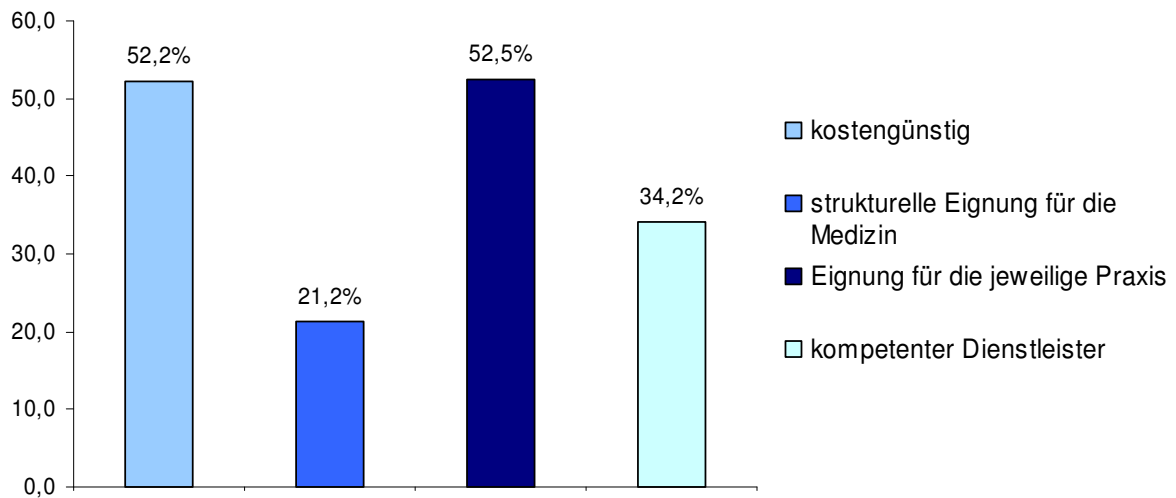
Im Segment der Humanmedizinischen Fachdisziplinen ohne Psychotherapeutische Fachgruppen liegen unterdessen DIN EN ISO und QEP etwa gleichauf.

An Boden verloren hat DIN EN ISO bei den Zahnärzten: Von 41,3% in 2008 sank der Anteil bei der Erhebung 2009 auf 23,8%. Entsprechend drastischen Zuwachs dagegen verzeichnet bei den Zahnärzten die Vielzahl der weniger verbreiteten bzw. an die Zahnarztpraxis adaptierten Systeme (z.B. ZPMS). Damit fügt sich der zahnmedizinische Sektor ein in den gesamten Trend hin zu medizin- bzw. sogar fachspezifischen QM-Systemen.



Entscheidungsgründe für das jeweilige System

Wesentliche Entscheidungsgründe (Mehrfachnennungen möglich)



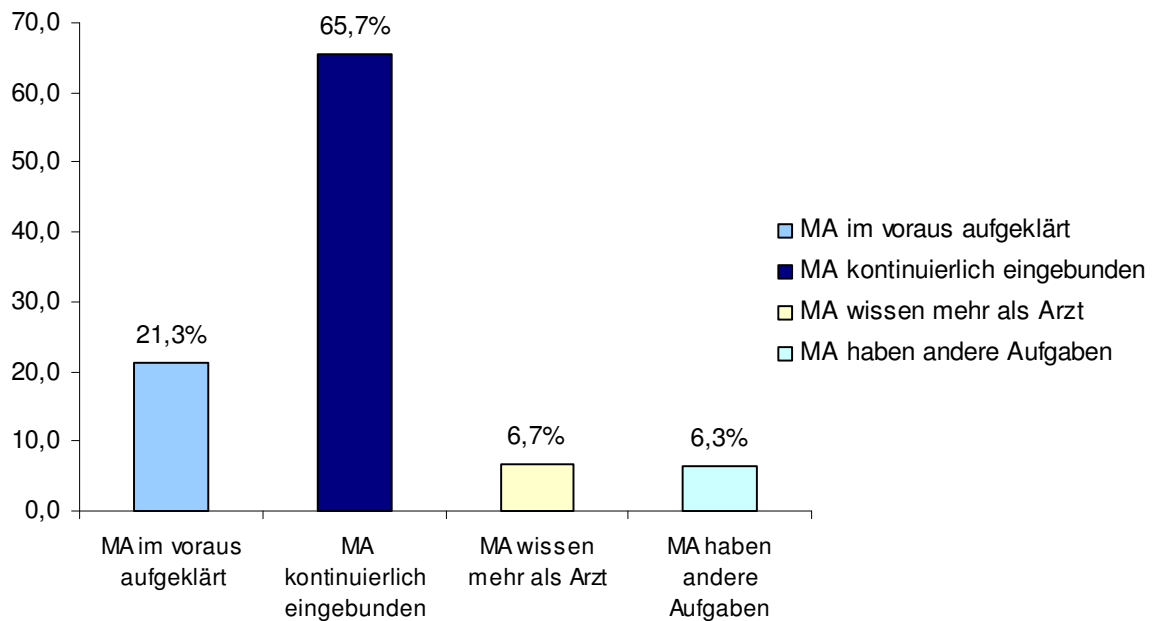
Kostengünstig und passend für die Praxis – das sind nach wie vor die zentralen Entscheidungsmotive bei der Auswahl eines Systems. Diese doppelte Priorität hat sich im Vergleich zum Vorjahr noch ein wenig verstärkt: 2008 nannten dies 40% bzw. 46% der Antwortenden als wesentlichen Entscheidungsgrund; 2009 sind es 52,2 bzw. 52,5%.



Einbindung der Mitarbeiter in den QM-Prozess

QM ist per se Teamarbeit. Somit erfordert jede Form des umfassenden QM eine enge Einbindung der Mitarbeiter in den gesamten Prozess. Dieser muss allerdings nicht Chefsache sein, sondern kann durch qualifizierte Mitarbeiter gesteuert werden.

Information der Mitarbeiter über QM-Prozess

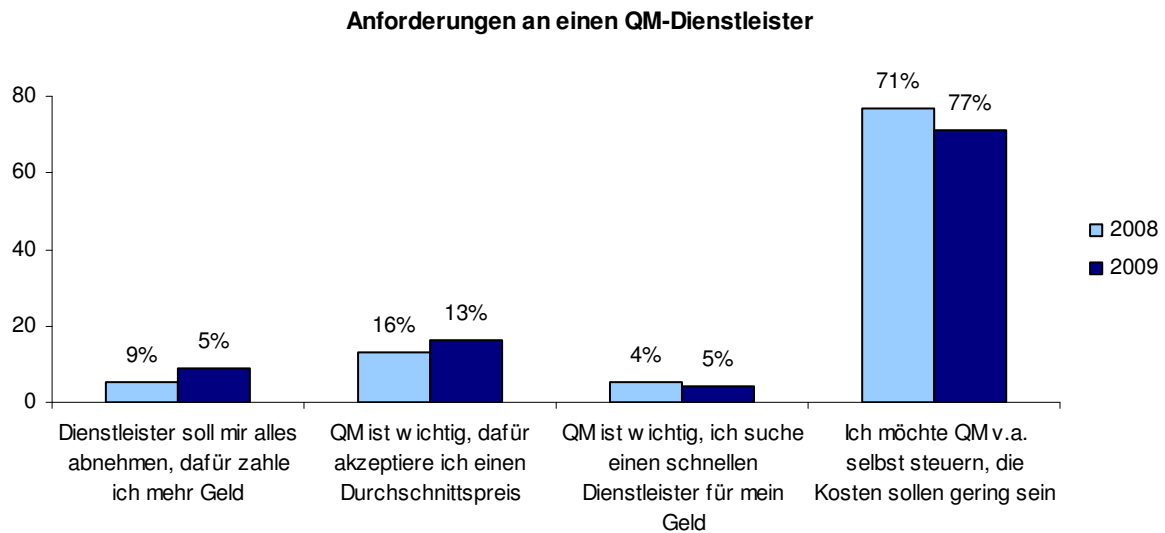


Während zwei Drittel der Praxen die Mitarbeiter kontinuierlich einbinden, sagt jeweils eine kleine Zahl, dass entweder die Mitarbeiter (und nicht der Praxisinhaber) den Prozess steuern bzw. die Mitarbeiter nicht eingebunden sind, und QM alleinige Chefsache ist. Ein Fünftel der Responder hat zwar die Mitarbeiter im Voraus aufgeklärt, aber es fehlt hier die Einbindung in den Prozess.



Anforderungen an QM-Dienstleister

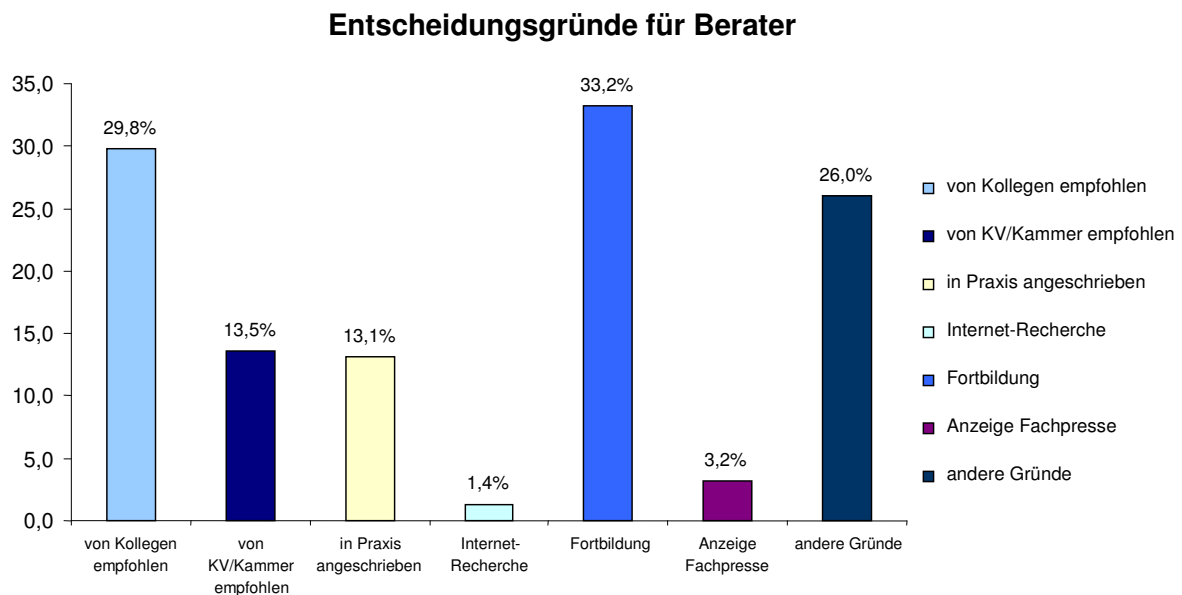
Welche Anforderungen stellen die Ärzte an diejenigen, die sie im Prozess der Einführung von QM in der Praxis unterstützen? Wo finden die Leistungserbringer diese Dienstleister und wie zufrieden sind sie mit deren Leistungen? Dies sind die Rückmeldungen zur Praxis der QM-Einführung bzw. zur Zertifizierung



Nach wie vor stehen bei den Befragten die Kosten im Vordergrund, wenn die primären Anforderungen an Unterstützung von außen genannt werden. Weiterhin möchten mehr als zwei Drittel der Ärzte den QM-Prozess nicht delegieren bzw. möglichst wenig Geld für Beratung ausgeben. Dieser Anteil ist allerdings von 77% auf 71% gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen; angestiegen sind entsprechend moderat die Anteile derer, die dies vorzugsweise delegieren wollen und ein höheres Entgelt akzeptieren bzw. QM als wichtig definieren und einen Durchschnittspreis akzeptieren. Dies kann auch als ein Hinweis gewertet werden, dass die Niedergelassenen zunehmend die Bedeutung von fachlicher Hilfe erkennen und wertschätzen.

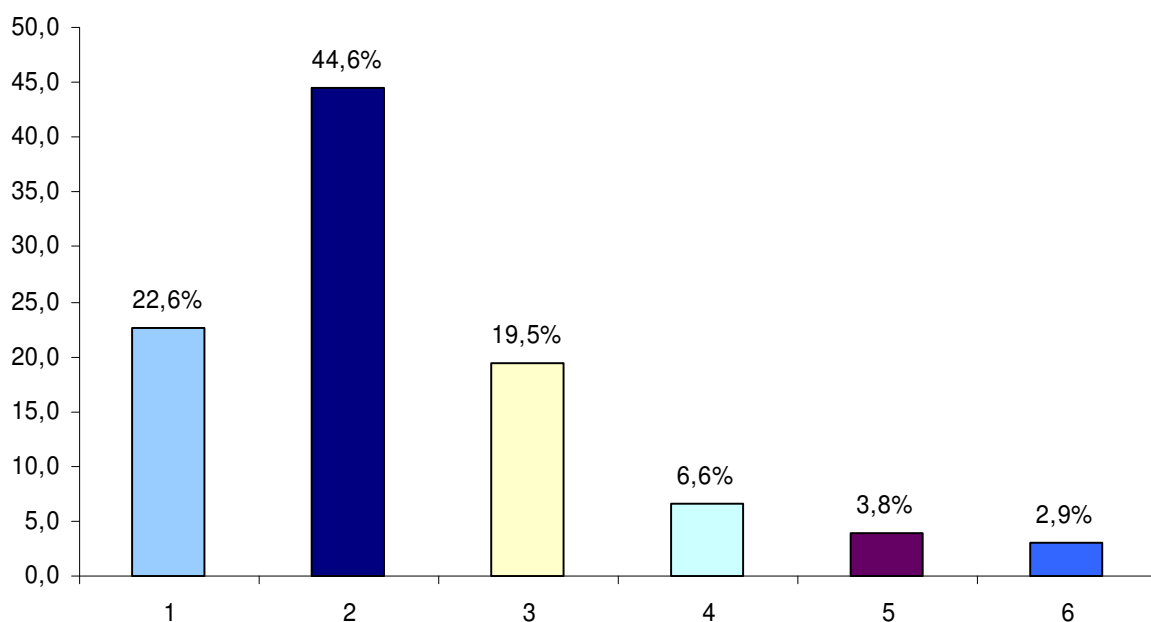


Entscheidungsgründe für QM-Dienstleister



Auf welche Weise finden die Leistungserbringer den Berater, der sie dann bei der Einführung des QM in der Praxis unterstützt? Zu einem Drittel auf Fortbildungsveranstaltungen. Und mit 29,8% folgt die Empfehlung von Kollegen. Generell lässt sich feststellen, dass die Niedergelassenen insgesamt weniger verschiedene Quellen nutzen bei der Auswahl eines Beraters – hier scheint es mittlerweile weniger Unsicherheit und Suchvorgänge zu geben. Der Einzelne weiß eher, an wen er sich zu wenden hat.

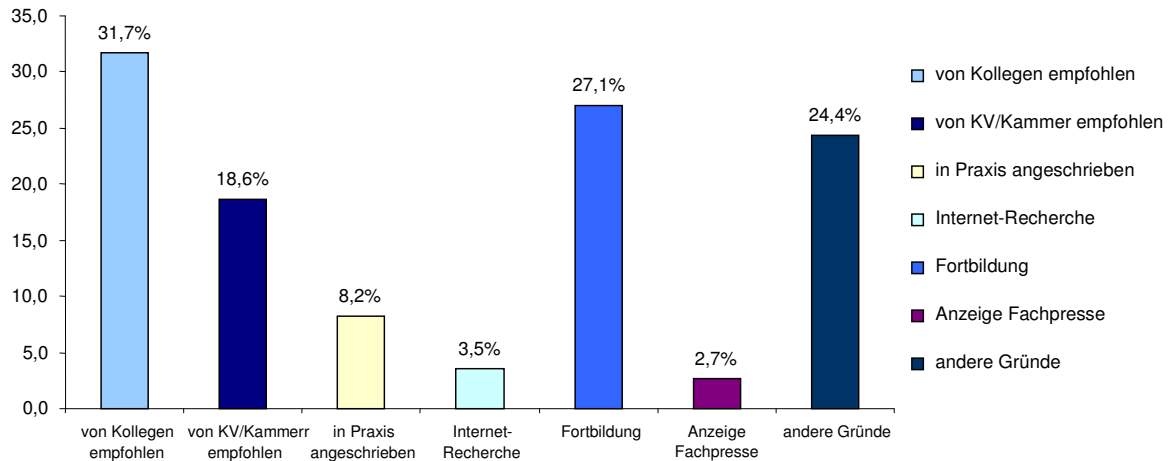
Zufriedenheit mit dem Berater (nach Schulnoten)





Die Zertifizierung ist – im Gegensatz zu der grundlegenden Einführung von QM in der ärztlichen Praxis – fakultativ. Und gemäß der Strukturdatenbank Arzt-Auskunft.de hat nur eine Minderheit von Leistungserbringern ihr QM bislang zertifizieren, durch einen externen Gutachter prüfen lassen. Gleichwohl zeigt sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem jeweiligen Zertifizierer ein analoges Bild. Häufigstes Kriterium ist hier die Kollegen-Empfehlung.

Warum haben Sie sich für diesen Zertifizierer entschieden?

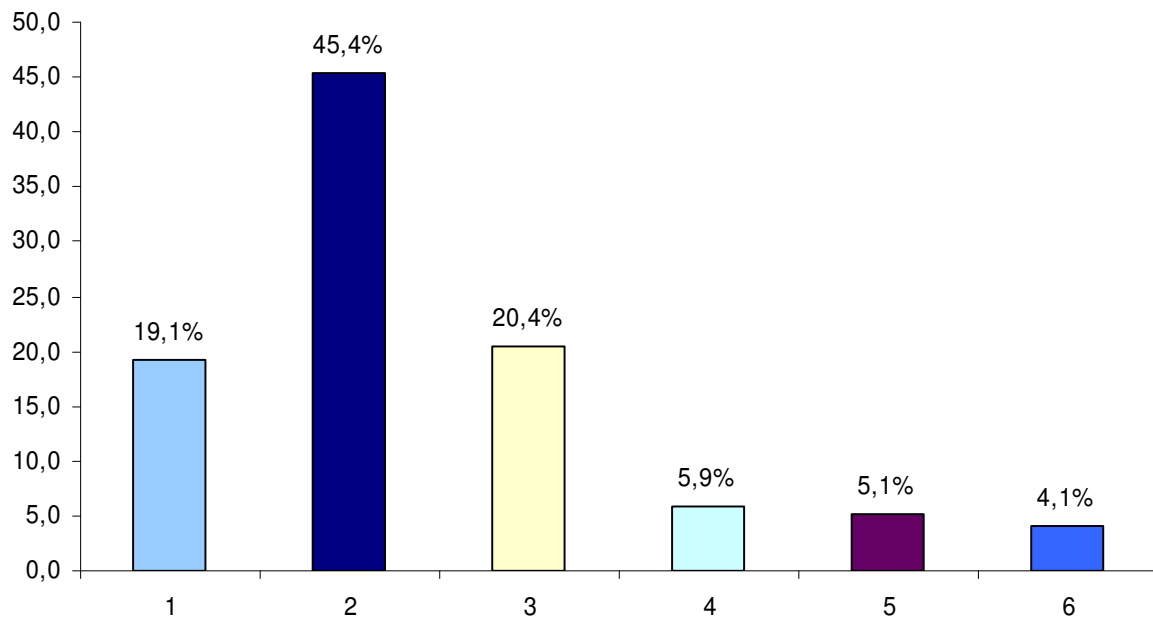


Die Zertifizierer leisten offenkundig ihre Arbeit in der großen Mehrzahl der Fälle zur Zufriedenheit ihrer Kundschaft. Dieses Bild steht im Gleichklang mit dem Grad der Zufriedenheit der Ärzte mit den Leistungen der Berater, die den Prozess der Einführung von QM begleiten. Generell wäre indes auch eine kritischere Sicht vorstellbar gewesen, da ein Zertifizierer schließlich ein Prüfer ist, der nicht die Arbeit begleitet und unterstützt, sondern beurteilt. Tatsächlich aber ist, wie gesagt, auch in dieser Konstellation zwischen dem Arzt als Prüfling und dem Zertifizierer geprägt von Kundenzufriedenheit.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die Zufriedenheit weiterhin generell hoch ist, unter 15% der Berater und gerade 15% der Zertifizierer werden als „ausreichend“ oder schlechter bewertet. QM ist demnach ein etablierter Markt mit wenig „schwarzen Schafen“.



Zufriedenheit mit dem Zertifizierer (nach Schulnoten)





Qualitätsmanagement und Patientensicherheit

Die Pflicht zur Einführung von QM bei den Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, war offenbar primär ökonomisch motiviert, so der deutliche Eindruck der politischen Beobachter. Seinem Wesen nach ist QM indes keine wirtschaftliche Größe, sondern im Grunde eine (kontinuierliche) Verbesserung von Strukturen und Abläufen. Verbesserte Strukturen und Abläufe sollten im Idealfall auch wirtschaftlich wirken. Ein zentrales Ziel ist jedoch die Verbesserung der Sicherheit von Patienten. Assoziationen an die Luftfahrt liegen nahe, wo Fehler zu Katastrophen führen können. In der Medizin gilt ähnliches: Ein seltener Fehler ist nicht nur ein statistisches oder Toleranzen-Problem, sondern trifft den einzelnen Patienten in vollem Umfang. Es besteht somit hohes Interesse an unbedingter Vermeidung von Fehlern.

Für einen Fragebogen ungewöhnlich wurde der Terminus des Fehlers dezidiert definiert. Dies soll eine größtmögliche Homogenität in der Terminologie und damit Validität der Antworten zu diesem Fragenkomplex gewährleisten.

Was ist ein Fehler? (siehe auch Forum Patientensicherheit der BÄK und KBV; www.jeder-fehler-zaehlt.de der Abteilung Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Frankfurt)

Zwei Definitionen:

- 1. Fehler werden wertfrei definiert als "ein nicht beabsichtigtes, oft auch nicht erwartetes, unerwünschtes Ereignis einer bewusst oder unbewusst ausgeführten oder unterlassenen Maßnahme".*
- 2. Ein Fehler ist das, was Sie als potentiell berichtende Person als Fehler empfinden. Das ist jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können: "Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert."*

Es muss kein Patientenschaden entstanden sein.

Die Bandbreite umfasst:

- *administrative Fehler, die ‚nur‘ Zeit kosten und banal erscheinen*
- *medizinische Fehleinschätzungen, die zu unzureichender Behandlung führen*
- *Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme in der Praxis*
- *Verständigungsprobleme mit Ihren Patienten oder*
- *Fehler auf Seiten der beteiligten Patienten*

Fehler können zum Beispiel auftreten:

- *in der Praxisadministration / Patientendokumentation*
- *bei Laboruntersuchungen*
- *bei der Verschreibung und der Gabe von Medikamenten*
- *bei der körperlichen Untersuchung oder der Interpretation der Befunde*
- *bei der Durchführung von Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen*
- *bei der Einweisung von Patienten in ein Krankenhaus oder bei der Entlassung*

Im Gegensatz zur Vorstellung, dass Fehler vor allem individuell begründet sind (etwa durch Vergesslichkeit, Unwissen oder auch Intention), haben die Patientenversorgung und hier auftretende Fehler nahezu immer Systemcharakter. Ein unerwünschtes Ereignis passiert selten wirklich plötzlich, sondern es hat im Allgemeinen eine Evolution hinter sich und wird nicht nur durch ein einziges Individuum (den "Schuldigen") verursacht. Nicht die "Schuldigsuche", sondern gemeinsame Ursachenanalyse ist daher das Ziel.



Beispiele:

- *Patient wird doppelt geimpft. Ursache: In der Dokumentation war die schon durchgeführte Impfung übersehen worden.*
- *Bei Telefonanrufen von Patienten gibt es keine "red flags", d.h. eine Liste von Warnbegriffen oder – hinweisen, die die Arzthelferinnen kennen.*
- *Das Fehlen von Befunden durchgeführter Tests wird in der Praxis nicht bemerkt.*
- *Ein pathologischer Laborbefund wird nicht sofort weiterverfolgt. Er geht in der Praxis "verloren".*
- *Bei der Bedarfsmedikation kennt der Patient die Höchstdosis pro Tag nicht.*
- *Der Verschreibende übersieht eine Allergie oder ein bereits verordnetes wirkstoffgleiches Medikament.*
- *In der Vergangenheit verordnete Medikamente werden rezeptiert, ohne zu prüfen, ob das Medikament aktuell noch indiziert ist.*
- *Es fehlt ein aktueller und vollständiger Medikamentenplan.*
- *In der Patientenakte ist kein deutlicher Hinweis auf die Marcumartherapie (z.B. auf jeder geöffneten Seite).*
- *In der Praxis wird übersehen, dass Patienten zur INR-/Quick-Kontrolle einbestellt werden müssen.*
- *Befunde von Patienten gleichen Nachnamens werden in die falsche Akte einsortiert bzw. verwechselt.*
- *Verwechslung zwischen Patienten: Patient A erhält Medikament B, das eigentlich für den Patienten B gerichtet war.*

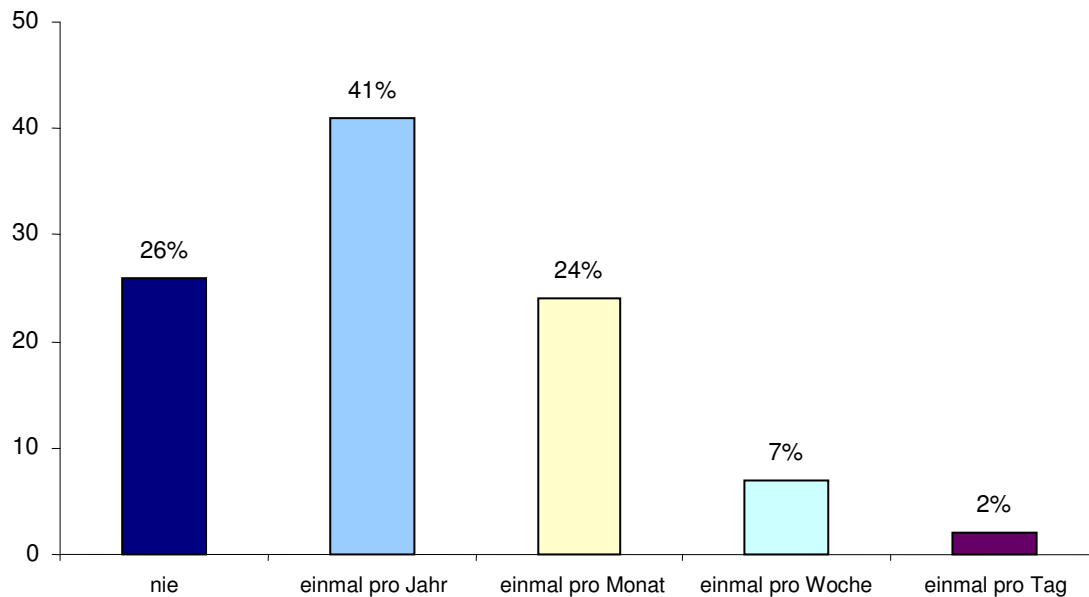
Dann wurde direkt gefragt:

Wie häufig kommen Ihrer Meinung nach in *Ihrer* Praxis so genannte kritische Ereignisse (critical incident: Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis hätte führen können oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht hat) oder Beinahe-Schäden (near miss: Ein Fehler ohne Schaden, der aber zu einem Schaden hätte führen können) vor?

Markant ist die Tatsache, dass nahezu alle Responder auf diese Frage geantwortet haben; auf eine Frage, die nach landläufiger Meinung durchaus Abwehr hätte hervorrufen können: 935 von 985 Respondern, also 94,3% waren bereit, zum Thema Fehler Auskunft zu geben. (Der Online-Fragebogen war technisch so ausgelegt, dass jeder Antwortende die Fragen jeweils auch folgenlos hätte unbeantwortet lassen können.) Diese extrem große Bereitschaft unter den Respondern, das Thema „Fehler“ zu behandeln und Auskunft zu geben, hat die Autoren überrascht.

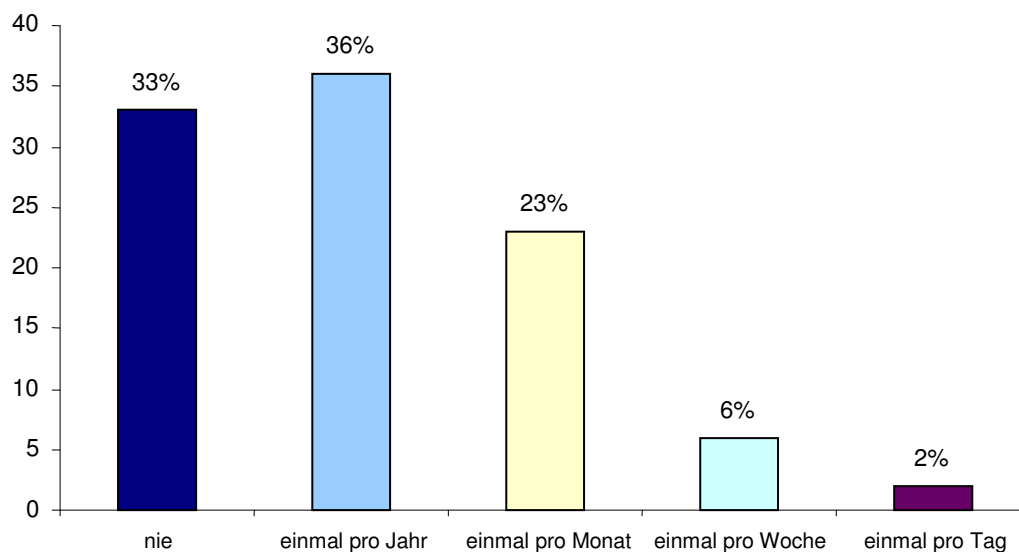


Häufigkeit von "Critical Incidents"



Fehler, „Critical Incidents“ kommen vor. Das stellte die große Mehrheit der Responder fest. „Einmal pro Jahr“ konzidiert mit 41% die größte Gruppe, „einmal pro Woche“ bis „einmal pro Monat“ geben zusammen 31% an.

Fehler, die zu einem Patientenschaden führen



Kritische Ereignisse, die zu einem Patientenschaden führen, werden ebenfalls benannt, wobei die Häufigkeit in etwa proportional zur generellen Fehlerfrequenz steht. Rund ein Drittel der antwortenden Ärzte antwortet auch hierzu, dass dies niemals vorkomme. Größte Gruppe mit



36% sind diejenigen, die einen Critical Incident mit Patienten-Schaden pro Jahr konzедieren. 29% geben an, solche Ereignisse einmal im Monat bis einmal pro Woche zu erleben.

Critical Incidents und Schadensfälle nach Fachgruppen

Ein Grund, die Studie in diesem Jahr breiter anzulegen, war das Interesse, nach verschiedenen Arztgruppen differenzieren zu können. In dieser Studie wird zwischen Hausärzten, operativ tätigen Fachärzten (Urologen, (Neuro-)Chirurgen, Orthopäden, HNO-Ärzte, Augenärzte, Frauenheilkunde, Anästhesisten) und nicht operativ tätigen Fachärzten (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Neurologie, Dermatologie) sowie Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Fächern unterschieden. Kleinere Fächer wie Humangenetik, Pathologie, Arbeitsmedizin etc. wurden nicht berücksichtigt.

Häufigkeit CI	Gesamtheit in %	Hausärzte (n = 250)	Operativ tätige FÄ (n = 226)	Nicht operativ tätige FÄ (n = 114)	Psychiatrie / Psychotherapie (n = 153)
Nie	26	18,4	20,4	15,8	47,6
1x pro Jahr	41	41,6	40,7	40,3	35,3
1x pro Monat	24	29,6	26,5	36,8	14,4
1x pro Woche	7	8	10,2	5,3	2
1x pro Tag	2	2,4	2,2	1,8	0,7

Häufigkeit Patientenschaden	Gesamtheit in %	Hausärzte (n = 248)	Operativ tätige FÄ (n = 223)	Nicht operativ tätige FÄ (n = 114)	Psychiatrie / Psychotherapie (n = 155)
nie	33	29	26,9	26,3	43,8
1x pro Jahr	36	35,9	30,9	37,6	38,7
1x pro Monat	23	25,8	31,8	21,1	15,5
1x pro Woche	6	6,1	9	13,2	1,3
1x pro Tag	2	3,2	1,4	1,8	0,7

Diese Differenzierung zeigt, dass es zum Teil deutliche Unterschiede in dem von uns segmentierten Bereich der niedergelassenen Ärzte gibt. Die Psychiatrie / Psychotherapie-Gruppe liegt sowohl bei CI als auch Patientenschaden in der Kategorie „nie“ weit über dem Mittel. Doch bei der spezifischen Frage nach der Häufigkeit von Patientenschaden-Fällen rangiert diese Gruppe im dem Segment „1x pro Jahr“ oberhalb des Mittelwertes aller Fachdisziplinen. Auch gibt diese Gruppe an, häufiger Patientenschaden zu haben als einen CI, was nicht schlüssig ist und ebenfalls die Frage nach dem Verständnis des Konzeptes in dieser Gruppe aufwirft.

Die Nicht-operativen Fächer überragen den Mittelwert aller Fachgruppen signifikant bei der Häufigkeit von „1x im Monat“; bei der Frage nach Ereignissen mit Patientenschaden indes ist der Unterschied drastisch: Die Ereignishäufigkeit „1x pro Woche“ dieser Gruppe fällt mehr als doppelt so hoch aus wie der Mittelwert. Aber auch hier gilt wie bei der Gruppe der Psychiater/Psychotherapeuten, dass mehr Ereignisse mit Patientenschaden berichtet werden als



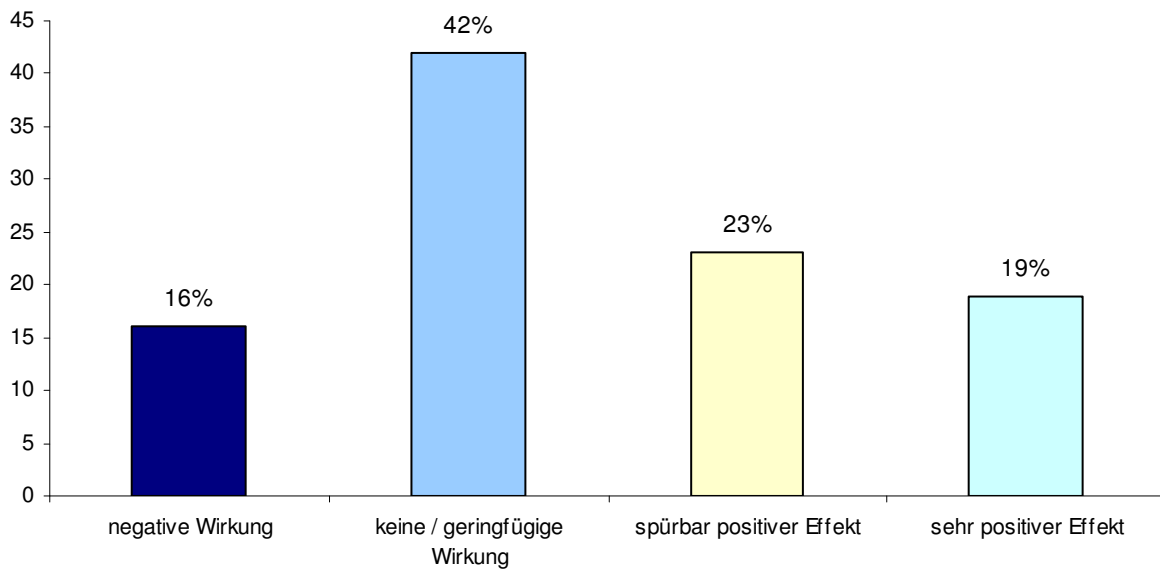
„bloße“ CI, was eine Unklarheit in den Definitionen vermuten lässt. Diese Diskrepanz zeigt sich auch bei den Hausärzten in der Häufigkeits-Kategorie „1x pro Tag“

Im Mittelwert aller Fachgruppen gibt es bei 6% „1x pro Woche“ Ereignisse mit Patientenschaden. Die Hausärzte zeigen mit 6,1% eben diesen Wert. Bei den operativ tätigen Ärzten liegt dieser Indikator währenddessen höher, bei 9%. Die Gruppe der Nicht-operativ tätigen Ärzte jedoch weist hier einen noch deutlich höheren Wert aus, nämlich 13,2%. Dies geht nicht konform mit den Beobachtungen aus Patientenperspektive: Bei den von den Patienten vermuteten Behandlungsfehlern in den Jahren 2001 bis 2008 stammen 65% aus der Chirurgie, Orthopädie bzw. Gynäkologie (PD Dr. Holger Thomsen, AOK-Institut Medizinschaden, nicht publiziert). Ursächlich kann hier die unterschiedliche Wahrnehmbarkeit von Medizinschäden zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen wirken. Ein wesentliches Ergebnis deutet damit auf die unterschiedliche Wahrnehmung von Behandlungsfehlern von Patientenseite und bei den verschiedenen Arztgruppen hin.



Die Wirkung von QM auf Patientensicherheit

Wirkung von QM auf Fehlerhäufigkeit und Patientensicherheit



QM ist bei weitem noch nicht flächendeckend im ambulanten Sektor eingeführt, und somit gibt es der Regel noch wenige Erfahrungen. Dennoch wurde vor dem Hintergrund der Diskussion um Fehler und Fehlerbehandlung bereits gefragt, ob QM eine Wirkung auf Fehlerfrequenz und damit Patientensicherheit habe.

Keinen oder nur geringen Einfluss von QM auf Patientensicherheit sahen 42% der Responder. 16% sahen dies sogar kritisch und stimmen der These zu: „QM verringert die Zeit für die Patientenbetreuung und verkompliziert / bürokratisiert Arbeitsabläufe, eventuell entstehen somit mehr Fehler, die Patientensicherheit könnte sich vermindern.“

Einen spürbaren oder gar sehr positiven Effekt von QM auf die Patientensicherheit erkennen mit ebenfalls 42% - und 19% von ihnen sehen sogar einen sehr positiven Effekt.

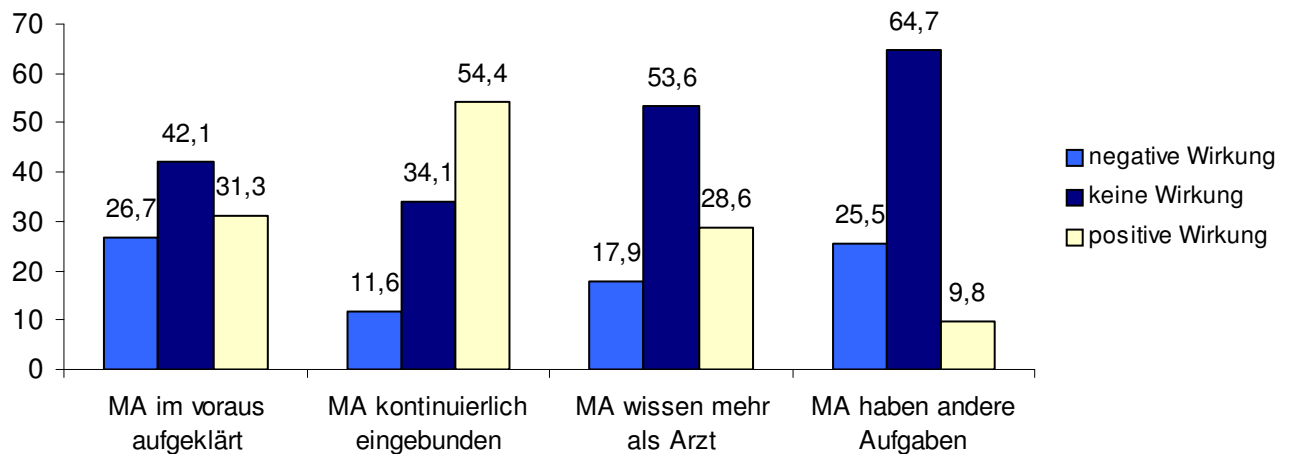
Mitarbeiterinformation und Patientensicherheit

QM ist strukturell ein Instrument von Arbeit im Team. Oben wurde gezeigt, dass die überragende Mehrheit der Ärzte die Mitarbeiter kontinuierlich informiert; während eine kleinere – aber existierende – Menge (6,3%) feststellt, dass die Mitarbeiter andere Aufgaben hätten. Das Involvieren der Mitarbeiter ist ein Wesenselement des QM-Prozesses. Ohne Information und Teilhabe der Mitarbeiter ist QM im Grunde nicht vorstellbar. Vor diesem Hintergrund scheint die Annahme gerechtfertigt, dass in den Fällen, in denen die Mitarbeiter in den QM-Prozess nicht integriert sind, das QM allenfalls als beiläufige Pflichtübung abgehandelt wird.

Folgend wurden diese beiden Gruppen, „Mitarbeiter sind kontinuierlich eingebunden“ und „Mitarbeiter haben andere Aufgaben“ hinsichtlich der Wahrnehmung der Sicherheitswirkung von QM verglichen.



Mitarbeiter-Information zu QM und die Wirkung auf die Patientensicherheit (Angaben in Prozent)



In den Praxen, in denen die Mitarbeiter in den QM-Prozess kontinuierlich eingebunden sind, wird in hohem Maße eine Wirkung von QM auf die Patientensicherheit wahrgenommen: Die Mehrheit (54,4%) stellen einen mäßigen oder gar ausgeprägten Effekt auf die Patientensicherheit fest. Diese Praxen wiederum stellen mit einem Anteil von 65,7% der Responder die mit Abstand größte Gruppe.

Fundamental anders ist die Wirkungswahrnehmung in den Praxen, in denen die Mitarbeiter gerade nicht über QM informiert werden („Mitarbeiter haben andere Aufgaben“). Dort wird dem QM sogar eine negative Wirkung auf die Patientensicherheit attestiert (25,5%). Nota bene: Diese Gruppe umfasst lediglich 6,3 % der Responder.

Überwiegend einen eher negativen Effekt bzw. Wirkungslosigkeit hinsichtlich der Patientensicherheit konstatieren auch jene Praxen, in denen die Haltung zu QM mit den Statements „Die Mitarbeiter wurden im voraus aufgeklärt“ bzw. „Die Mitarbeiter wissen mehr als der Arzt“ charakterisiert ist.



Freie Kommentare

531 Responder gaben ergänzend im Freitext eine Stellungnahme. 35,2% der Kommentare waren positiv in Bezug auf QM, 37,5% neutral gehalten und 27,3% der Antworten negativ. Das Spektrum reicht von Meinungen zur Gesundheits- und Standespolitik über kategorische Verweigerungen bis hin zu praktischen Tipps:

Negativ:

„QM stört“

„Viel Aufwand, wenig Sinn“

„QM hält uns Ärzte von unserer eigentlichen, verantwortungsvollen Kunst der Medizin ab“

„Früher nannte man das Kontrolle. Heute QM“

Moderat:

„Sich kritisch mit dem Thema QM befassen, auch gegen den eigenen Widerstand (Aufwand, Zeit, trockene Materie, kritische Selbstüberprüfung)“

„Für Praxisabläufe gut geeignet als "Nachschlagewerk" für neues Personal oder Vorbereitungen von z. B. OP-Besteck etc.“

konkreter Rat:

„Wenn Sie jetzt erst darangehen, haben Sie schon alles verschlafen!“

„Man sollte QM als echte Bereicherung verstehen. Prozessabläufe werden eindeutig verbessert. Es entsteht ein großer Nutzen für die Praxis. Die Arzthelferinnen, richtig eingebunden und mit Verantwortung betraut, werden sehr schnell das QM als etwas sehr positives verstehen und akzeptieren.“

„QM nicht nur als negatives betrachten, sondern auch die Vorteile erkennen“

engagiert / positiv:

„QMS- Qualität macht Spaß ist zu unserer Praxisphilosophie geworden!!!! Wir LEBEN unser QM System“

„Keine Angst davor, einfach loslegen, es lohnt sich!“

„Nie mehr ohne QM“

QM und Patientensicherheit:

„Patientensicherheit ist das oberste Ziel, QM ein möglicher Weg dahin.“

„Die Implementierung eines QM wird die Patientensicherheit erhöhen.“

„Behutsam einführen, dann aber konsequent anwenden. Fehlerbearbeitung nicht zum Kopf-abreißen sondern als Mittel der Qualitätsverbesserung begreifen“

Wohl gibt es weiterhin negative, auch hoch emotionale Kommentare – doch die Häufigkeit ist zurückgegangen. Die in den letzten Jahren noch massiv spürbare Wut und angestaute Aggressivität ist vielfach einer nüchternen Betrachtung gewichen und in einigen Fällen klingt auch eine gewisse Resignation durch.

Allerdings: Überschäumender Enthusiasmus ist ebenfalls zurückgegangen. Wie schon im vergangenen Jahr trat eine weitere Ernüchterung ein. Insgesamt wird QM zunehmend als das gesehen, was es eigentlich sein soll: ein wichtiges, hilfreiches Instrument in der Praxis – von dem aber keine Wunderdinge erwartet werden können und sollten.



Diskussion

Es lassen sich einige Tendenzen, auch im Zusammenhang mit den vorherigen Studien herausarbeiten:

Zum Antwortverhalten in der Studie lässt sich zunächst feststellen, dass sowohl Frauen wie auch höhere Altersgruppen jetzt praktisch repräsentativ antworten. Dies vermindert systematische Verzerrungen. Bis auf eine weiterhin deutlich geringere Antwortrate von Niedergelassenen aus Ostdeutschland zeigen die eingesetzten Variablen zur Bestimmung von Repräsentativität keine bedeutsamen Abweichungen mehr.

Das QM-Verfahren QEP setzt sich zunehmend durch. Die Entwicklung der KBV in Zusammenarbeit mit KVen, Berufsverbänden und Arzthelferinnen wird zu einem erfolgreichen praxisorientierten Produkt. Während QEP von 24,6% (2008) auf 26,4% stieg, war DIN ISO EN weiter rückläufig: von 32,1% (2008) auf 24,1%. Eignung für die Praxis (52,5%) und geringe Kosten (52,2%) spielen dabei die entscheidenden Rollen.

Bei der Wahl und Bewertung von Berater und Zertifizierer zeigt sich weniger Unsicherheit, und die Niedergelassenen bewerten beide Angebote größtenteils positiv bzw. sehr positiv. 87,6% würden sich wieder für denselben Berater (86,2% für denselben Zertifizierer) entscheiden. Die KVen sind mit über 40% (42,2%) die führende Informationsquelle. (2008: 33,3%). Berater wurden primär über Ausstellung/Fortbildung bzw. Empfehlung von Kollegen gefunden. Hier kann somit von einem weit entwickelten und funktionierenden kompetitiven Markt gesprochen werden, jedoch sind weitere Anstrengungen zur Qualitätssicherung und -steigerung sinnvoll.

Obwohl zwei Drittel (65,7%) aller Responder ihre Mitarbeiter kontinuierlich über den QM-Prozess informieren und 21,3% diese schon vor Beginn des Prozesses einbinden, meint immerhin noch einer von neun Antwortenden QM als reine Chefsache betrachten zu können, ohne das Praxispersonal zu involvieren. Dies ist kritisch zu sehen, da hiermit ein Kerngedanke von QM nicht zum Tragen kommt.

Das neu eingeführte Thema „Patientensicherheit und Qualitätsmanagement“ wurde von den Antwortenden sehr gut aufgenommen. Fast alle Fragebögen (94,3%) wurden auch hier komplett ausgefüllt. Nur ein Viertel (25,8%) der Responder sagen, dass ihnen ein „Critical Incident“ nie passiert, bei 41,3% kommt dies nach eigener Einschätzung einmal im Jahr vor, und ein weiteres Viertel (24,5%) schätzen, dass dies einmal pro Monat vorkommt. Einer von elf Antwortenden (9%) gibt an, zumindest einmal pro Woche oder häufiger einen „Critical Incident“ zu haben. Dies zeigt zweierlei: (i) die von Standesvertretern, Berufsverbänden und der Versorgungsforschung angeregte „Kultur“ des Aus-Fehlern-Lernens hat zur Wahrnehmung von kritischen Ereignissen geführt, über die auch berichtet wird, (ii) die Häufigkeit der wahrgenommenen kritischen Ereignisse ist keine vernachlässigbare Größe, sondern im Gegenteil ein bedeutsamer Aspekt in der gegenwärtigen ambulanten Versorgungslandschaft.

Fehler mit Patientenschaden werden etwas seltener genannt. Während ein Drittel (32,8%) sagt, dies passiere ihnen nie, äußern 36%, dies käme einmal pro Jahr bei ihnen vor. 23,1% berichten von so einem Ereignis pro Monat, 6% pro Woche und 2% pro Tag. Dies ergibt bei insgesamt 206.000 Niedergelassenen konservativ gerechnet etwas über 2,5 Million „Critical Incidents“ mit Patientenschaden im Jahr.



Der Nutzen von QM im Hinblick auf Patientensicherheit zeigt eine breit gefächerte Wahrnehmung. Während 42% der Ärzte sagen, QM habe keinen oder nur geringfügigen Einfluss auf Patientensicherheit, meinen 16 %, QM mache die tägliche Praxis komplizierter und es verbleibe weniger Zeit für optimale Patientenbetreuung. 23% spüren eine deutliche positive Wirkung und 19% spüren einen sehr positiven Effekt – zusammen ebenfalls 42%, die ein Mehr an Patientensicherheit durch QM attestieren. 16 % negativer Wahrnehmung stehen somit 42% positive Wirkungswahrnehmung gegenüber.

Differenzierter ist jedoch das Bild, wenn man ermittelt, in welchen Praxen QM wesensgemäß eingesetzt wird. Als Indikator dafür kann die kontinuierliche Integration in den QM-Prozess gewertet werden. Diese größte Gruppe wiederum sieht mehrheitlich (54 %) durch QM eine positive Wirkung auf die Patientensicherheit.



Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH
Parkallee 20, 20144 Hamburg
Tel. 040 / 39 80 46 9 – 0, Fax 040 / 39 80 46 9 - 1

info@ggma.de, www.ggma.de



Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg
Tel: 040 / 80 90 87 – 0, Fax. 040 / 80 90 87 - 555

info@stiftung-gesundheit.de, www.stiftung-gesundheit.de



Management Service

TÜV SÜD Management Service GmbH
Rüdiger Kruse
Vertriebsbeauftragter
Ridlerstraße 65, 80339 München
Tel: 089 / 57 91 – 23 06, Fax: 089 / 51 55 - 25 15

ruediger.kruse@tuev-sued.de, www.tuev-sued.de/tms