



Qualitätsmanagement in ärztlichen Großpraxen und medizinischen Einrichtungen 2011

**Eine deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärz-
ten in ärztlichen Großpraxen, Medizinischen Versorgungs-
zentren und ambulant versorgenden Kliniken**

Eine gemeinsame Studie der Stiftung Gesundheit und dem TÜV SÜD
durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse





Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Methode	3
1.3 Ergebnisse	3
1.4 Diskussion	4
2. Qualitätsmanagement in ärztlichen Großpraxen und medizinischen Einrichtungen	5
2.1 Einführung	6
2.2 Material und Methoden	6
2.2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung	6
2.2.2 Der Fragebogen	7
2.2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Responder	7
2.3 Ergebnisse	9
2.3.1 Status Quo zum QM	9
Grafik 1: In welcher Phase des Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?	9
Grafik 2: In welcher Phase des QM- Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?.....	10
Grafik 3: Welches QM-System wird in Ihrer Praxis / Einrichtung umgesetzt?	11
Grafik 4: Die Verteilung der QM-Systeme im Jahr 2010	12
2.3.2 Entscheidungsgründe für das jeweilige System	13
Grafik 5: Warum hat sich Ihre Einrichtung für dieses System entschieden?	13
Grafik 6: Wesentliche Entscheidungsgründe für das QM-System	14
2.3.3 Vor dem QM-Prozess	15
Grafik 7: Welche Beratung wäre im Vorfeld des QM-Prozesses wünschenswert gewesen?	15
2.3.4 Einbindung der Mitarbeiter in den QM-Prozess	16
Grafik 8: Inwieweit wurden die Mitarbeiter über den QM-Prozess in Ihrer Einrichtung informiert?	17
Grafik 9: Involvierung der Mitarbeiter in den QM-Prozess im gesamten ambulanten Sektor.....	18
Grafik 10: Wie haben die Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung auf die Einführung von QM reagiert?	19
Grafik 11: Wie haben sich die Einstellung und die Arbeit Ihres Teams durch die Einführung von QM gewandelt?	20
2.3.5 QM und Patientensicherheit	22
Grafik 12: Wie beurteilen Sie den Nutzen von QM für die Fehlerreduktion und Patientensicherheit	22
Grafik 13: Vergleich: Nutzen von QM für die Fehlerreduktion und Patientensicherheit	23
2.3.6 Wirkung von QM auf die Patienten	24
Grafik 14: Wie beurteilen die Patienten den Nutzen von QM in Ihrer Einrichtung?	24
2.3.7 Berater, Zertifizierer und Dienstleister	25
Grafik 15: Wurde Ihre Einrichtung beim QM-Prozess von einem externen Berater unterstützt?	25
Grafik 16: Wie zufrieden ist Ihre Einrichtung mit diesem Berater?	26
Grafik 17: Zufriedenheit mit dem Berater	27
2.3.8 Zertifizierung ja oder nein	28
Grafik 18: Die Einrichtung hat sich aus folgenden Gründen für eine Zertifizierung entschieden	28
Grafik 19: hat es für Sie eine besondere Bedeutung eine zertifizierte Arztpraxis/Einrichtung zu sein?	30
2.3.9 Zufriedenheit mit dem Zertifizierer	31
Grafik 20: Wie zufrieden ist Ihre Einrichtung mit dem Zertifizierer?	31
3. Diskussion	32



1. Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Nach Ablauf der Karenzzeit für die verpflichtende Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagements (QM) ist auch in der ambulanten medizinischen Versorgung die Diskussion vom „ob“ hin zu konkreten praktischen Fragen zu best practice, Kosten und Outcome übergegangen (vgl. dazu auch die jährlichen Studien der Stiftung Gesundheit zu QM und Patientensicherheit von 2007 bis 2010).

Das Ziel dieser vorliegenden Studie ist es, QM speziell in Großpraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und ambulant versorgenden Kliniken detailliert zu betrachten. Für eine differenzierte Lage-Erhebung wird hier die Erkenntnis zugrunde gelegt, dass die immanenten strukturellen Unterschiede zwischen einer kleinen Einzelpraxis einerseits und einer viele Ärzte beschäftigenden Einheit andererseits groß sind. Dies ist wertfrei und keine Frage von zum Beispiel Kompetenz. Die Anzahl und der Komplexitätsgrad der zu ordnenden Handlungsstränge unterscheiden sich naturgemäß. Und damit unterscheiden sich auch die Anforderungen an Strukturierung und Steuerung. Aus diesem Grunde werden folgend die großen ambulanten medizinischen Einrichtungen in deren tatsächlichen Handlungen, Erkenntnissen und Einschätzungen bezüglich QM betrachtet.

1.2 Methode

6.000 Ärzte in Großpraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und in ambulant versorgenden Kliniken, wurden angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Dieses Sample wurde entsprechend der bundesweiten Grundgesamtheit aller Ärzte nach den geografischen, demografischen und fachlichen Spezifika repräsentativ stratifiziert. Die Praxisinhaber, MVZ-Ärzte und Klinikärzte wurden individuell angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen. Eine Inzentivierung wurde den Probanden bewusst nicht angeboten.

1.3 Ergebnisse

191 Ärzte lieferten aussagekräftige Antworten. Die Antwortquote ist mit 3,2 Prozent niedriger als in den bisherigen Studien (Antwortraten zwischen 4,2 und 6 Prozent). Deutlich höhere Responseraten lassen sich erfahrungsgemäß erreichen durch verschiedene Inzentivierungsformen und/oder multiplen Nachfragen und Erinnerungsschreiben. Auf alle diese Instrumente verzichtet die Stiftung Gesundheit und in diesem Lichte sind die Ergebnisse zu würdigen.

Eindeutiges Ergebnis der Befragung: QM ist weitgehend akzeptiert, und das Gros der Praxen und medizinischen Einrichtungen hat sich explizit und mit Bewusstheit des Themas ange-



nommen. Die Zufriedenheit mit Beratern und Zertifizierern ist sehr hoch – der Markt kann als etabliert und gut funktionsfähig eingeschätzt werden.

1.4 Diskussion

Der Ordnung halber sei hier eingangs noch einmal festgestellt, dass QM keine medizinisch-fachliche Kategorie ist, sondern die Formalisierung und Ordnung notwendiger Steuerungsprozesse arbeitender Einheiten. Die Akkuratess der Prozess-Steuerung hat wiederum Wirkungen auf ein Spektrum von Faktoren, die für nachhaltigen Erfolg relevant sind. Dazu zählt die Effizienz und damit Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes einschließlich der zumeist teuersten Ressource, der Labour Force, der Leistung der Mitarbeiter. Strukturierte und damit eher verlässliche Prozesse und Abläufe mindern außerdem Fehler-Risiken und fördern im Grundsatz damit auch die Sicherheit – sowohl für Patienten wie gleichermaßen auch des Personals. Hier sei ergänzend verwiesen auf vorausgegangene Studien zu QM und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Zertifizierung, medizinische Einrichtungen Berufsausübungsgemeinschaften BAG, Gemeinschaftspraxen, Versorgung Deutschland



2. Qualitätsmanagement in ärztlichen Großpraxen und medizinischen Einrichtungen

Eine deutschlandweite Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Großpraxen, Medizinischen Versorgungszentren und ambulant versorgenden Kliniken

Autor:

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

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

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Genehmigung der Ethik-Kommission: nicht notwendig

Danksagung: Der Autor möchte 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.



2.1 Einführung

Seit 2007 wird die Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis“ jährlich durchgeführt. Darin werden die Rezeption, die Praxis, Erfahrungswerte und Outcome für den gesamten ambulanten Sektor analysiert. Aufbauend und in Ergänzung dazu wurde in dieser vorliegenden Erhebung spezifisch auf die größeren Einheiten der medizinischen Versorgung in Deutschland geschaut, auf große Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und medizinische Einrichtungen auch unter dem Dach der Kliniken. Diese Einheiten haben andere Anforderungen wie Potenziale hinsichtlich Organisationsstrukturen und Management.

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

2.2 Material und Methoden

2.2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Um Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurde aus dem Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit eine geschichtete Zufallsstichprobe der Größe $n = 6.000$ gezogen. Geantwortet haben 191 Niedergelassene – eine Antwortquote von 3,2 Prozent (bereinigtes Sample ohne Responder, deren Antworten wegen struktureller Mängel verworfen wurden). Diese Responderquote bei einer Internet-Befragung ist vergleichsweise niedrig (siehe frühere Studien der Stiftung Gesundheit, die Responderaten von 4,2 bis 6 Prozent aufwiesen), liegt aber mit 3 Prozent noch im gängigen Bereich. Durch bewusste Vermeidung jedweder Inzentivierung sollte ein Bias so weit wie möglich vermieden 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, alle Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren und alle Klinikärzte umfasst, einschließlich der Angaben zu Praxis-/Kliniktyp und -größe (Arztanzahl), Fachrichtung und Kontaktdaten. Von einem sehr weit überwiegenden Teil der rund



130.000 Adressen der aktuell niedergelassenen Ärzte einschließlich reiner Privatbehandler, 57.000 Zahnärzte sowie 21.000 Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland liegt die personalisierte E-Mail-Adresse des jeweiligen Arztes 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.

2.2.2 Der Fragebogen

Der Fragebogen umfasst insgesamt 24 Fragen und ist in sieben thematische Bereiche eingeteilt: „Über die Ärztin den Arzt“, „Status Quo des QM in der Praxis“, „Wissen über QM in der Praxis/Einrichtung“, „Einführung von QM in der Praxis/Einrichtung“, „Zertifizierung von QM in der Praxis/Einrichtung“, „Kosten von QM in der Praxis/Einrichtung“ und „QM-Anbieter/Dienstleister“.

2.2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Aus der Grundgesamtheit der in Deutschland ambulant bzw. leitend in medizinischen Einrichtungen tätigen Ärzte, Zahnärzte und PP wurden diejenigen selektiert, die (leitend) in medizinischen Einrichtungen, MVZ oder großen Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind. Berücksichtigt wurden dabei Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften ab vier Ärzten respektive ab acht angestellten nichtärztlichen Mitarbeitern in der jeweiligen Praxis.

Daraus wurde eine Stichprobe von $n = 6.000$ gezogen und daraufhin die Inhaber dieser Praxen bzw. Leiter der Einrichtungen angeschrieben. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt 191 Online-Fragebögen ein (3,2 Prozent Rücklauf).

Anhand der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit ist es möglich, die Grundgesamtheit und Stichprobe hinsichtlich bestimmter soziodemographischer Merkmale zu vergleichen und nach diesen auszuwählen, um Hinweise auf mögliche Verzerrungen (Bias) hinsichtlich der Repräsentativität zu erhalten.



Bei diesem vergleichsweise geringen Rücklauf ist besonders sorgfältig die Möglichkeit einer systematischen Verzerrung (Bias) zu prüfen. Generell sind Rücklaufquoten bei nicht massiv incentivierten Studien bei Ärzten gering. Jedoch ist die Ärzteschaft als deutlich homogener als beispielsweise die allgemeine Bevölkerung einzustufen. Der Befragungsmodus via E-Mail-Anschreiben und Ausfüllen eines Online-Fragebogens führt tendenziell zur Überrepräsentation von technikaffinen Ärzten. Auch kann davon ausgegangen werden, dass Ärzte mit einem Interesse an der Thematik den Fragebogen vergleichsweise häufiger ausfüllen werden als solche, die ein geringes Interesse haben. Hier werden sowohl Ärzte mit positiven wie auch negativen Erfahrungen eine größere Neigung haben, ihre Erfahrungen durch einem Fragebogen wiederzugeben.

Beide Mechanismen machen es wahrscheinlich, dass in der hier vorliegenden Studie die Frage des QM insgesamt eher prononcierter abgebildet ist als in der Grundgesamtheit. Technikaffine Ärztinnen und Ärzte sowie solche mit einem höheren Interesse an der Thematik werden wahrscheinlich häufiger geantwortet haben und damit über eine weiter fortgeschrittene QM-Situation, aber eben auch über vermehrt negative Erfahrungen berichten.

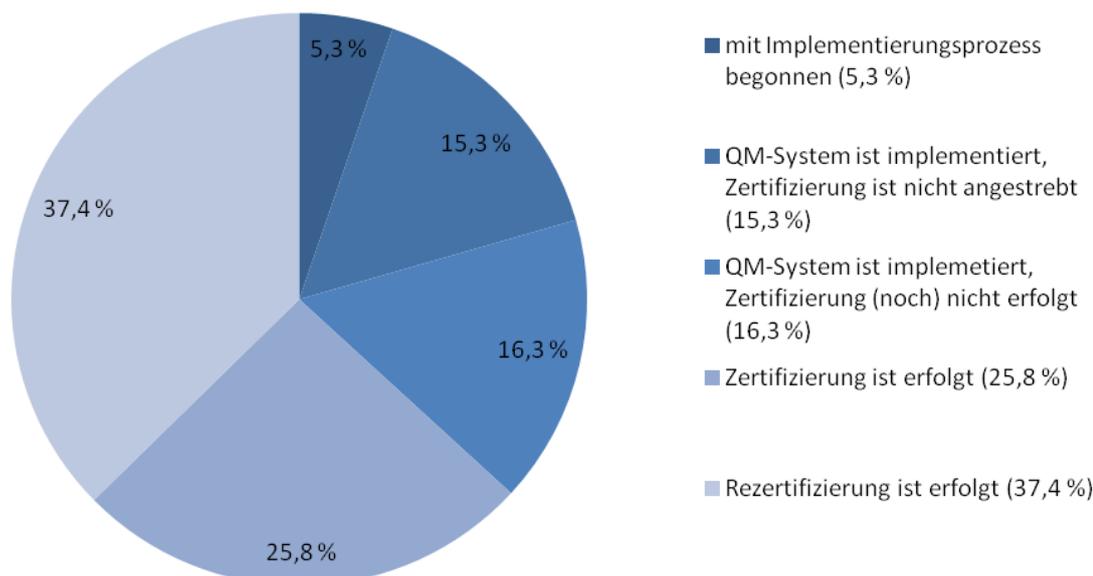


2.3 Ergebnisse

2.3.1 Status Quo zum QM

Grafik 1: In welcher Phase des Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich? (n = 190)

In welcher Phase des Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?



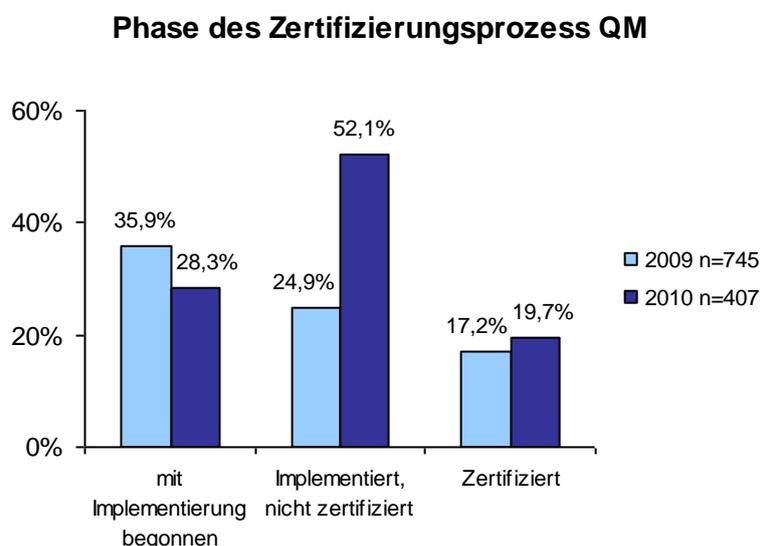
Mehr als 60 Prozent der Responder geben an, bereits ein QM-System zertifiziert bzw. rezertifiziert zu haben. Rund 16 Prozent werden ihr QM-System noch zertifizieren. 15,3 Prozent der Befragten streben keine Zertifizierung an. Nur rund 5 Prozent haben gerade erst mit dem Implementierungsprozess begonnen.

Die Einführung eines anerkannten QM-Systems ist vorgeschrieben sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor. Anders die jeweilige einrichtungs-individuelle Zertifizierung: Für Kliniken und Reha-Einrichtungen ist dies obligatorisch; für die Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung dagegen nicht. Dennoch hat sich auch ein großer Teil der großen BAG bzw. MZV/Kliniken ihr jeweiliges QM durch externe Prüfer zertifizieren lassen bzw. streben dies an. Das ist ein klares Signal: Diese Verantwortlichen nehmen freiwillig ein Mehr an Arbeitsaufwand, Instruktion und Kooperation mit den Mitarbeitern und Kosten auf sich. Sie stellen zudem Dritten gegenüber Interna zur Verfügung und akzeptieren Korrekturhinweise von Externen im Sinne des effektiveren Managements, eines klar kommunizierbaren Marketing-Aspekts und auch im Interesse der Patientensicherheit (vgl. Studie der Stiftung Gesundheit: „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010“).



Zum Vergleich das Bild im gesamten ambulanten Sektor 2010:

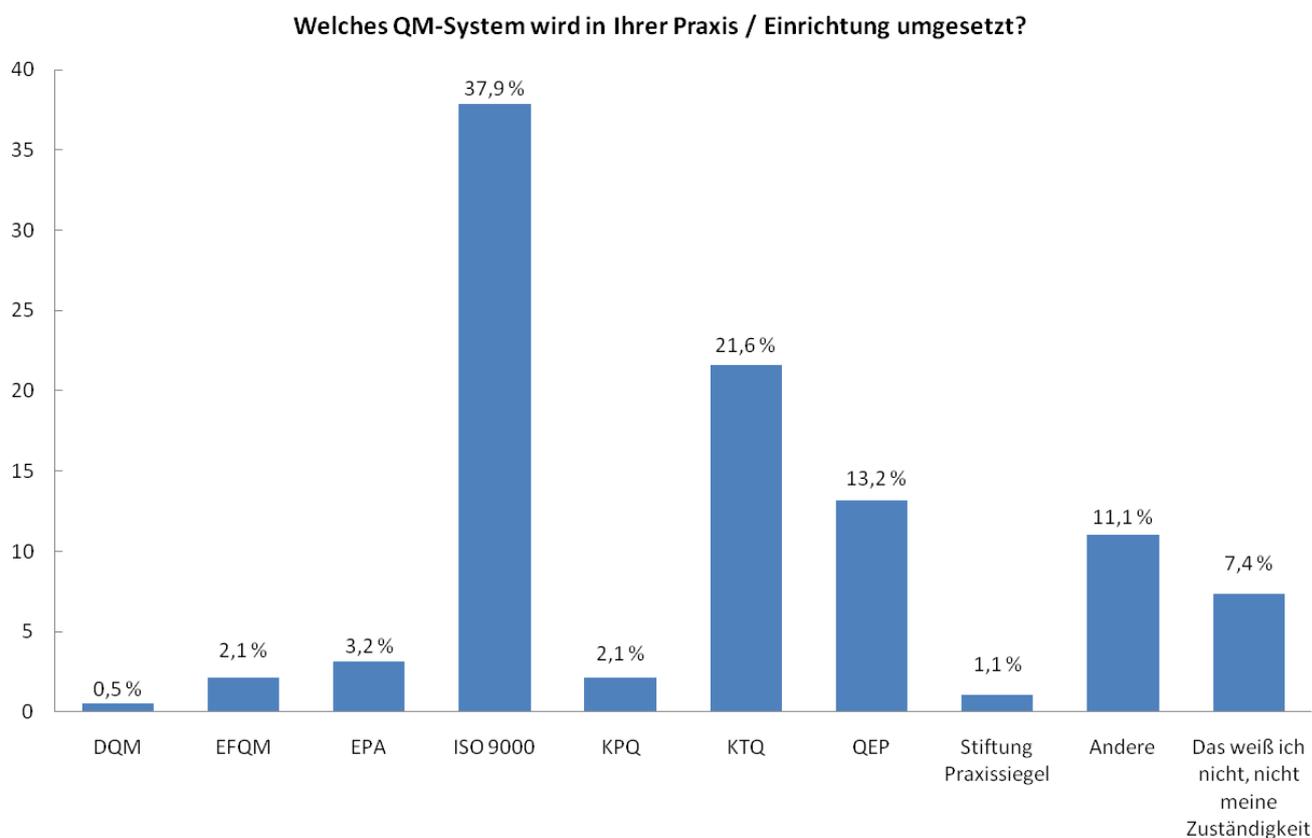
Grafik 2: In welcher Phase des QM- Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?



Die fakultative Zertifizierung wählte weniger als ein Fünftel der Gesamtheit aller Praxisgrößen der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und PP – gegenüber rund drei Vierteln in den Großpraxen und medizinischen Einrichtungen. Dies bedeutet keine negative Wertung, sondern kann durchaus als ein Indiz für sinnvollen Realitätsbezug gedeutet werden: Größere Einrichtungen bedürfen einer stärkeren Strukturierung und Formalisierung der Abläufe, um effektiv arbeiten zu können. Dies spiegelt sich in der tatsächlichen Umsetzung in den unterschiedlichen Organisationsstrukturen und Komplexitätsgraden wider. Zudem sind für größere wirtschaftliche Einheiten die Kosten einer Zertifizierung tendenziell geringer in Relation zum Umsatzvolumen und werden als Element eines umfassenden Management-Prozesses verstanden. Auch kann vermutet werden, dass solche Einrichtungen eine stärkere Marketingausrichtung haben und sich dabei verstärkt an Zuweiser wenden. Hier spielt dann die Zertifizierung eine wichtige Rolle in der Präsentation von Kompetenz.



Grafik 3: Welches QM-System wird in Ihrer Praxis / Einrichtung umgesetzt? (n = 190)



DIN EN ISO und QEP sind die Grundpfeiler des Qualitätsmanagements im ambulanten Sektor der medizinischen Versorgung in Deutschland. Doch wie sieht das im Bereich der Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken aus?

ISO 9000 ist mit 37,9 Prozent eindeutig das meist verwendete QM-System. Danach folgt mit 21,6 Prozent KTQ und mit 13,2 Prozent QEP.

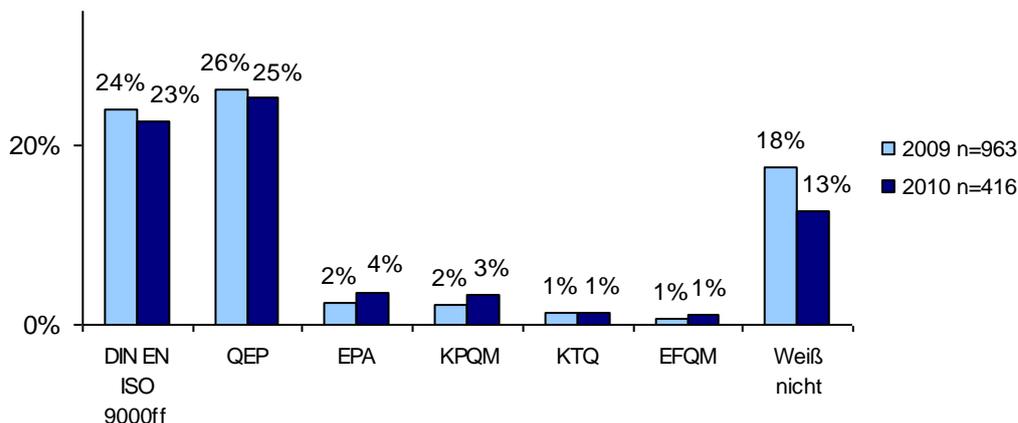
Für die *Gesamtheit* der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und PP in Deutschland sah dieses Bild im Jahre 2010 so aus:



Aus der Studie „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010:

Grafik 4: Die Verteilung der QM-Systeme im Jahr 2010

Verteilung der Systeme im Jahresvergleich



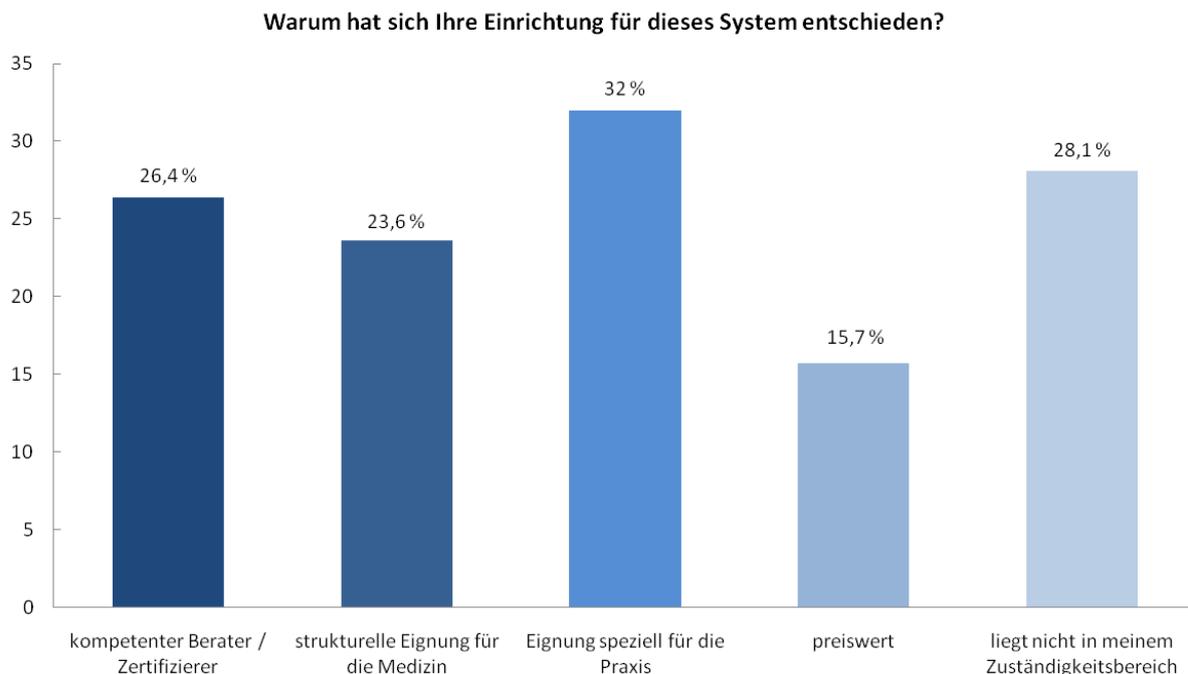
QEP, von seinen Schöpfern ausdrücklich als QM-System für kleine Praxen im ambulanten Sektor gestaltet, hatte in eben diesem Sektor innerhalb weniger Jahre das traditionell gut eingeführte DIN überholt. Bei der Analyse der Praxisgrößen und Fachgruppen zeigt sich, dass es in der Tat die kleinen Einheiten sind, die dieses, von der KBV geschaffene, QM-System einsetzen.

KTQ ist von seiner Provenienz her ein System für den Stationären Bereich. Somit ist es schlüssig, dass es vorrangig seinen Platz bei den Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken. DIN EN ISO 9000 als universales QM-System kann gut für größere Einheiten angepasst und eingesetzt werden.



2.3.2 Entscheidungsgründe für das jeweilige System

Grafik 5: Warum hat sich Ihre Einrichtung für dieses System entschieden? (n = 178, Mehrfachantworten zulässig)



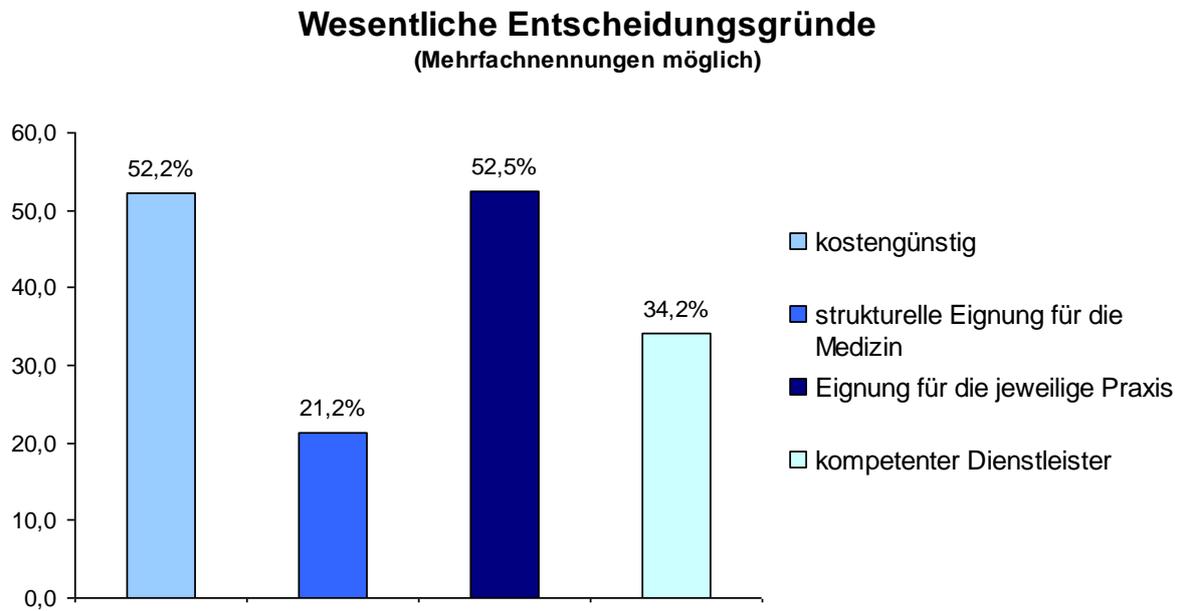
Ein QM-System soll, so 32 Prozent der Responder, vor allem speziell für die Praxis/Einrichtung geeignet sein. Die Kompetenz des Beraters (26,4 Prozent) spielt ebenso eine Rolle wie die strukturelle Eignung für die Medizin (23,6 Prozent). Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten, bei denen der Kostenfaktor bei der Auswahl des QM-Systems ein wichtiger Bestandteil ist, scheint dies bei den Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken eher nachrangig zu sein (15,7 Prozent). Auch hier werden die Größe einer Einrichtung, die professionelle Attitüde hinsichtlich QM und die Bedeutung für das Marketing wesentliche Rollen gespielt haben.

Zum Vergleich die Struktur des gesamten niedergelassenen Bereichs. Die Kosten und die spezifische Eignung für die Praxis stehen dort eindeutig im Vordergrund (Daten aus der Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009“):



Zum Vergleich: Entscheidungsgründe für das jeweilige System: gesamter Ambulanter Bereich

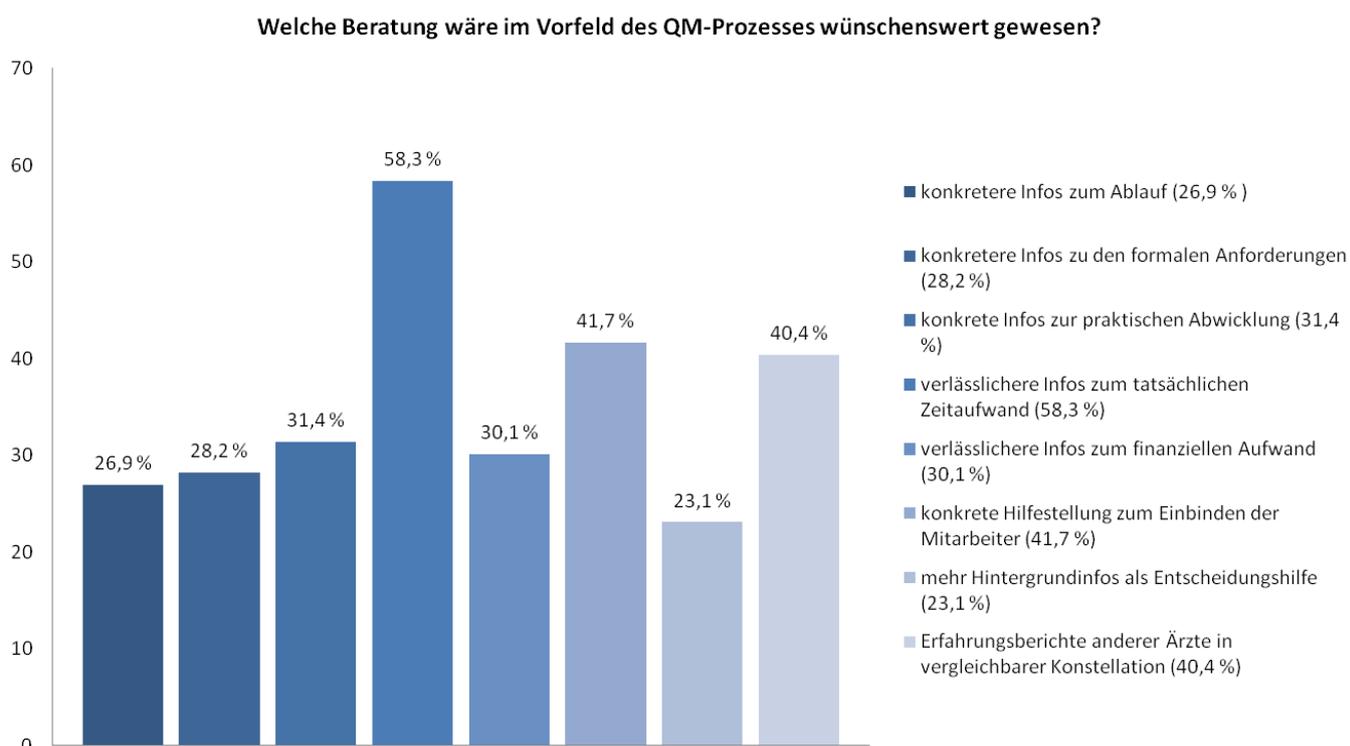
Grafik 6: Wesentliche Entscheidungsgründe für das QM-System





2.3.3 Vor dem QM-Prozess

Grafik 7: Welche Beratung wäre im Vorfeld des QM-Prozesses wünschenswert gewesen?
(n = 156, Mehrfachantworten zulässig)



Fast 60 Prozent der Responder hätten gerne verlässlichere Informationen zum tatsächlichen Zeitaufwand des QM-Prozesses gehabt. Hier zeigt sich die immer wieder aus der Praxis bekannte Problematik der Umsetzung neuer Prozesse: ein sehr hohes Maß an Zeitintensität. Auch steht zu vermuten, dass Berater und Anbieter generell den Zeitaufwand im Vorfeld herunterspielen, um die wahrgenommene Eintrittshürde gering zu halten. Rund 42 Prozent wünschen sich konkretere Hilfestellungen zur Einbindung der Mitarbeiter und 40 Prozent hätten möglicherweise im Vorfeld des QM-Prozesses von Erfahrungsberichten anderer Ärzte profitieren können. Dies ist ein wichtiger Hinweis für die KVen: Sie könnten als Sachwalter der Ärzte den Marktprozess unterstützen und transparenter machen, indem sie Ärzte zum fachlichen Austausch im Peer-Prozess zusammen bringen.

Durchweg geben die Responder an, dass sie gerne insgesamt konkretere Hilfestellung gehabt hätten. Immerhin noch 30 Prozent der Befragten fühlten sich nicht verlässlich genug im Bereich des finanziellen Aufwandes informiert. Hier gilt ähnliches wie beim Zeitaufwand: Anbieter und Berater werden versuchen die Hürden anfangs als möglichst klein darzustellen.



Aufgrund der Verbindlichkeit von finanziellen Angeboten ist dies im Bereich der Kosten aber nur bedingt möglich.

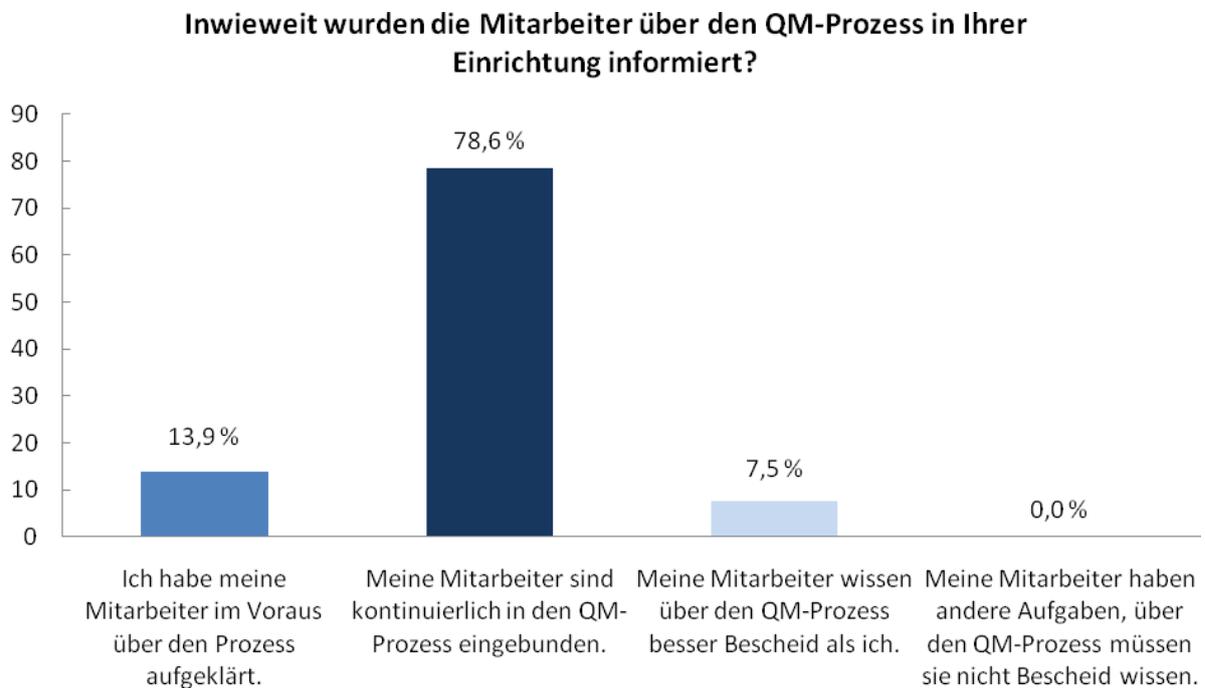
Aus der Perspektive der Dienstleister rund um QM und Zertifizierung manifestieren sich hier legitime Kundenwünsche, die in der Wahrnehmung der Kunden, der Ärzte, offenkundig bisher nicht hinreichend bedient wurden: Die Auswahl des QM-Systems, die Implementierung, die Arbeit mit dem Team an der Umsetzung, die Planung von Zeitaufwand, Kosten und Nutzen bei einem solch komplexen und vor allem praxisindividuellen Prozess ist notwendigerweise schwierig, wenn nicht sogar ex ante nur beschränkt möglich. Umso wichtiger sind hier Erfahrungswerte vergleichbarer Einheiten – und die Erfahrung der Dienstleister in solchen Prozessen.

2.3.4 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, wenn entsprechende Unterstützung sowie nach außen und innen kommunizierte Legitimation und Verantwortung erfolgen.



Grafik 8: Inwieweit wurden die Mitarbeiter über den QM-Prozess in Ihrer Einrichtung informiert? (n = 187)

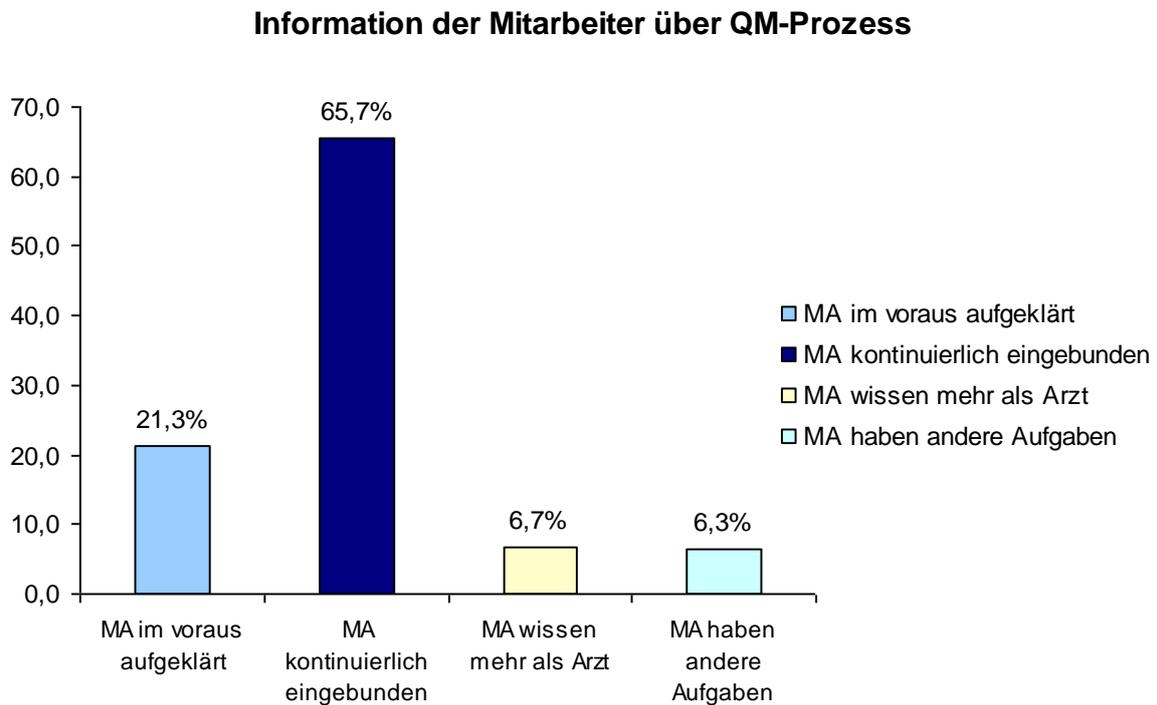


Keiner der befragten Repräsentanten medizinischer Einrichtungen ist der Meinung, dass die Mitarbeiter vollständig aus dem QM-Prozess herausgehalten werden sollten – ein theoretisch sehr erfreuliches Ergebnis. Fast 80 Prozent der Befragten binden ihre Mitarbeiter kontinuierlich in den QM-Prozess ein. Ein kleiner Teil der Mitarbeiter wurde bereits im Vorfeld über den QM-Prozess informiert (13,9 Prozent) und einige der Befragten sind der Meinung, dass die Mitarbeiter besser über QM Bescheid wissen als sie selbst.

Dies ist noch einmal eine Verbesserung im Vergleich zu schon sehr guten Ergebnissen aus dem gesamten ambulanten Sektor, wie die korrespondierende Erhebung dort aus dem Jahr 2009 zeigt.



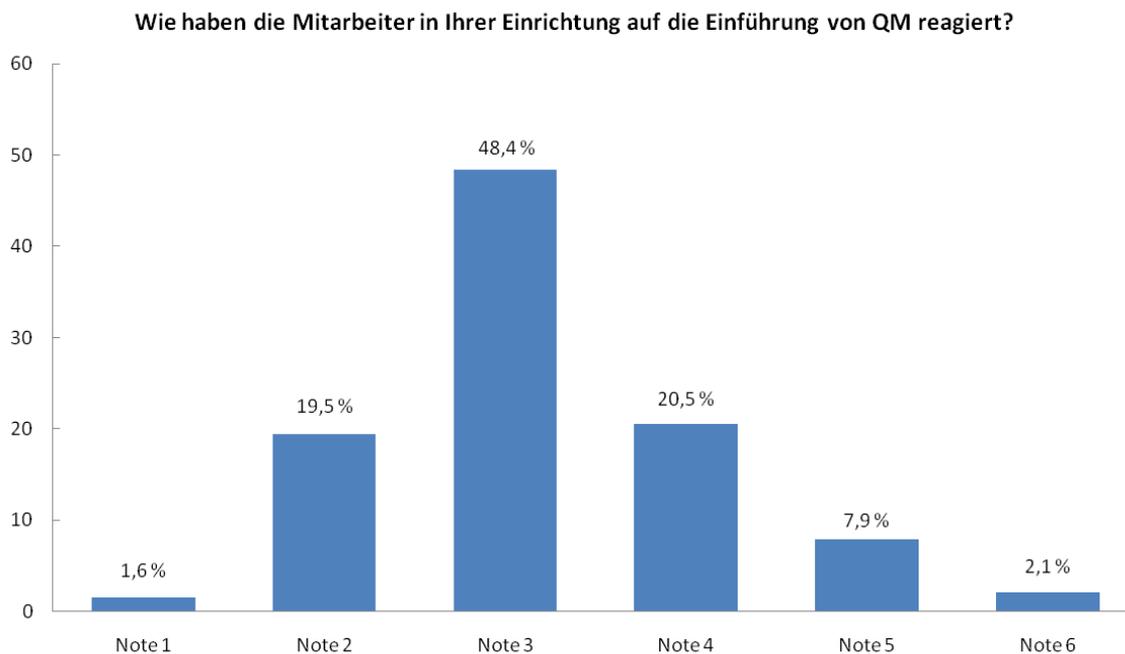
Grafik 9: Involvierung der Mitarbeiter in den QM-Prozess im gesamten ambulanten Sektor



Die große Mehrzahl der Ärzte sowohl in Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken als auch im gesamten ambulanten Sektor sieht also den QM-Prozess im Kern als Team-Aufgabe.



Grafik 10: Wie haben die Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung auf die Einführung von QM reagiert? (n = 190, Schulnotenprinzip)

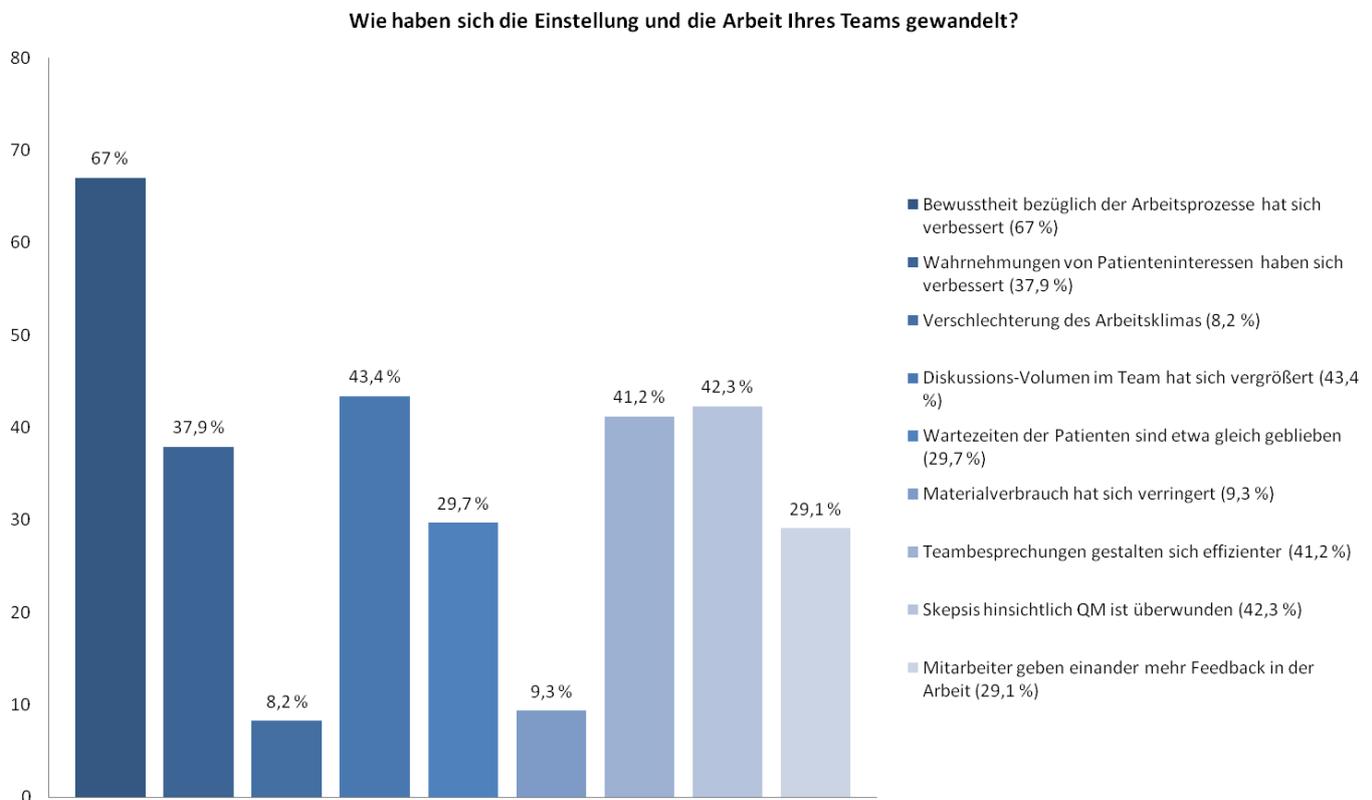


Der überwiegende Teil der Mitarbeiter hat gut bis ausreichend auf die Einführung von Qualitätsmanagement reagiert (88 Prozent).

Mitarbeiter in allen Bereichen und Funktionen bewerten kommende Veränderungen daraufhin, ob die eigene Position, Funktion, Anerkennung, Nische, Kompetenz oder gar der Arbeitsplatz berührt sein könnte. Veränderungen werden generell kritisch betrachtet und ist mit Unsicherheit behaftet. Vor diesem Hintergrund ist die Reaktion der Mitarbeiter als ein recht gutes Signal zu bewerten. Es lässt vermuten, dass Führungskräfte wie auch die Dienstleister eine hinreichende Kommunikationsleistung bezüglich der Veränderungen bezüglich QM erbracht haben. Jedoch sind immerhin 10 Prozent aller Mitarbeiter sehr negativ eingestellt (Note 5 oder 6).



Grafik 11: Wie haben sich die Einstellung und die Arbeit Ihres Teams durch die Einführung von QM gewandelt? (n = 182, Mehrfachantworten zulässig)



Zwei Drittel der Responder geben an, dass sich die Bewusstheit bezüglich der Arbeitsprozesse innerhalb des Teams verbessert hat. Gleichzeitig hat sich durch die Einführung von QM aber auch das Diskussionsvolumen im Team erhöht (43,4 Prozent), obwohl die Teambesprechungen mit Hilfe von QM effizienter gestaltet werden können (41,2 Prozent). Auf das Arbeitsklima und den Materialverbrauch scheint QM in der Einschätzung der Befragten keinen großen Einfluss zu haben.

Stellt dies einen Widerspruch dar? Gleichmaßen 40 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass sich die Effizienz, aber auch die schiere Menge der Teambesprechung gesteigert hat. Es steht zu vermuten, dass beide Extrema separat nebeneinander bestehen – dass also unterschiedliche Responder Effizienz statt Volumen benannt haben und vice versa. Möglich ist es auch, und wird in einem Teil der Einrichtungen zutreffen, dass Effizienz und Volumen zugleich angestiegen sind, da mit QM die erforderlichen Absprachen mit einem höheren Maß an Bewusstheit an definierter Stelle, in der Teambesprechung, durchgeführt werden. In den allermeisten Fällen wird der Aufwand für Abstimmung, Planung und auch für Auseinandersetzungen gestiegen sein. Dies ist unmittelbar für jeden Mitarbeiter deutlich. Aber auch ver-

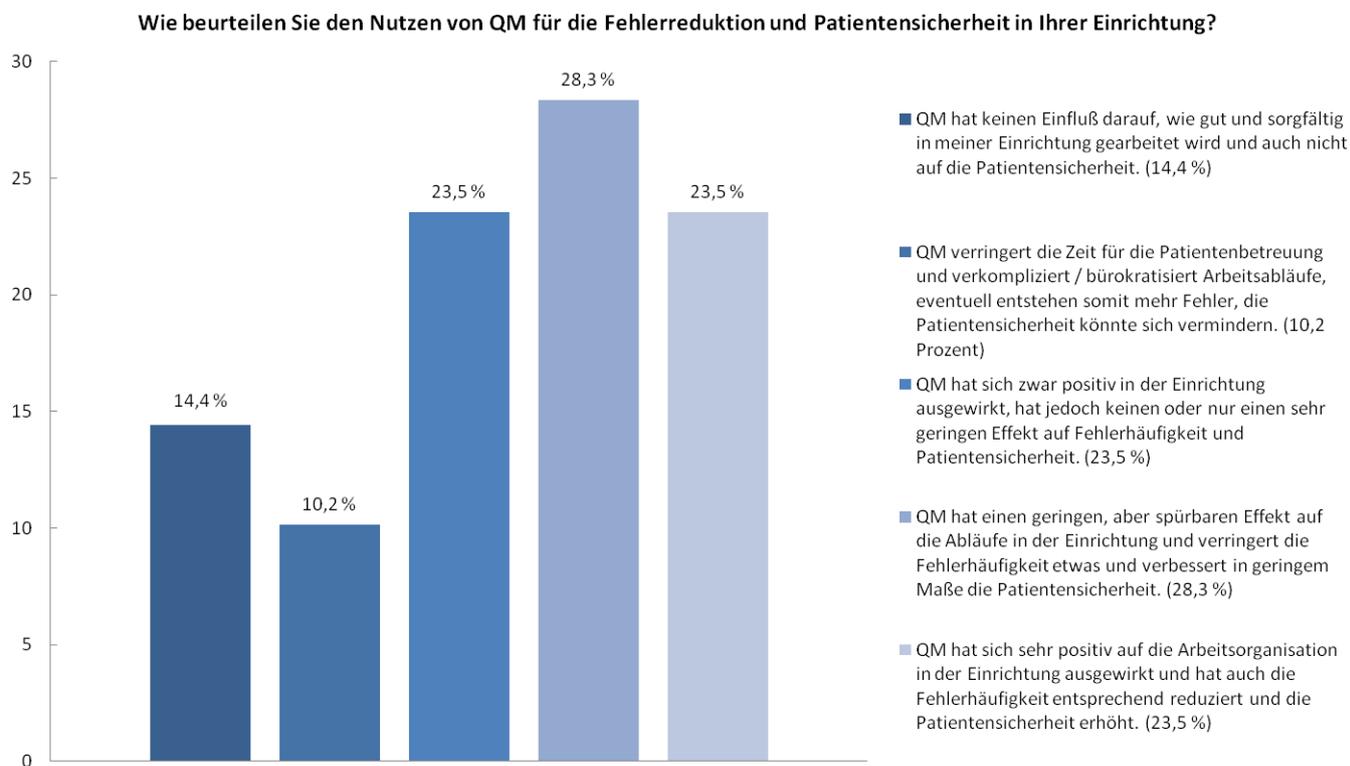


besserte Prozesse und eben weniger Abstimmungsbedarf für einzelne Arbeitsgänge kann von den Mitarbeitern direkt im Tagesgeschäft wahrgenommen werden.



2.3.5 QM und Patientensicherheit

Grafik 12: Wie beurteilen Sie den Nutzen von QM für die Fehlerreduktion und Patientensicherheit in Ihrer Einrichtung? (n = 187)



Rund 25 Prozent der Responder sind der Meinung, dass QM keinen oder einen eher negativen Einfluss auf die Patientensicherheit hat, wirklich kritisch sind lediglich 10 Prozent der Antwortenden. Dagegen sind aber 75 Prozent grundsätzlich der Meinung, dass QM einen positiven Effekt auf die Patientensicherheit hat. 23,5 Prozent davon nehmen sogar einen sehr positiven Einfluss wahr.

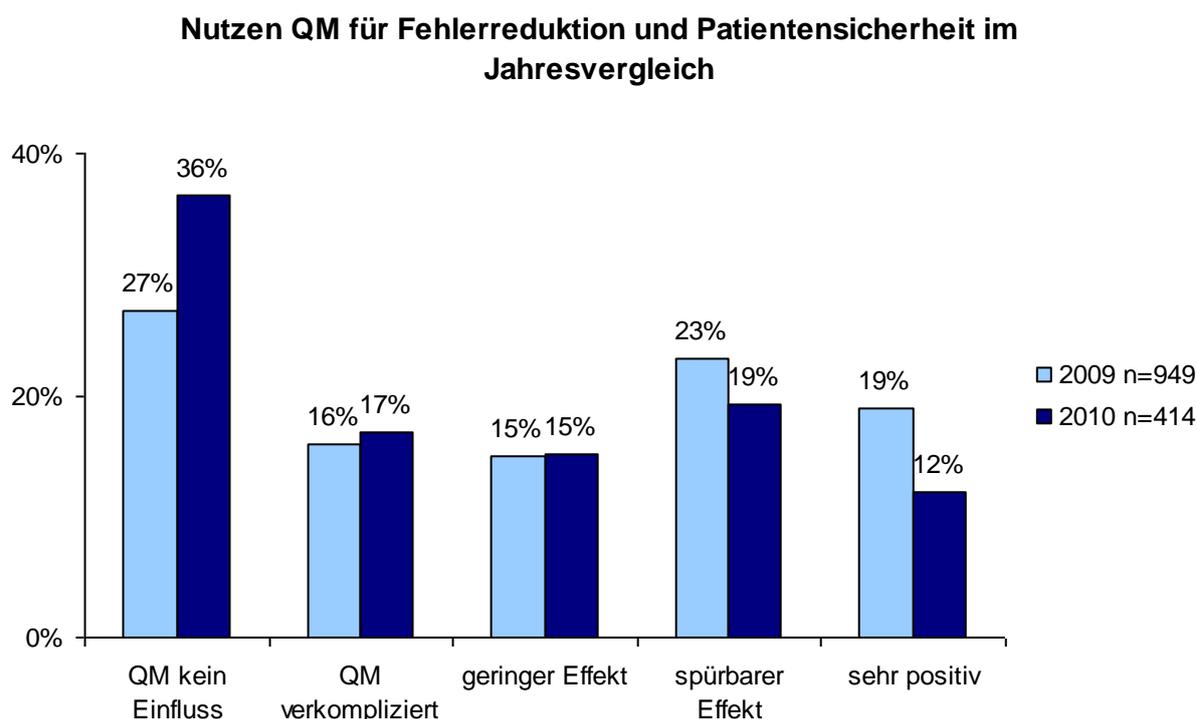
Ein nur geringer Zuwachs an Patientensicherheit durch QM kann zum Beispiel darin wurzeln, dass eine Praxis oder eine Einrichtung schon vor der expliziten Implementierung vom QM klar strukturiert war und dadurch der Zugewinn an Sicherheit nur noch gering ausfiel. Auf wie viele Praxen und Einrichtungen diese optimistische Interpretation tatsächlich anzuwenden ist, wäre ein interessanter Untersuchungsgegenstand, etwa anhand der konkreten Fallzahlen von Fehlern in Abläufen, Administration, Diagnose oder Behandlung. Dies übersteigt aber die Analysemöglichkeiten der hier vorliegenden Erhebung.

Fakt ist, dass per Saldo die große Mehrheit der Ärzte in QM einen Zuwachs an Patientensicherheit feststellt. Diese Einschätzung im Bereich der Großpraxen, MVZ und ambulant ver-



sorgenden Kliniken stimmt deutlich überein mit der Lage im gesamten ambulanten Sektor, wie die entsprechende Erhebung der Stiftung Gesundheit in den Jahren 2009 und 2010 zu QM und Patientensicherheit in der Ärztlichen Praxis zeigte:

Grafik 13: Im gesamten ambulanten Bereich in 2009 und 2010 zum Vergleich: Wie beurteilen Sie den Nutzen von QM für die Fehlerreduktion und Patientensicherheit in Ihrer Praxis/Ihrer Einrichtung?



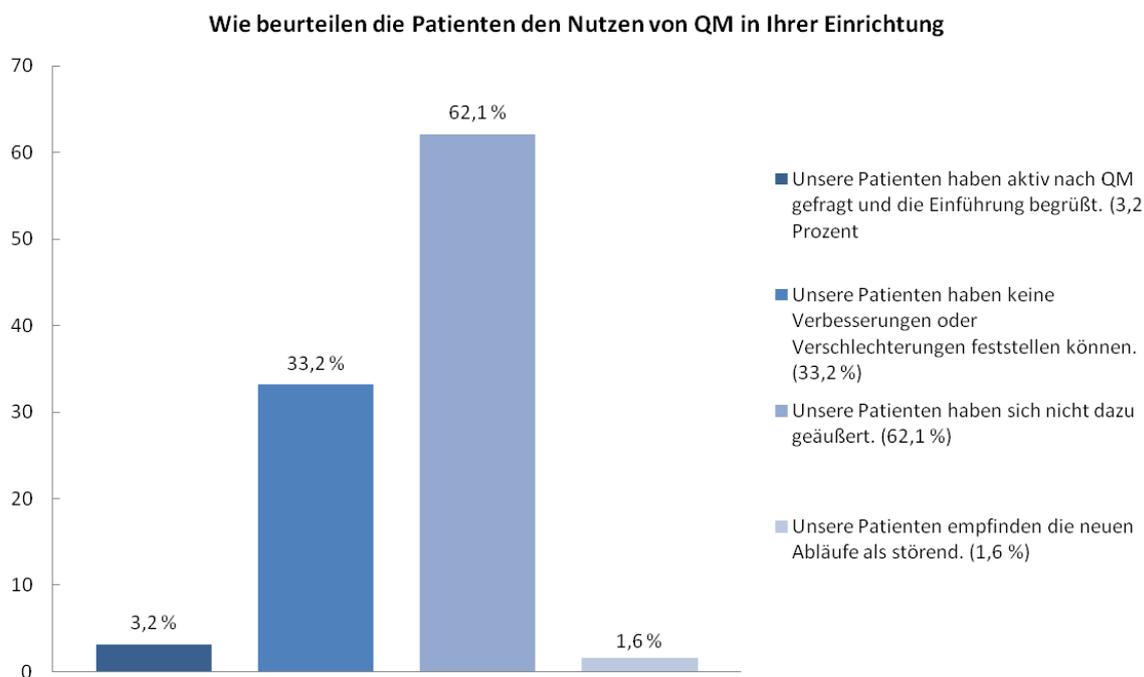
In der Summe ist die Einschätzung von Sicherheits-Zuwachs für die Patienten also bei den medizinischen Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken positiver als im gesamten ambulanten Sektor. Mehr Responder sehen einen Zugewinn in Sicherheit – dort wo QM eher professioneller betrieben wird, worauf auch der Indikator der geringeren Kostenrelevanz (siehe oben) hindeuten kann.

Die Negativ-Einschätzung, wonach also QM keinen positiven Einfluss auf die Patientensicherheit hat oder aber die Vorgänge verkompliziert, ist insgesamt im ambulanten Sektor und in kleinen Praxiseinheiten stärker ausgeprägt. Auch wenn die Einschätzung eines positiven Effektes auf die Sicherheit auch hier noch überwiegt.



2.3.6 Wirkung von QM auf die Patienten

Grafik 14: Wie beurteilen die Patienten den Nutzen von QM in Ihrer Einrichtung? (n = 190)



QM ist ein organisatorisches Instrument, das eher im Hintergrund abläuft und nicht direkt mit den Patienten in Verbindung gebracht wird. Daher ist es nicht verwunderlich, dass rund 62 Prozent der Responder auf die Frage „Wie die Patienten den Nutzen von QM beurteilen“ mit „Unsere Patienten haben sich nicht dazu geäußert“ antworten.

Da ja gerade gute und effiziente Organisation nicht besonders auffällt, kann dies als ein gutes Zeichen gewertet werden. Nur eine sehr kleine Minderheit (unter 2 Prozent) berichtet von explizit negativen Wahrnehmungen der Patienten.

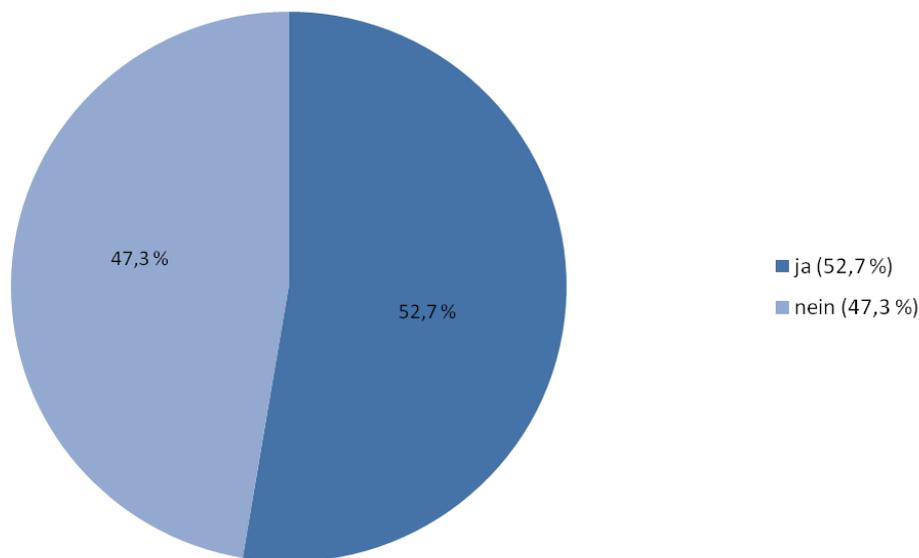


2.3.7 Berater, Zertifizierer und Dienstleister

Welche Anforderungen stellen die Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken 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 ist hier von besonderer Bedeutung, da große Einheiten mit einem höheren Grad an Arbeitsteilung generell ein höheres Maß an Professionalität und detaillierter Auseinandersetzung mit dem Thema vermuten lassen.

Grafik 15: Wurde Ihre Einrichtung beim QM-Prozess von einem externen Berater unterstützt? (n = 188)

Wurde Ihre Einrichtung beim QM-Prozess von einem externen Berater unterstützt?

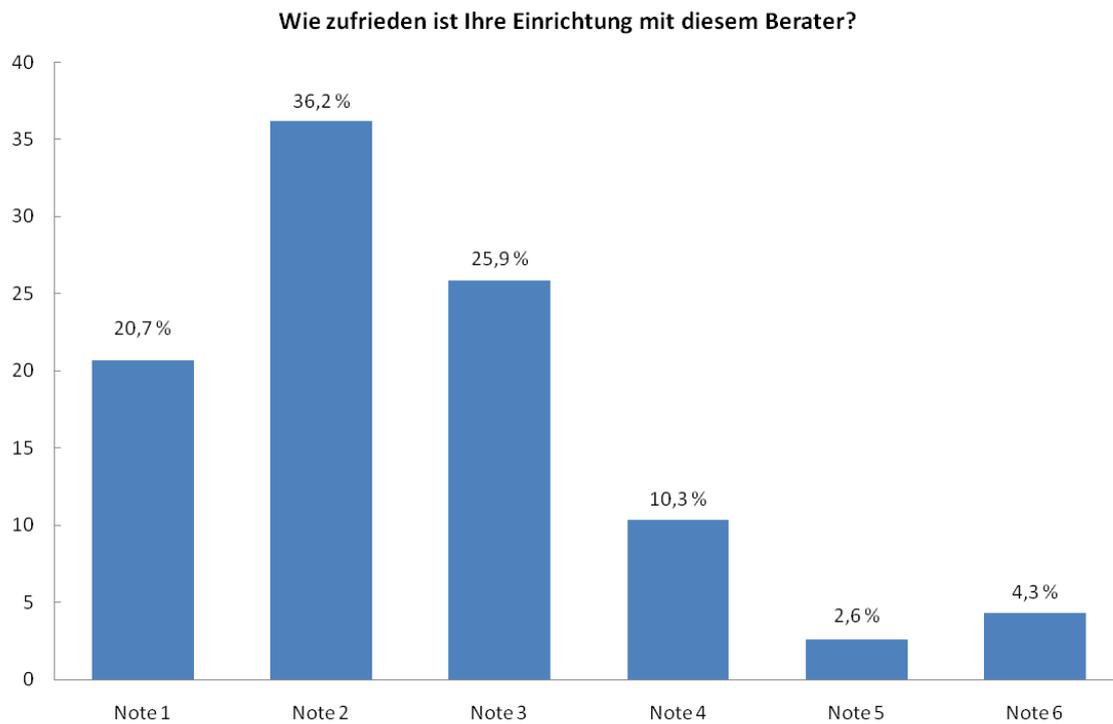


Im gesamten ambulanten Sektor sagte die Mehrheit der Ärzte in einer repräsentativen Studie im Jahr 2009, sie wollten lieber – auch um Kosten zu sparen – keinen externen Berater beauftragen, der sie beim QM-Prozess unterstützt. Über 70 Prozent äußerten sich so.

In der hier vorliegenden Betrachtung der Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken haben sich unterdessen mehr als die Hälfte externen Know-hows bzw. professioneller Hilfe versichert. Es steht stark zu vermuten, dass dies auch ein Indikator für die professionelle Herangehensweise in den größeren Einheiten ist. Nicht entschlüsselbar ist in dieser Fragestellung, in welchem Grad die Einheiten ohne externe Berater im QM-Prozess eigene Kräfte konsequent für diese Aufgabe geschult und eingesetzt haben.



Grafik 16: Wie zufrieden ist Ihre Einrichtung mit diesem Berater?
(n = 116, Schulnotenprinzip)

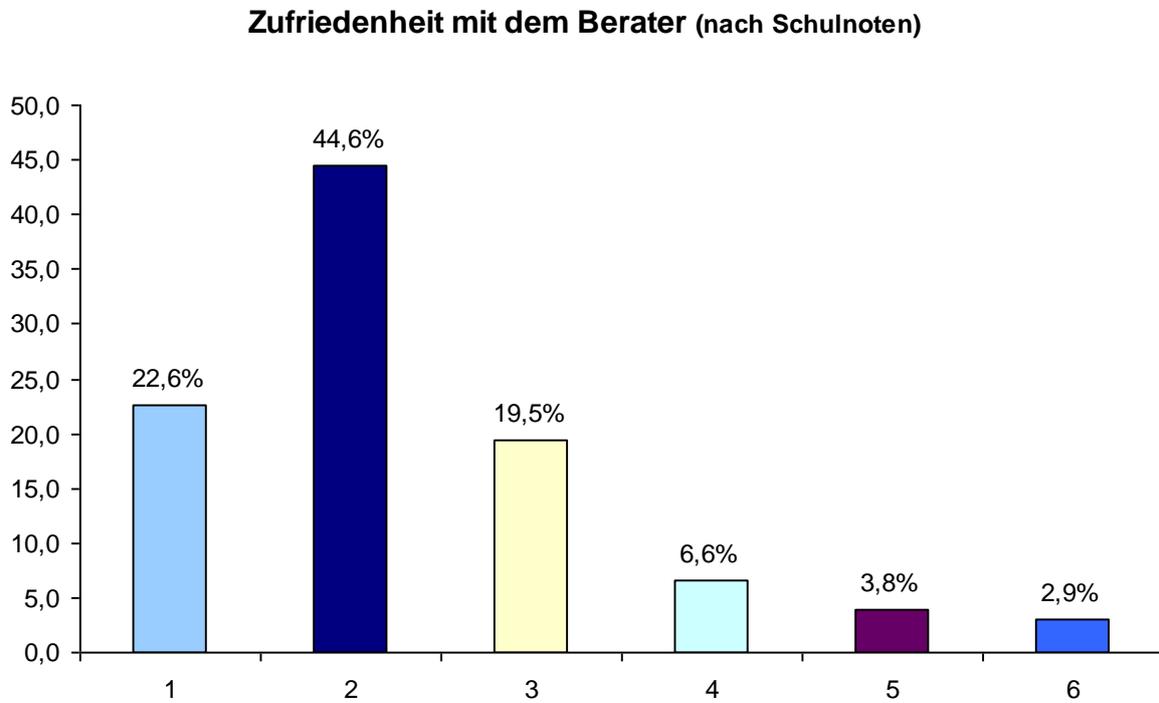


Über 80 Prozent der Responder sind zufrieden mit ihrem Berater (Note 1 bis 3). Auf die Frage, ob sich die Einrichtung wieder für diesen Berater entscheiden würde, antworteten 76 Prozent mit „ja“, dies entspricht auch in etwa der Zufriedenheit. Insgesamt ein sehr gutes Ergebnis, das auf einen funktionierenden Markt schließen lässt.



Diese Einschätzung geht in wesentlichen Teilen konform mit entsprechenden Erhebungen im gesamten ambulanten Sektor im Jahre 2009:

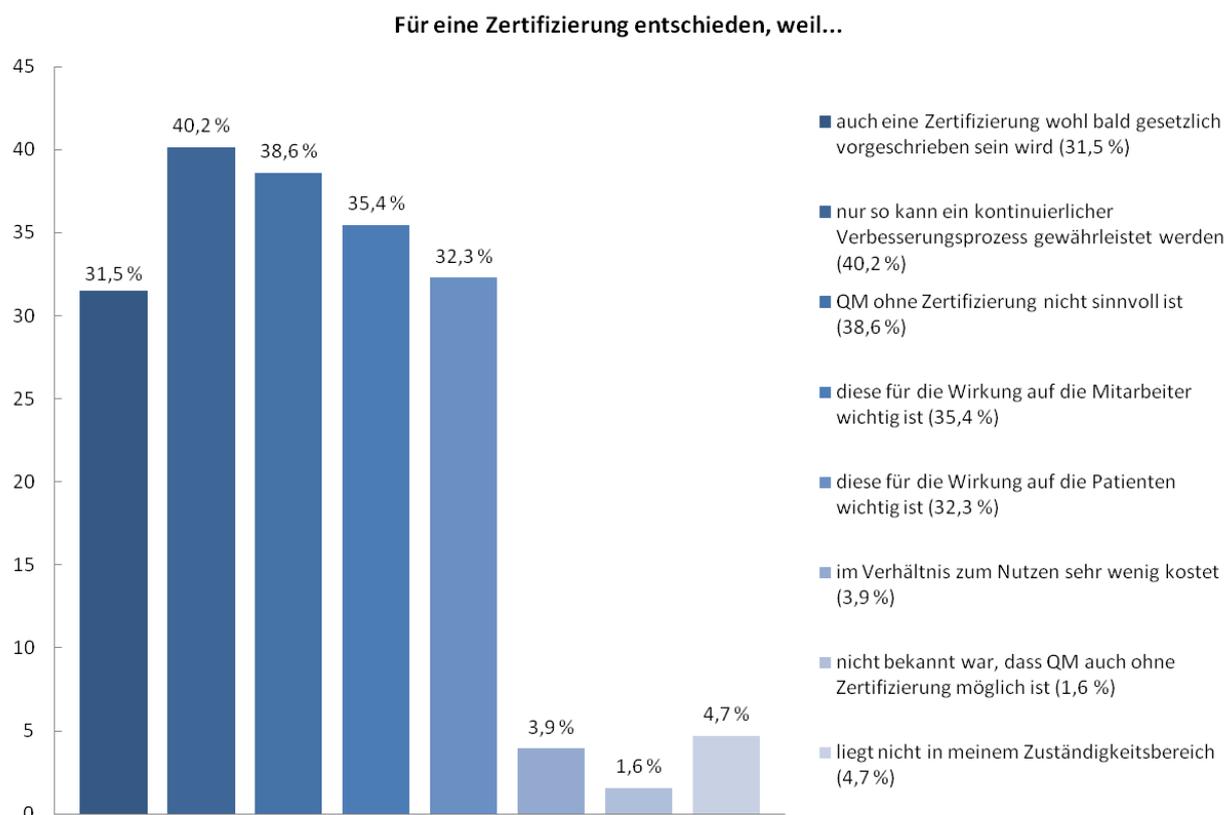
Grafik 17: Zufriedenheit mit dem Berater





2.3.8 Zertifizierung ja oder nein

Grafik 18: Die Einrichtung hat sich aus folgenden Gründen für eine Zertifizierung entschieden (n = 127, Mehrfachantworten zulässig)



Rund ein Drittel der Responder aus dem Bereich der Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken gibt als Grund für die Zertifizierung ihres QM-Systems die Erwartung an, dass dies wohl bald gesetzlich vorgeschrieben sei.

Für die Praxis ist hier zu unterscheiden, ob eine Einrichtung in der ambulanten oder stationären Versorgung tätig ist. Im ambulanten Bereich ist die Zertifizierung des QM-Systems fakultativ und auch in der politischen Diskussion ist eine Zertifizierungspflicht derzeit kein relevantes Thema. Die Erwartung einer künftig noch weitergehenden staatlichen oder parastaatlichen Regulierung an dieser Stelle ist erheblich. Dies muss als Indikator für die grundsätzlichen Erfahrungen und Erwartungen der niedergelassenen Ärzte in Richtung der Gesundheitspolitik gedeutet werden und würde auch die Einschätzung der freiwilligen Selbstkontrolle und -regulierung in dem Bereich QM zeigen.

Beinahe 80 Prozent der Responder in den Großpraxen, MVZ und ambulant versorgenden Kliniken geben unterdessen an, dass QM nur *mit* Zertifizierung sinnvoll sei bzw. nur so ein kon-



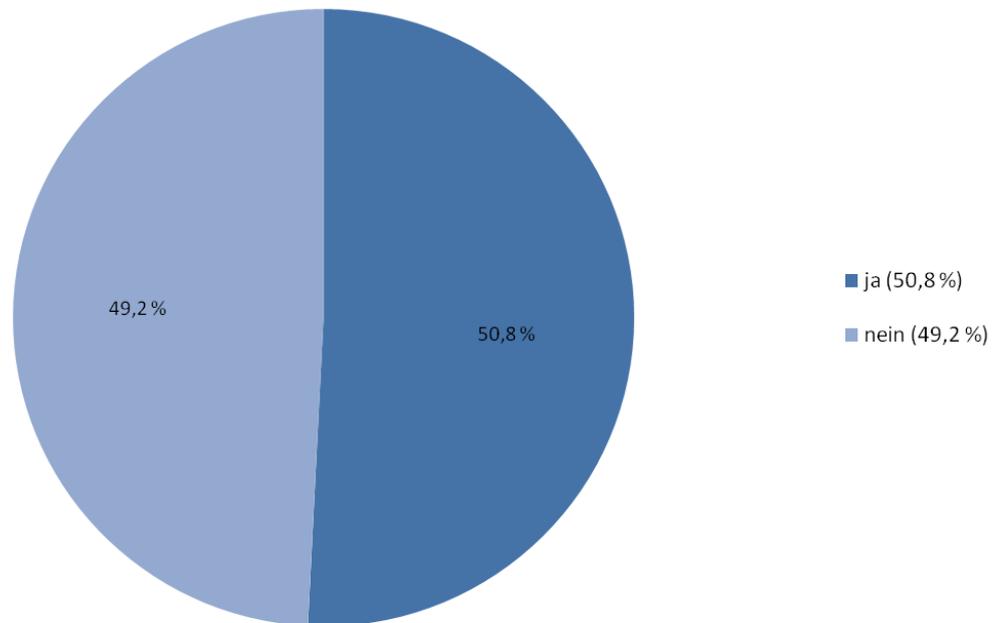
tinuierlicher Verbesserungsprozess gewährleistet werden könne. Eine derart positive Würdigung des doch zeit- und kostenintensiven Zertifizierungsprozesses war bei vorausgegangenen repräsentativen Erhebungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte an keiner Stelle zu hören. Hier zeigt sich ein ausgeprägter Wahrnehmungsunterschied zwischen kleineren und größeren Praxen.

Die Wirkung auf die Patienten wird unterdessen als minimal angesehen, jedoch kann man davon ausgehen, dass die Wirkung auf Geschäftspartner und insbesondere auf zuweisende Ärzte erheblich größer ist und auch ein wichtiges Antriebsmoment für solche Versorgungsformen darstellt.



Grafik 19: hat es für Sie eine besondere Bedeutung eine zertifizierte Arztpraxis/Einrichtung zu sein? (n = 187)

Hat es für Sie eine besondere Bedeutung eine zertifizierte Arztpraxis / Einrichtung zu sein?



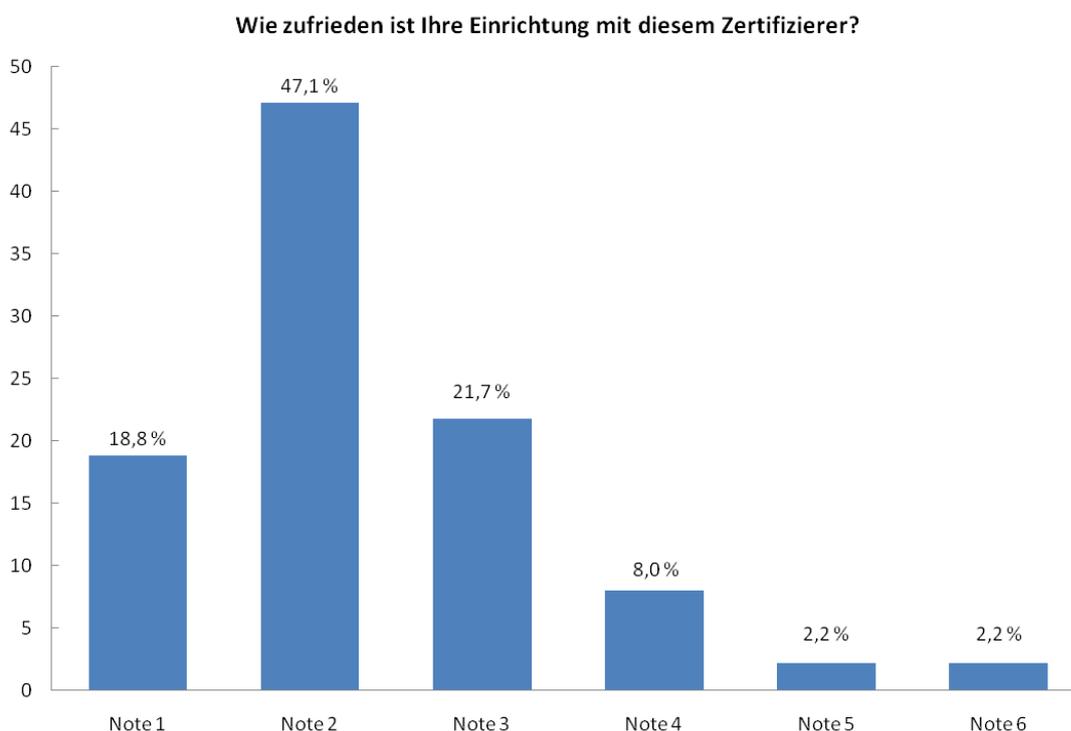
Gut die Hälfte der Großpraxen trägt die Fahne der Zertifizierung des QM-Systems erhoben vor sich her. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zur Gesamtheit aller Praxen im ambulanten Sektor. Die großen Einheiten, bei denen die Indikatoren parallel auf einen generell höheren Professionalisierungsgrad beim QM hinweisen, behandeln QM und darin das Top-Thema Zertifizierung offenbar mit einiger Bewusstheit. Nicht ableiten lässt sich aus dieser Erhebung, ob die besondere Bedeutung, die der QM-Zertifizierung zugemessen wird, vorwiegend im Management wurzelt oder zum Beispiel in dessen Instrumentalisierung für Public Relations gegenüber Fachkreisen, Institutionen oder andere Zielen. Public-Relations-Ziele gegenüber der Patientenschaft sind weniger zu vermuten, da zuvor festgestellt wurde, dass das QM den Patienten gegenüber wenig oder gar nicht thematisiert werde.



2.3.9 Zufriedenheit mit dem Zertifizierer

Die Zertifizierung ist – im Gegensatz zu der grundlegenden Einführung von QM in der ärztlichen Praxis – fakultativ. Dennoch sind nach Angaben der Responder in dieser Studie rund 60 Prozent der Praxen und Einrichtungen zertifiziert bzw. rezertifiziert (siehe Grafik 1). Daher wollten wir von den Befragten wissen, wie zufrieden Sie mit Ihrem Zertifizierer sind.

Grafik 20: Wie zufrieden ist Ihre Einrichtung mit dem Zertifizierer? (n = 138, Schulnotenprinzip)



Die Zertifizierer leisten offenkundig ihre Arbeit in der großen Mehrzahl der Fälle zur Zufriedenheit ihrer Kunden. Dieses Bild steht im Einklang mit dem Grad der Zufriedenheit der Ärzte und Einrichtungen 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 das Verhältnis zwischen dem Arzt bzw. der Einrichtung als Prüfling und dem Zertifizierer geprägt von Kundenzufriedenheit.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die Zufriedenheit generell hoch ist. Weniger als 18 Prozent der Berater und gerade mal 12 Prozent der Zertifizierer werden als „ausreichend“ oder schlechter bewertet. Gleichmaßen würden sich über 80 Prozent der Responder wieder für diesen Zertifizierer entscheiden.



3. Diskussion

Insgesamt zeigt sich eine weit fortgeschrittene Situation bezüglich QM. Die allermeisten Praxen haben QM bereits implementiert oder sind kurz vor dem Abschluss. Obwohl gesetzlich nicht vorgeschrieben, lassen sich viele große Einheiten freiwillig zertifizieren. Dies ist gerade bei Großpraxen und MVZ vor dem Hintergrund einer sich entwickelnden Marketing-Ausrichtung im Medizinbetrieb zu sehen. Sowohl Berater wie auch Zertifizierer werden insgesamt sehr positiv eingeschätzt, ein klarer Hinweis für einen entwickelten Markt.

Das QM-System DIN ISO ist mit weitem Abstand das am häufigsten eingesetzte System. Hier zeigt sich ein klarer Unterschied zwischen kleineren und größeren Einheiten in der medizinischen Versorgung: Bei den Praxen im gesamten ambulanten Sektor ist QEP noch vor DIN ISO das meist verwendete System.

Wie eingangs gesagt, ist davon auszugehen, dass die Responder eher technikaffin und dem Thema gegenüber interessiert sind. Somit wird hier ein Bild gezeigt, das im Vergleich zur Grundgesamtheit ausgeprägter (sowohl im positiven wie auch im negativen Sinn) ist. Leider können wir aufgrund der von uns gewählten Vorgehensweise im Rahmen dieser Studie keine Befragung der Non-Responder machen, um Motivationen und Perzeptionen in dieser Gruppe abzufragen. Insbesondere auch die Diskussion, ob systematisches QM denn überhaupt fachlich sinnvoll ist oder ob nicht vielmehr die Einführung und kontinuierliche Betreuung von QM wertvolle Zeit in Anspruch nimmt, die dann in der Patientenversorgung fehlt, sollte aktiv in dieser Gruppe gesucht werden. Zwar finden sich in unseren Ergebnissen keine Praxen, die kein QM machen, jedoch sind immerhin fünf Prozent bislang lediglich im Implementierungsprozess. Es steht zu vermuten, dass diejenigen Praxen, die bislang keine QM-Maßnahmen ergriffen haben, sich nicht an der Befragung beteiligten.

Nach den hier vorliegenden Ergebnissen kann konstatiert werden, dass QM fest in der ambulanten Versorgung verankert ist. Dies ist sogar noch in einem höheren Maße der Fall in größeren Versorgungseinrichtungen, die zum einen wahrscheinlich aufgrund ihrer Größe in solchen Bereichen professioneller agieren können, zum anderen aber auch QM und Zertifizierung als Marketing und Public Relations Instrument nutzen wollen. Es würde sich jetzt anbieten, Ärztinnen und Ärzte gezielt anzuschreiben, die bislang kein QM etabliert haben, um hier im Detail die Interessen und Gründe dafür abzufragen. Hieraus können dann gegebenenfalls spezifische Strategien für KVen, Anbieter und Berater entwickelt werden, um diese doch nicht ganz kleine Gruppe von Niedergelassenen besser zu erreichen und QM nicht nur als eine Pflichtübung, sondern als ein sinnvolles Instrument im Praxisalltag anzusehen.



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
Ridlerstraße 65, 80339 München
Tel: 089 / 57 91 – 23 06, Fax: 089 / 51 55 - 25 15

www.tuev-sued.de/tms