

**Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene
in der ärztlichen Praxis 2012
- Kurzfassung -**

**Eine deutschlandweite Befragung
niedergelassener Ärztinnen und Ärzte**

Eine Studie der Stiftung Gesundheit
durchgeführt von der GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse





Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012 ..	6
1 Einführung	7
2 Material und Methoden	9
<i>2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung</i>	<i>9</i>
<i>2.2 Der Fragebogen</i>	<i>10</i>
<i>2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Responder</i>	<i>11</i>
3 Ergebnisse	12
<i>3.1 Das QM in der Praxis</i>	<i>12</i>
<i>3.2 QM und Workflow/Patientensicherheit</i>	<i>13</i>
<i>3.2.1 Wie hat sich QM auf die Arbeitsabläufe ausgewirkt?</i>	<i>14</i>
<i>3.2.2 Wurden die Arbeitsabläufe in der Praxis durch QM verbessert oder verschlechtert?</i> ..	<i>16</i>
<i>3.3 Hygiene in der Praxis</i>	<i>17</i>
<i>3.3.1 Einschätzung des Hygiene-Niveaus in der eigenen Praxis</i>	<i>20</i>
<i>3.3.2 Intensität der Hygienemaßnahmen</i>	<i>22</i>
<i>3.3.3 Hygiene-Berater</i>	<i>23</i>
<i>3.3.4 Bekanntheitsgrad und Bedeutung des Hygienegesetzes</i>	<i>24</i>
<i>3.3.5 Weiterbildungs- und Handlungsbedarf im Bereich Hygiene</i>	<i>25</i>
<i>3.3.6 Koordination</i>	<i>27</i>
4 Diskussion	28



Zusammenfassung

Vor rund 170 Jahren postulierte Ignaz Semmelweis, dass eine Desinfektion der Hände die Übertragung von Krankheiten eindämmen kann. Auch der Wirksamkeits-Nachweis einer Hygiene-Maßnahme gelang ihm. Dennoch ziehen sich in Deutschland heutzutage immer noch jährlich hunderttausende Patienten im Krankenhaus eine Infektion zu; geschätzte 15.000 bis 40.000 sterben daran. Die aktuelle Aktion „Saubere Hände“, mit öffentlichen Mitteln finanziert, soll die praktizierte Hygiene in den Kliniken verbessern.

Wie es mit der Hygiene in den deutschen Arztpraxen aussieht, ist dagegen unklar. Dass diese keinesfalls perfekt und von klaren Richtlinien gesteuert ist, zeigt sich schon in den Erfahrungen von Managern der Hersteller von Desinfektionsmitteln: Sie berichteten, dass der Abverkauf von Handdesinfektionsmitteln an Praxen in den Zeiten intensiver Berichterstattung zu EHEC-Ausbruch wie auch Schweinegrippe sich gegenüber dem üblichen Maß verdoppelt hat. Parallel mit dem Abklingen der Berichterstattung sinkt allerdings jedes Mal auch wieder der Verbrauch der Handdesinfektionsmittel. Die diesjährige Studie zu Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis hat deshalb im Sinne der „Sauberen Hände“ als Schwerpunkt die Hygiene im ambulanten Sektor in Deutschland.

Methode

9.532 niedergelassene Ärzte und Zahnärzte wurden erfolgreich online angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Das Sample wurde entsprechend der bundesweiten Grundgesamtheit aller Niedergelassenen nach den geografischen, demografischen und fachlichen Spezifika repräsentativ stratifiziert.

Ergebnisse

290 Ärzte und Zahnärzte lieferten aussagekräftige Antworten (Antwortquote: 3,04 Prozent). Damit liegt der Rücklauf im zu erwartenden Rahmen für eine nicht inzentivierte, unangekündigte Online-Befragung ohne telefonisches Nachfassen.



Qualitätsmanagement: Beim Thema „QM und Abläufe in der Praxis“ zeigt sich ein weitgehend positives Bild mit weniger als zehn Prozent kritischer Stimmen. Im Vergleich mit anderen Industrien und hochkomplexen Dienstleistungen besteht in der Medizin jedoch noch immer ein erheblicher Nachholbedarf.

Hygiene: Hier hat das Vertrauen in die Marke „Stiftung Gesundheit“ zu einer erstaunlichen Offenheit in der Selbsteinschätzung geführt: So bescheinigten sich mehr als fünf Prozent der Responder selbst ein schlechtes, weitere 24,4 Prozent ein nur mittelmäßiges Hygiene-Niveau. Ähnliche Werte zeigten sich bei der Hände-Desinfektion. Grundsätzlich ist Hygiene für immerhin ein Viertel der ambulanten Praxen von wesentlicher Bedeutung, ein weiteres Drittel hat zumindest gelegentlich damit zu tun.

Hygiene-Berater: Jede sechste Praxis hat schon einmal die Dienste eines Hygiene-Beraters in Anspruch genommen. Ein weiteres Fünftel der Responder hatte zumindest schon einmal Kontakt zu einem solchen Spezialisten.

Hygienegesetz: Vier von fünf Ärzten kennen das Hygienegesetz von 2011 und 45 Prozent halten es für bedeutsam für ihre Praxis. Allerdings gaben nur sechs Prozent der Ärzte und Zahnärzte an, in der Folge wesentliche Änderungen in der Praxis durchgeführt haben.

Einschätzung des eigenen Handlungsbedarfs in Sachen Hygiene: Etwas mehr als die Hälfte aller Responder sieht keinen akuten Handlungsbedarf für sich und ihre Praxis. Jeweils rund 20 Prozent der Ärzte sehen einen Fortbildungsbedarf bzw. einen Bedarf für kollegiale Netzwerke in diesem Bereich. Bei der Frage, wer das Thema Hygiene bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten koordinieren und voranbringen sollte (Mehrfachnennung möglich), nannten die Ärzte an erster Stelle die (Zahn-) Ärztekammern (50 Prozent der Antworten), an zweiter Stelle die KVen, Fachgesellschaften und das Robert-Koch-Institut (jeweils etwa 30 Prozent der Antworten). Dagegen liegen diejenigen Institutionen, die eigentlich eine wichtige Rolle spielen sollten, nämlich die Landesgesundheitsämter, mit 16 Prozent abgeschlagen an dritter Stelle.



Fazit

Insgesamt ergibt sich im **Bereich QM** ein positives Bild mit weitgehender Akzeptanz von QM und substantiellem positivem Einfluss des QM auf Kernprozesse in der Praxis. Der Umgang mit Fehlern ist offener geworden, Niedergelassene setzten sich damit auseinander und handeln aktiv. Dennoch ist die Medizin noch weit von den Möglichkeiten und Prozessen entfernt, die in anderen Industrien und Dienstleistungen Standard sind.

Beim **Thema Hygiene** ergibt sich ein gemischtes Bild: Zunächst einmal waren die Praxisinhaber erstaunlich offen über das Niveau der Hygiene und der Händedesinfektion in ihrer Praxis, hier wurden in einem Drittel der Fälle moderater bis deutlicher Nachholbedarf konstatiert. Zudem hat etwa ein Drittel der Responder initiativ schon einmal Kontakt zu einem Hygieneberater aufgenommen. Auf der anderen Seite wird die Bedeutung des Hygienegesetzes insgesamt als wenig relevant betrachtet: Hier wäre es von hoher Bedeutung, einmal detaillierter zu untersuchen, warum diese Wahrnehmung vorherrscht.

Generell wird ein Weiterbildungsbedarf nur bei weniger der Hälfte aller Antwortenden gesehen. Bei denjenigen, die ihrer eigenen Praxis nur mittelmäßige bei deutlich verbesserungswürdige Hygiene bescheinigen, sind es gerade einmal 40 Prozent. Auch hier zeigt sich das ambivalente Verhältnis zum Thema. Die Selbstverwaltung, insbesondere die Ärztekammer sollte Weiterbildung koordinieren. Die Rolle der Landesgesundheitsämter, wiewohl institutionell ein primärer Anlaufpunkt, wird dagegen als gering eingestuft – ein Hinweis auf die mangelnde Reputation dieser staatlichen Institution.

Schlüsselwörter: *Deutschland, Arztpraxis, Qualitätsmanagement, Fehlervermeidung, Hygiene, Prävention, MRSA*



Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012

Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
Mannheimer Institut für Public Health, Universität Heidelberg (MIPH)
obermann@ggma.de

Weitere Autoren:

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

Iris Brendt
Medienbüro Medizin
Behringstraße 28 a
22765 Hamburg

Interessenkonflikt: Die Firma Becton Dickinson GmbH, Heidelberg, hat die Studie finanziell unterstützt.

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. Die Studie wurde durch einen nicht-zweckgebundenen Forschungszuschuss der Firma Becton Dickinson GmbH, Heidelberg unterstützt. Frau Dr. Franziska Diel (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und Hardy Müller (WINEG, wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse) haben wichtige Impulse für die Konzeptionierung und detaillierte Fragebogenentwicklung gegeben.



1 Einführung

Qualitätsmanagement ist mittlerweile ein weitgehend etabliertes Instrument in der Praxis des niedergelassenen Arztes/Zahnarztes / der niedergelassenen Ärztin/Zahnärztin (im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit allein die inkludierende männliche Form gewählt).

Seit 2010 müssen in Deutschland niedergelassene Ärzte laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Qualitätsmanagement (QM) in ihren Praxen eingeführt haben, die niedergelassenen Zahnärzte bereits seit 2009. Neben der Einführung von mehr Wettbewerbselementen und einer Steigerung der Effizienz ist die Sicherung und Verbesserung von Qualität eines der zentralen Themen in der Gesundheitspolitik in Deutschland. Das AQUA Institut in Göttingen hat begonnen, Qualitätssicherung auch sektorübergreifend zu betreuen und zu messen. Insgesamt ist „Qualität“ ein fester Bestandteil der ärztlichen Arbeit in Deutschland geworden. Neben Initiativen auf Bundes- und Länderebene haben sich auch die Organe der Selbstverwaltung dieser Thematik zugewandt. In der Folge konnte QM in Deutschland in den letzten zehn Jahren auch im internationalen Vergleich erhebliche Fortschritte machen. Weiterhin stehen dabei primär organisatorisch-technische und standespolitische Aspekte im Vordergrund; Patientenorientierung und Transparenz sind dagegen eher gering ausgeprägt. *(Vgl. auch Breckenkamp et al, Health Research Policy and Systems 2007, 5: 7)*

Eine aktuelle Untersuchung der KBV für das Jahr 2010 zeigt, dass der weitaus größte Teil der Praxen QM routinemäßig installiert hat. Darüber hinaus arbeitet mehr als die Hälfte bereits an der Fortentwicklung des QM-Systems. Zu entsprechenden Ergebnissen ist die Stiftung Gesundheit in ihrer Studie „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010“ gekommen.

Nun geht es primär darum, einzelne konkrete und vor allem für den Patienten oder für die ‚Public Health‘ relevante Aspekte genauer zu betrachten, eine Bestandsaufnahme zu versuchen und spezifische Empfehlungen abzuleiten, um eine verbesserte Versorgung im ambulanten Bereich zu unterstützen.

Jede ärztliche Praxis steht in einem Spannungsfeld von optimaler Patientenbetreuung, gesundheitspolitischen Vorgaben und ökonomischen Realitäten. Im besten Fall ergänzen sich



diese drei Perspektiven; oft bestehen jedoch Konflikte, die in der Zeitnot und der Herausforderung komplexer Informationslagen nicht immer gemeistert werden können.

Die Stiftung Gesundheit sieht sich verpflichtet, hier Unterstützung anzubieten und Daten und Handlungsempfehlungen bereitzustellen, die von der Ärzteschaft, der Gesundheitspolitik und auch weiteren interessierten Parteien genutzt werden können. Insbesondere die Industrie kann hier noch mehr die Rolle eines Kooperationspartners einnehmen, und es wäre eine ideale Situation geschaffen, wenn individuelles Gewinnstreben sich mit einer verbesserter Patientenversorgung und einem Zugewinn für die ‚Public Health‘ verbinden ließe.

In diesem Sinne ist die vorliegende Studie eine Mischung aus Datenabfrage in einem konkreten Bereich der ambulanten Versorgung, Beitrag zu verbesserter Gesundheitspolitik und Erkenntnisinteresse auch der Industrie.

Ziel der Studie ist es zum einen, ein qualitatives und quantitatives Bild der momentanen Hygiene-Situation in ambulanten Praxen zu bekommen und aktuelle Defizite und Wünsche herauszuarbeiten. Zum anderen soll die Untersuchung die Ärzte für ein Thema sensibilisieren, welches in Zukunft sicherlich weiter an Bedeutung gewinnen wird: Denn nur durch die Mithilfe der Praktiker und die konsequente Umsetzung von Regelungen können iatrogene Infektionen und Resistenzen wirksam bekämpft werden.

Die Studie wird unterstützt durch eine Zuwendung der Firma *Becton Dickinson GmbH, Heidelberg*, die unter anderem verschiedene Testverfahren zur Bestimmung von MRSA anbietet. Die Stiftung Gesundheit und deren Fördergemeinschaft verwenden dieses Sponsoring für weitere Services und Entwicklungen zur Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung. Der Sponsor hatte keine Befugnisse hinsichtlich der Fragen, der Auswertung und der Publikationsentscheidung durch die Stiftung Gesundheit.



2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Um Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurde aus dem Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen und angeschrieben. Via E-Mail erreicht wurden $n = 9.532$. Geantwortet haben 290 niedergelassene Ärzte und Zahnärzte – eine Antwortquote von 3,04 Prozent (bereinigtes Sample ohne Responder, deren Antworten wegen struktureller Mängel verworfen wurden).

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

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

Als Basis diente auch in diesem Jahr das Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit, die alle in Deutschland niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten umfasst, einschließlich Praxistyp und -größe (Arztanzahl), Fachrichtung und Kontaktdaten.

Die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten wurde in diesem Jahr nicht befragt, da Fragen im Bereich Hygiene hier keine relevante Rolle spielen.

Als Messinstrument diente wie im Vorjahr ein Online-Fragebogen. Den ausgewählten Ärzten und Zahnärzten (Stichprobe) wurde eine Informations-E-Mail geschickt, die den Link zum Online-Fragebogen und einen persönlichen Log-in enthielt.

Die eingegangenen Antworten aus den Online-Fragebögen wurden einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Einlesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler überprüft. Fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.



2.2 Der Fragebogen

Der diesjährige Online-Fragebogen unterscheidet sich von den vorhergegangenen: Da die Ergebnisse der letzten Befragungen ergaben, dass sich die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte doch zu großen Teilen mit dem Thema QM, den Systemen und Dienstleistern befasst und notwendigerweise vertraut gemacht haben, wurde in diesem Jahr der Fokus hin zu den Themen Patientensicherheit und Hygiene verschoben. Ärzte und Zahnärzte haben in diesem Jahr unterschiedliche Fragebögen erhalten, da der Themenbereich „Aktuelle Entwicklungen“ Fragen enthielt, die auf den Bereich der Zahnärzte wenig bis gar nicht zutreffen. Aus diesem Grund erhielten die Zahnärzte einen entsprechend gekürzten Fragebogen.

Der Fragebogen für die Ärzte umfasst in diesem Jahr 27 Fragen, der Fragebogen für die Zahnärzte 22 Fragen, die in fünf Themenbereiche untergliedert sind:

- Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber
- Das QM in Ihrer Praxis
- QM und Workflow
- Hygiene in der Praxis
- Aktuelle Entwicklungen

Die Auswertung erfolgt zusammen; wenn nur Ärzte bzw. Zahnärzte befragte wurden, ist dies bei der jeweiligen Frage vermerkt.



2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Die Grundgesamtheit umfasste alle 129.957 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie 57.099 Zahnärztinnen und Zahnärzte (einschließlich Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bzw. Fachzahnärzte für Oralchirurgie).

Daraus wurde eine Stichprobe gezogen, von der wiederum $n = 9.532$ Praxis-Inhaber erfolgreich angeschrieben wurden. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt 290 Online-Fragebögen ein (3,04 Prozent Rücklauf).

Anhand der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit ist es möglich, die Grundgesamtheit und Stichprobe hinsichtlich bestimmter soziodemografischer Merkmale zu vergleichen und nach diesen auszuwählen, um mögliche Verzerrungen (Bias) hinsichtlich der Repräsentativität aufzudecken. Für Details sei auf die Studien von 2007, 2008 und 2009 verwiesen.

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 für Alter und Siedlungsgröße.

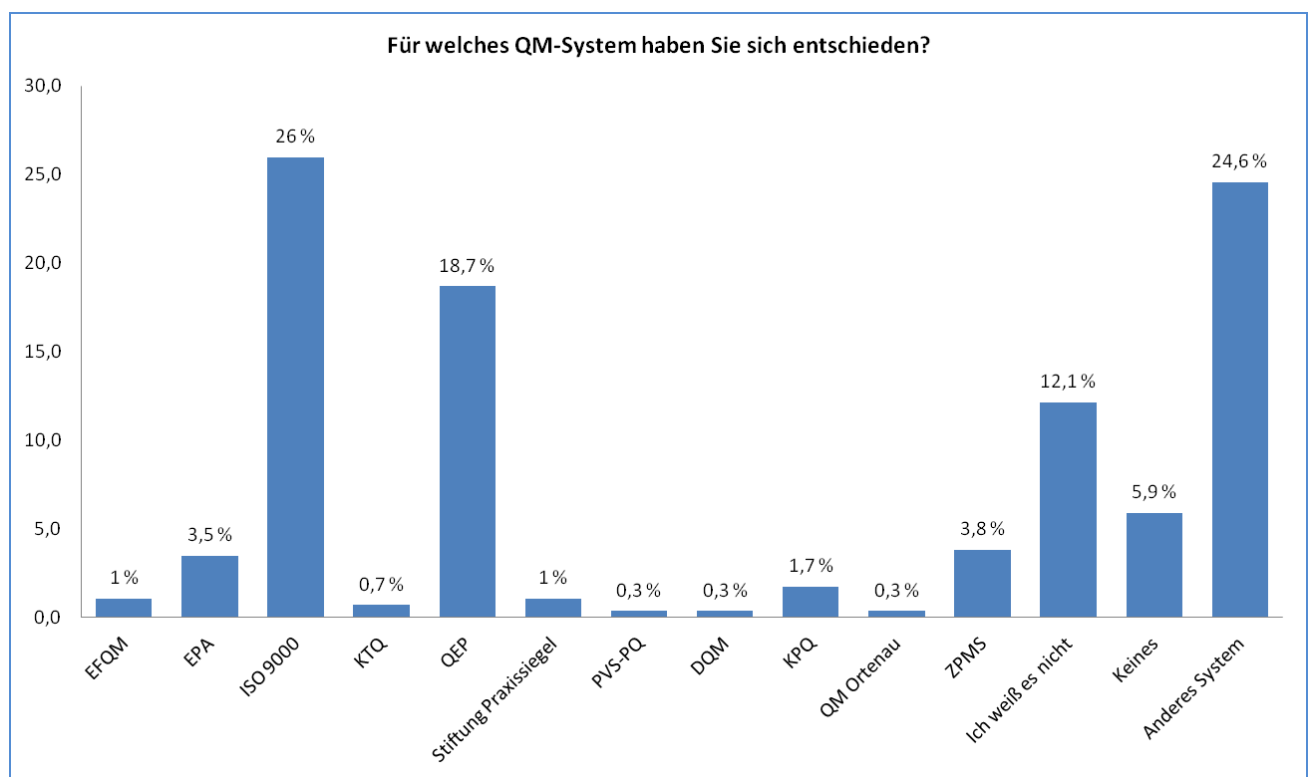


3 Ergebnisse

3.1 Das QM in der Praxis

Seit 2010 müssen niedergelassene Ärzte laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Planungs- und Umsetzungsphase für QM in ihren Praxen abgeschlossen haben, die niedergelassenen Zahnärzte sogar schon seit 2009. Dennoch geben noch immer 5,9 Prozent der Ärzte und Zahnärzte an, sich bislang für kein QM-System entschieden zu haben.

Abbildung 1: Für welches QM-System haben Sie sich entschieden? (n=289)



Wie in den Jahren zuvor sind ISO 9000 (26 Prozent) und QEP (18,7 Prozent) die mit Abstand am häufigsten genutzten QM-Systeme. 37,2 Prozent der Befragten geben an, dass sie sich für ein anderes QM-System entschieden haben. Die Differenzierungen der vorausgegangenen Studien dieser Reihe wiederum hatten gezeigt, dass ISO vorrangig in den Praxen der Zahnärzte und großen medizinischen Einrichtungen eingesetzt wird, während QEP das am stärksten verbreitete System bei kleinen und mittleren ärztlichen Praxen (und auch bei den psychotherapeutischen Praxen) ist. Besonders erstaunlich ist, dass sich noch immer 12,1 Prozent (2010: 13 Prozent) der Mediziner so wenig mit dem Thema auseinandergesetzt zu haben scheinen, dass auf Nachfrage der Name des von ihnen gewählten Systems nicht präsent ist.



3.2 QM und Workflow/Patientensicherheit

Auch in Deutschland ereignen sich in der stationären wie auch ambulanten Versorgung vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE). Die genaue Anzahl ist jedoch weiterhin unklar und Gegenstand der Diskussion. Drei Kern-Maßnahmen können die Patientensicherheit verbessern: (i) Es soll berichtender und lernender Umgang mit VUE erfolgen, (ii) Ein umfassendes Fehlermanagement sollte eingerichtet werden und (iii) Nach einem VUE sollten sich die Beteiligten so verhalten, dass weiterer Schaden für den Patienten und alle Beteiligten vermieden wird. (Vgl. Hoffmann, Barbara; Rohe, Julia: *Patientensicherheit und Fehlermanagement: Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(6): 92-9)

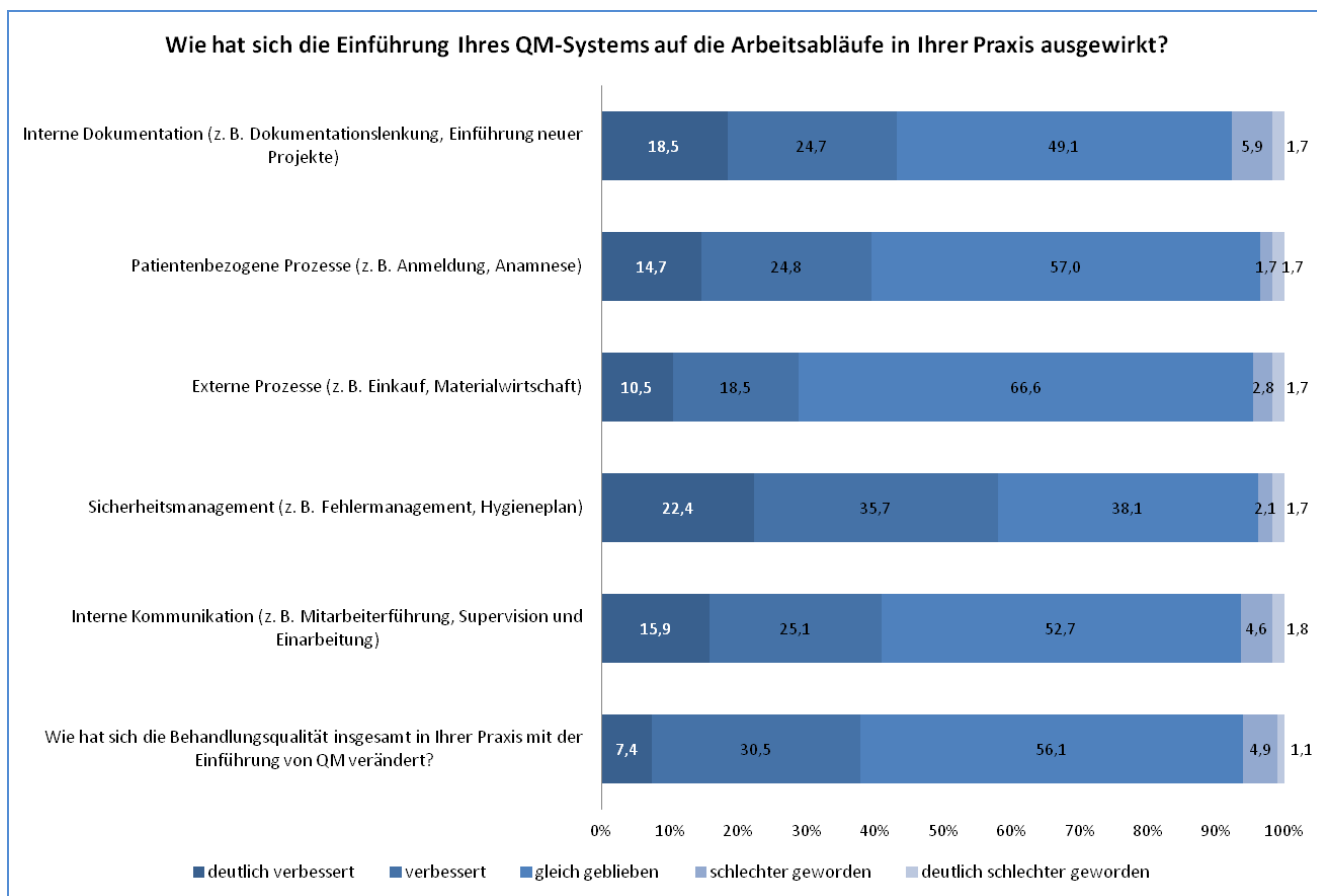
Nach dem allgemeinen Teil zu QM in der Praxis und zur Entscheidung über das jeweilige System wurde der Fokus der Betrachtung in diesem Jahr erneut auf den Komplex „QM und Workflow/Patientensicherheit“ gelegt. Dazu wurde auch nach der Einbindung des gewählten Systems in die Arbeitsabläufe der Praxis gefragt. Denn eine verminderte Störanfälligkeit bzw. fortschreitende Systematisierung ist eine Grundvoraussetzung dafür, die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten.



3.2.1 Wie hat sich QM auf die Arbeitsabläufe ausgewirkt?

Zunächst einmal wurden die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte gefragt, wie sich QM auf die Arbeitsabläufe in ihren Praxen und Einrichtungen ausgewirkt hat. Dabei zeigt sich, dass in nahezu allen abgefragten Bereichen etwa die Hälfte der Befragten keinen Unterschied gegenüber der Phase ohne QM wahrgenommen hat (siehe Abb. 2). Speziell jedoch das Segment des Sicherheitsmanagements (Fehlermanagement, Hygiene, Notfallplan) wird überwiegend gestärkt und verbessert: 35,7 Prozent der Befragten konstatieren eine Verbesserung, 22,4 Prozent sogar eine deutliche Verbesserung; 38,1 Prozent sehen keine Änderung. Demgegenüber berichten lediglich 3,8 Prozent von Verschlechterungen bzw. deutlichen Verschlechterungen.

Abbildung 2: Wie hat sich die Einführung Ihres QM-Systems auf die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis ausgewirkt? (n=283 – 287)



Überhaupt werden Verschlechterungen nur selten konstatiert: Der größte Anteil (wie auch schon 2010) liegt im Bereich der internen Dokumentation (Dokumentationslenkung, Einführung neuer Projekte) und beträgt lediglich 7,6 Prozent (8,1 Prozent in 2010). Hier könnte die grundsätzlich beklagte Bürokratisierung – auch durch QM – eine Rolle spielen.



Bei den patientenbezogenen Prozessen (Anmeldung, Anamnese, Therapieplanung) stellen fast 40 Prozent (37 Prozent in 2010) der Ärzte eine Verbesserung nach Einführung des QM fest; die Mehrzahl der Mediziner indes, 57 Prozent, sieht keine Änderung in diesem Bereich.

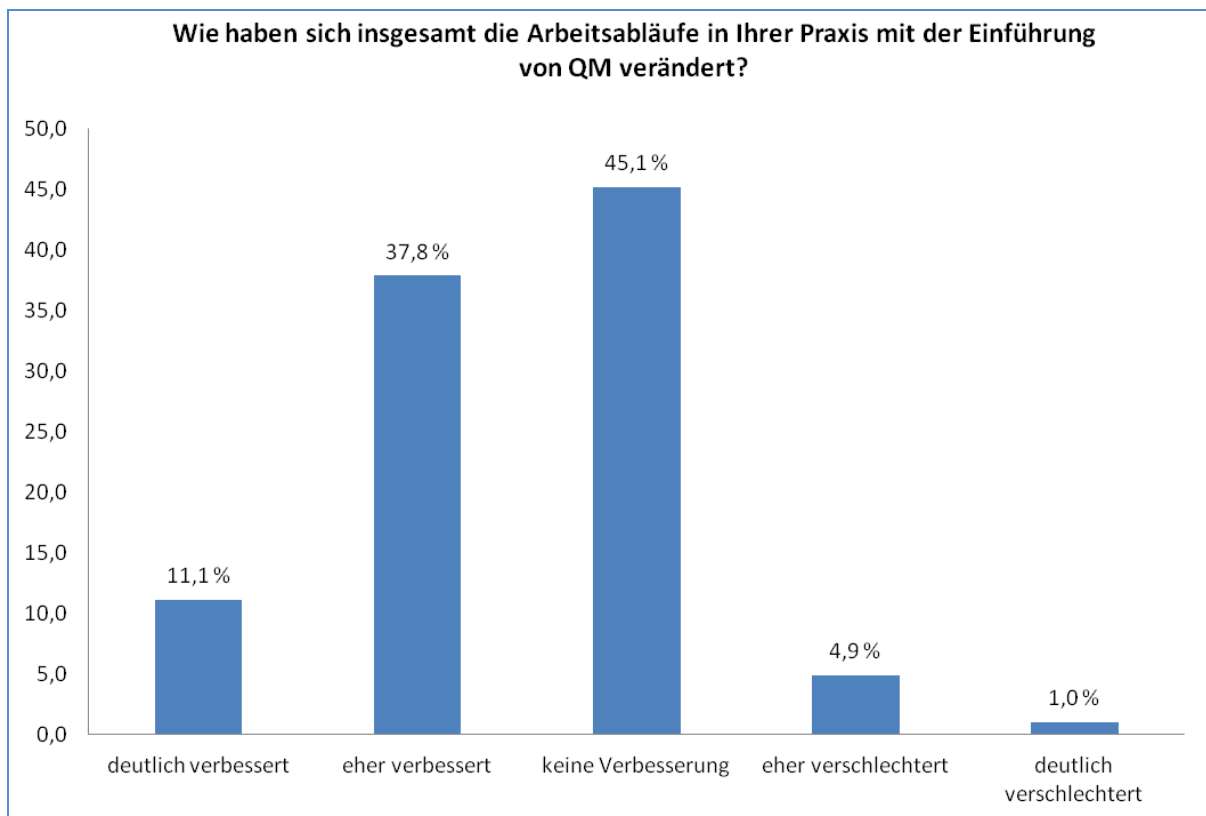
Den geringsten Einfluss hat QM den Antworten der Responder zufolge bei externen Prozessen wie Einkauf und Materialwirtschaft: 66,6 Prozent sehen hier keine Veränderung. Hierfür gibt es mehrere mögliche Erklärungen: Eventuell wird dieses Teilgebiet zu wenig durch QM-Systeme aufgegriffen und systematisiert, oder das Praxis-eigene QM kann die eigenen Prozesse nicht hinreichend verändern, da es die korrespondierenden externen Prozesse etwa bei Lieferanten und Dienstleistern nicht beeinflussen kann. Es ist auch möglich, dass diesem Sektor bereits vor der Einführung eines QM-Systems hinreichend Aufmerksamkeit geschenkt wurde, so dass weniger Potenzial für Verbesserungen durch QM verblieben ist.



3.2.2 Wurden die Arbeitsabläufe in der Praxis durch QM verbessert oder verschlechtert?

Grundsätzlich bewerten Ärzte und Zahnärzte den Effekt von QM positiv: Auf die Frage, wie sich die Arbeitsabläufe insgesamt in der Praxis mit der Einführung von QM verändert haben, geben fast die Hälfte der Responder an, dass diese sich verbessert (37,8 Prozent) bzw. deutlich verbessert (11,1 Prozent) haben. 45,1 Prozent sehen keine Veränderungen, und nur 5,9 Prozent der Ärzte und Zahnärzte sind der Meinung, dass sich die Arbeitsabläufe mit QM verschlechtert haben (siehe Abb. 3).

Abbildung 3: Wie haben sich insgesamt die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis mit der Einführung von QM verändert? (n=288)





3.3 Hygiene in der Praxis

Seit Semmelweis hat die Hygiene eine nachgerade tragische Rolle in der Medizin: Ihre Bedeutung ist unumstritten, ihre Umsetzung in der Praxis jedoch vielfach unzureichend. Hygiene ist unkonkret, nicht sichtbar, nicht unmittelbar. Tritt eine nosokomiale Infektion ein, wird dieser Umstand eher als schicksalhaft gesehen denn als Ausdruck unzureichender Prävention – letztlich auch eine Form der Reduktion kognitiver Dissonanz. Dies ist keine böse Absicht der Beteiligten, sondern ein nachvollziehbares psychologisches Phänomen, das in der Praxis eine wichtige Rolle spielt. Umso entscheidender ist es für den langfristigen Erfolg von Hygiene-Interventionen, dass sie sich nicht nur an medizinischer Verantwortung und technischen Kriterien orientieren, sondern ebenso an den psychologischen Aspekten der Thematik.

Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Verbesserung der Händehygiene mit dem Ziel, nosokomiale Infektionen zu vermindern, einen sehr hohen Stellenwert. In Deutschland wird seit Anfang 2008 die „Aktion saubere Hände“ durchgeführt mit dem Ziel, die Händedesinfektion als entscheidenden Qualitätsparameter fest in den klinischen Alltag zu integrieren. (*G Kampf, Löffler H, Gastmeier P: Händehygiene zur Prävention nosokomialer Infektionen. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(40): 649-5*)

Im Bereich der stationären Versorgung sind bereits umfangreiche Änderungen auf dem Weg, um grundsätzliche Verbesserungen zu erreichen. Am 9. Juni 2011 wurde das Infektionsschutzänderungsgesetz beschlossen: Mit mehr Fachpersonal, mehr Hygiene und besser aufbereiteten Informationen zu Resistenzen sollen nosokomiale Infektionen im Krankenhaus eingedämmt werden, die schätzungsweise jährlich etwa 15.000 bis 40.000 Todesfälle verursachen. Hierzu wird eine neue Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) gegründet, die beim Robert-Koch-Institut (RKI) angesiedelt werden soll. Diese Kommission soll die Ärzte mit Informationen über die Resistenzlage, Therapieprinzipien sowie Therapie- und Diagnoseleitlinien versorgen. Die Leiter von Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der Kommission ART und der bereits bestehenden Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einzuhalten. Zudem müssen die Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren das Auftreten von nosokomialen Infektionen dokumentieren. Auch müssen sie Hygienepläne ausarbeiten, in denen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festgelegt sind. Die Bundesländer können die Leiter von Arztpra-



nen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, ebenfalls zur Festlegung solcher Hygienepläne verpflichtet. (Osterloh, Falk: *Infektionsschutzänderungsgesetz: Hygienepflicht in Klinik und Praxis. Dtsch Arztebl 2011; 108(25): A-1408 / B-1184 / C-1180*)

Für den ambulanten Bereich, in dem keine invasiven Eingriffe vorgenommen werden, fehlt eine solche verpflichtende Regelung bislang. Die aktuelle Gesetzgebung sieht unter anderem ein MRSA-Screening und eine entsprechende Sanierung vor Operationen vor, die im Krankenhaus durchgeführt wird.

Es gibt eine Reihe von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis, wovon auch die Hygiene fällt. Beispielhaft sei hier die „Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren“ (Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren der KBV) genannt. Für die umfangreichen Bemühungen der KVen sei hier beispielhaft der Qualitätsbericht der KV Baden-Württemberg 2010 genannt:

Beratungsinhalte der KVBW im Arbeitsgebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2010

- Umsetzung von Gesetzen, Richtlinien und Normen in der Praxis
- Erstellung und Erarbeitung von Hygiene-, Desinfektionsplänen und Plänen zur Umsetzung des Personalschutzes
- Umgang mit den Inhalten eines Hygieneplans (Personal- und Patientenhygiene, Flächenreinigung- und Flächendesinfektion, Instrumentendesinfektion, Wäsche und Abfallentsorgung) im praktischen Alltag
- Risikoeinstufung von Medizinprodukten in der Praxis
- Aufbereitung von Medizinprodukten, das heißt Reinigung, Desinfektion, Verpackung und Sterilisation, einschließlich Überwachungsmöglichkeiten des Aufbereitungsprozesses durch hygienisch – mikrobiologische und/oder physikalische Routinekontrollen unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte; die manuelle Aufbereitung ist beispielhaft nachfolgend beschrieben
- Umgang mit übertragbaren Krankheiten und deren Meldepflicht
- Umgang mit und Erfassung von nosokomialen Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Beratung vor und nach behördlichen Begehungen und zur Umsetzung von eventuellen Auflagen
- Unterstützung bei der Erstellung von Verfahrensanweisungen und Standardarbeitsanweisungen sowie die Umsetzung in die Praxis

Hygiene ist zudem aus rechtlicher Sicht mit einem hohen Risiko für Ärzte behaftet und höchstrichterliche Rechtsprechung hat Ansprüche und Beweislast der Patienten erleichtert. „Bei Verstößen gegen Hygienestandards führt deren Aufdeckung fast automatisch zur Haftung des Arztes oder der Klinik.“ (Klein, Matthias: *Hygienemängel: „Voll beherrschbare Risiken“*. *Dtsch Arztebl 2008; 105(17): A-915 / B-795 / C-783*)



Leider sind aber Daten zur konkreten aktuellen Hygiene-Situation in Praxen niedergelassener Ärzte bislang nur sehr begrenzt verfügbar. Nur gelegentlich werden Praxen in größerem Umfang systematisch untersucht (s. beispielhaft: *Gute Hygiene in Hamburger Arztpraxen. Dt ÄrzteBl, Nachricht vom 6. August 2010, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/42253>*). Oft werden in „Ist-Analysen“ zudem nur allgemeine Aussagen zu Hygiene und Hygiene-Management getroffen. (IM Otto-Karg, Drubel I, Lesny M: *Hygienemanagement in Arztpraxen - Ergebnisse einer Ist-Analyse Krankenh.yg. up2date 2011; 6(4): 297-312, A Mainz: Hygiene: Alles in Butter, Z Allg Med 2008; 84(3): 104-108, M Heintz: Textilhygiene in der Arztpraxis: Sauber ist nicht gleich sauber Dtsch Arztebl 2010; 107(45): [15]) Insbesondere fehlt bislang eine umfassendere Einschätzung, wie die Niedergelassenen selbst die Hygiene in ihrer Praxis einschätzen, ob Verbesserungsbedarf konstatiert wird und wenn ja, welche konkrete Unterstützung sie sich wünschen, um hier substanzielle Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Eine unpublizierte Studie wird in Sonntag und Harke (HG Sonntag und HP Harke: *Infektionsprophylaxe in der ärztlichen Praxis und bei der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Bereich/Heim. Hyg Med 29. Jahrgang 2004 – Heft 7/8: 253-8*) zitiert, die aufgrund 21 auswertbarer Rückläufe auf einen Fragebogen ebenfalls eine Liste wichtige Kriterien für Praxishygiene und Infektionsprophylaxe aufstellt.*

In der hier vorliegenden Studie wurde die Selbsteinschätzung der Ärzte und Zahnärzte in Teilaspekten erfragt. Hier zeigte sich wie auch schon in früheren Studien, dass der Marke „Stiftung Gesundheit“ eine besondere Bedeutung zukommt: Sie wird bei vielen Ärzten als wirklich unabhängig und nicht interessengeleitet anerkannt. Infolgedessen waren die erhaltenen Selbsteinschätzungen kritischer als erwartet: Die Ergebnisse, dass immerhin mehr als fünf Prozent der Responder sich selbst ein schlechtes Hygiene-Niveau bescheinigen und auch erhebliche Defizite in der wichtigsten Einzelmaßnahme konstatieren, sind erstaunlich – und eben auch Ausdruck des Vertrauens, gegenüber der Stiftung Gesundheit eine solche Aussage treffen zu können.



3.3.1 Einschätzung des Hygiene-Niveaus in der eigenen Praxis

Erstaunlicherweise beurteilen die befragten Ärzte und Zahnärzte die Hygiene-Situation in ihrer eigenen Praxis kritischer als erwartet: Immerhin mehr als fünf Prozent der Responder bescheinigen sich selbst ein schlechtes Hygiene-Niveau (siehe Abb. 4, Level 1 – 4) und konstatieren auch erhebliche Defizite in der wichtigsten Einzelmaßnahme (Händewaschen, siehe Abb. 5) Weiterhin sehen 24,1 Prozent der Responder ein nur mittelmäßiges (Level 5-7) Hygieneniveau in ihrer Praxis und 22,9 Prozent halten das Niveau der Hände-Desinfektion ebenfalls für medioker.

Insgesamt sehen also jeweils knapp 30 Prozent deutliches Verbesserungspotenzial. Und während sich immerhin mehr als 50 Prozent ein sehr hohes Niveau (Level 9 und 10) bei der Hände-Desinfektion bescheinigen, sind es bei der Hygiene insgesamt weniger als 45 Prozent.

Abbildung 4: Wie beurteilen Sie das Hygiene-Niveau in Ihrer Praxis? (n=290)

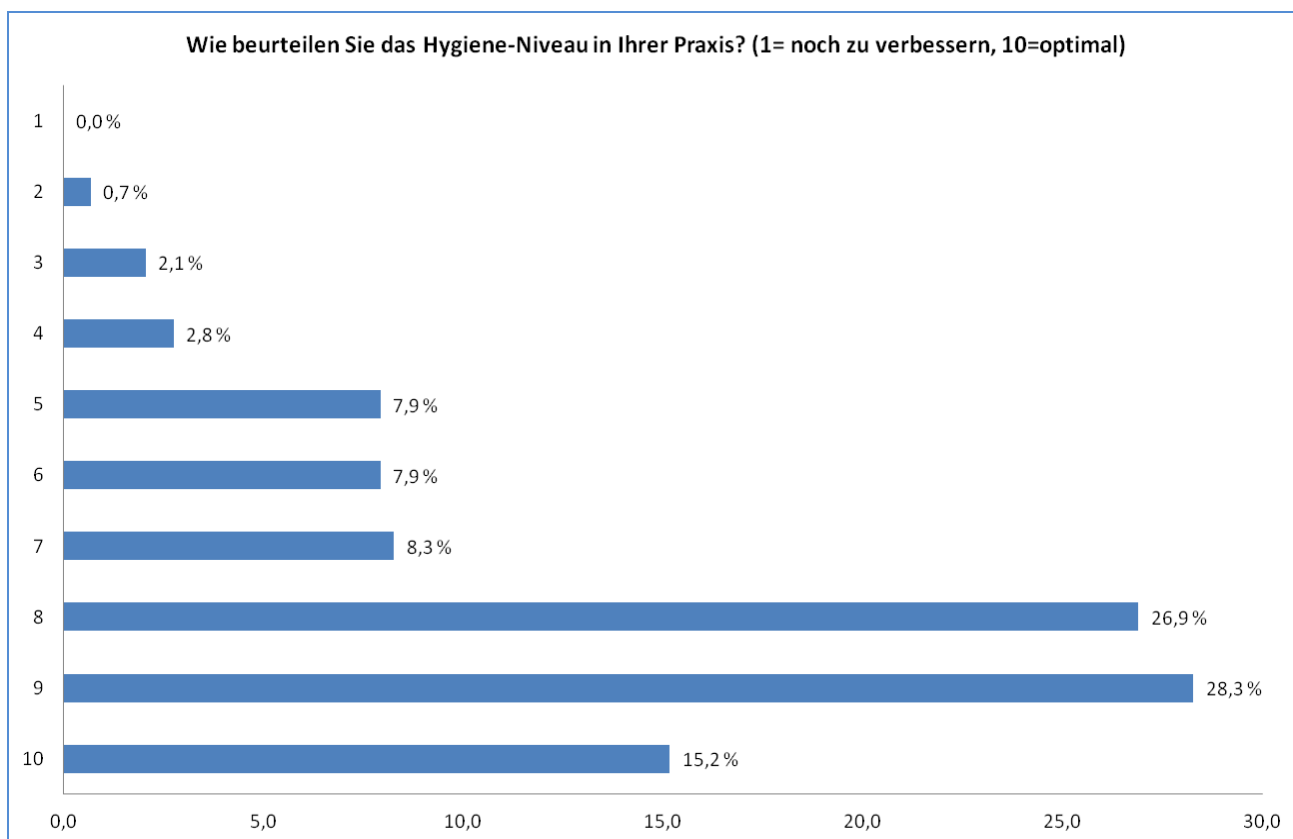
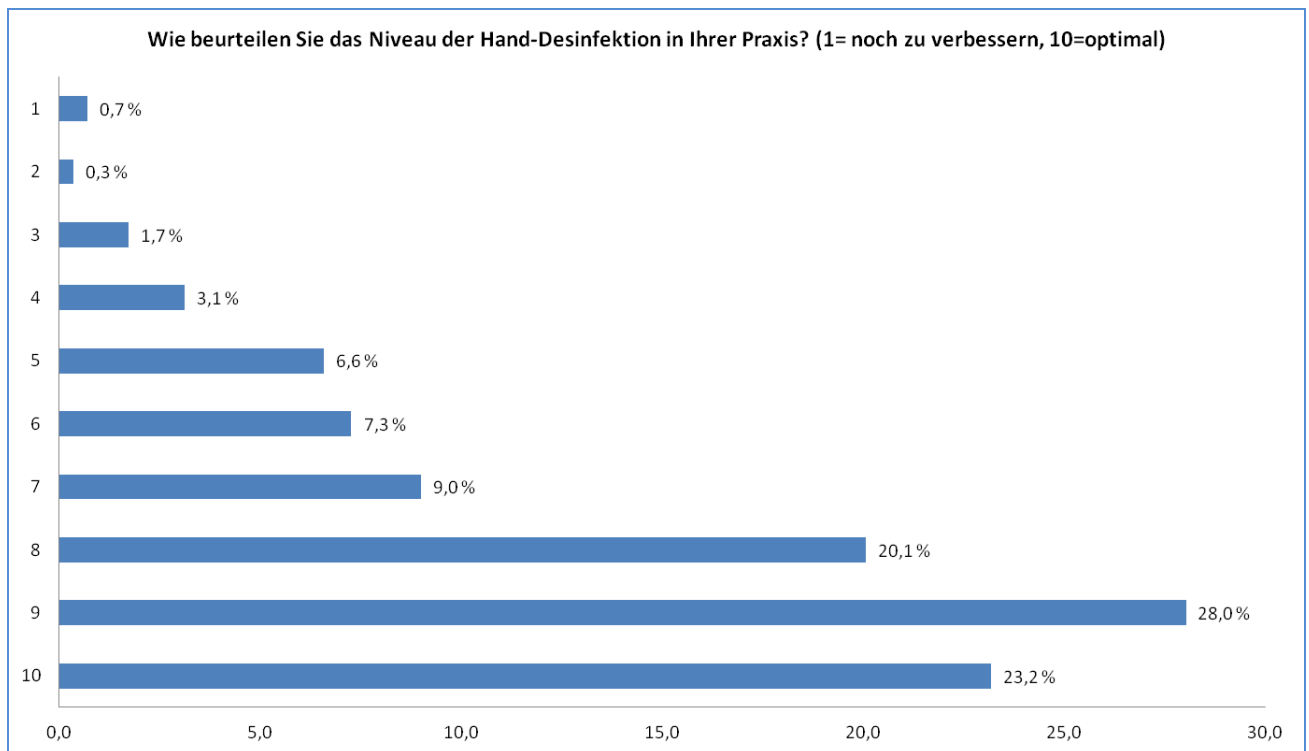




Abbildung 5: Wie beurteilen Sie das Niveau der Hand-Desinfektion in Ihrer Praxis? (n=289)

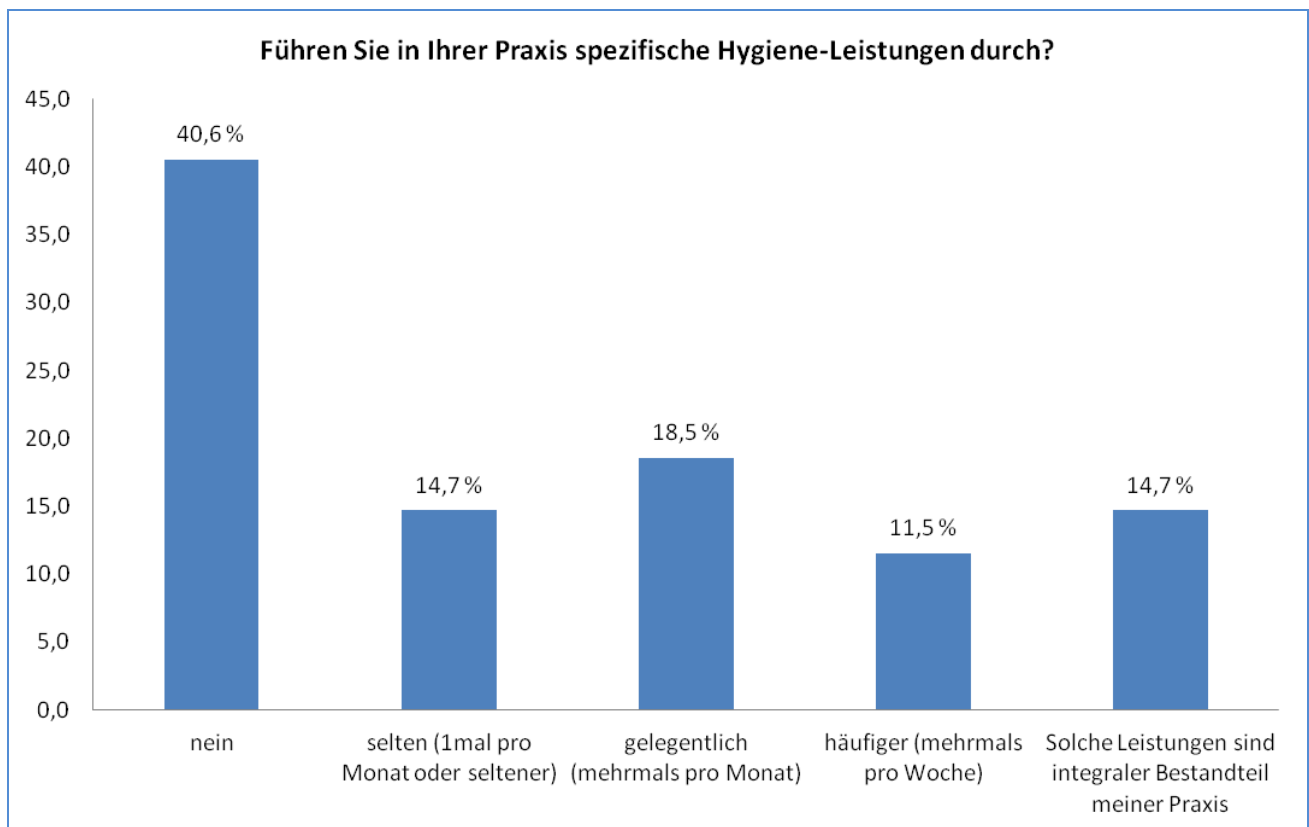




3.3.2 Intensität der Hygienemaßnahmen

Immerhin ein Viertel der ambulanten Praxen gab an, dass Hygiene für sie von wesentlicher Bedeutung sei (Hygieneleistungen mehrmals pro Woche bzw. integraler Bestandteil der Praxis), ein weiteres Drittel hat zumindest gelegentlich damit zu tun (Hygieneleistungen ein- oder mehrmals im Monat). Dies deutet auf eine wesentliche Rolle der ambulanten Praxen in der Hygienevorsorge und Resistenzbekämpfung hin.

Abbildung 6: Führen Sie in Ihrer Praxis spezifische Hygiene-Leistungen (zum Beispiel „Dekontaminierung“ von Patienten vor geplanten Operationen, Abstriche und Erregerbestimmung bei der Wundversorgung) durch? (n=286)

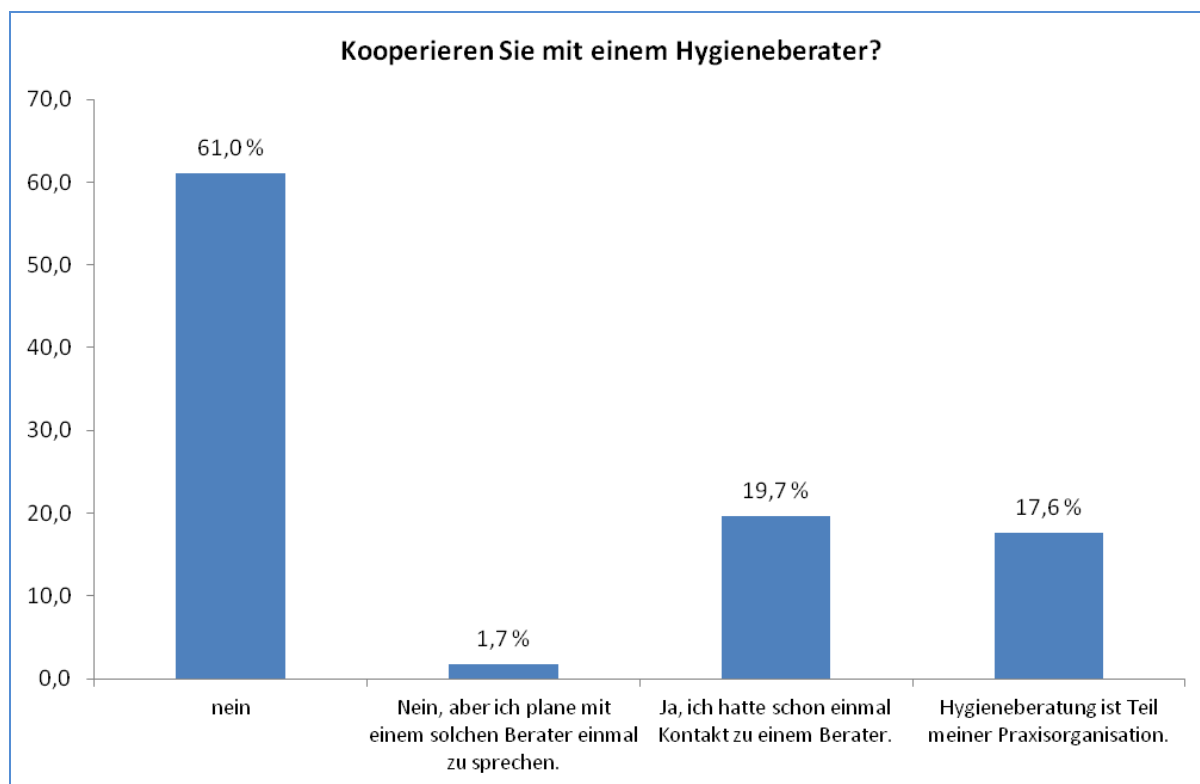




3.3.3 Hygiene-Berater

Der Hygiene-Berater ist eine relativ neue Einrichtung – im niedergelassenen Bereich kann dieser Dienstleister von niedergelassenen Ärzten zur Beratung eingeladen werden, die Kosten trägt dabei die Praxis. Jede sechste Praxis hat einen solchen Dienst schon einmal in Anspruch genommen (siehe Abb. 7) – eine erstaunliche Zahl, da es sich um einen kostenpflichtigen Dienst handelt und keinerlei Verpflichtung dazu besteht. Ein weiteres Fünftel der Responder hatte schon einmal Kontakt zu einem solchen Spezialisten. Auch dies ist ein Hinweis, dass Hygienefragen für Ärzte durchaus von Interesse sind und sich mehr als ein Drittel von ihnen initiativ mit diesem Thema auseinandersetzt.

Abbildung 7: Kooperieren Sie mit einem Hygieneberater? (n=290)

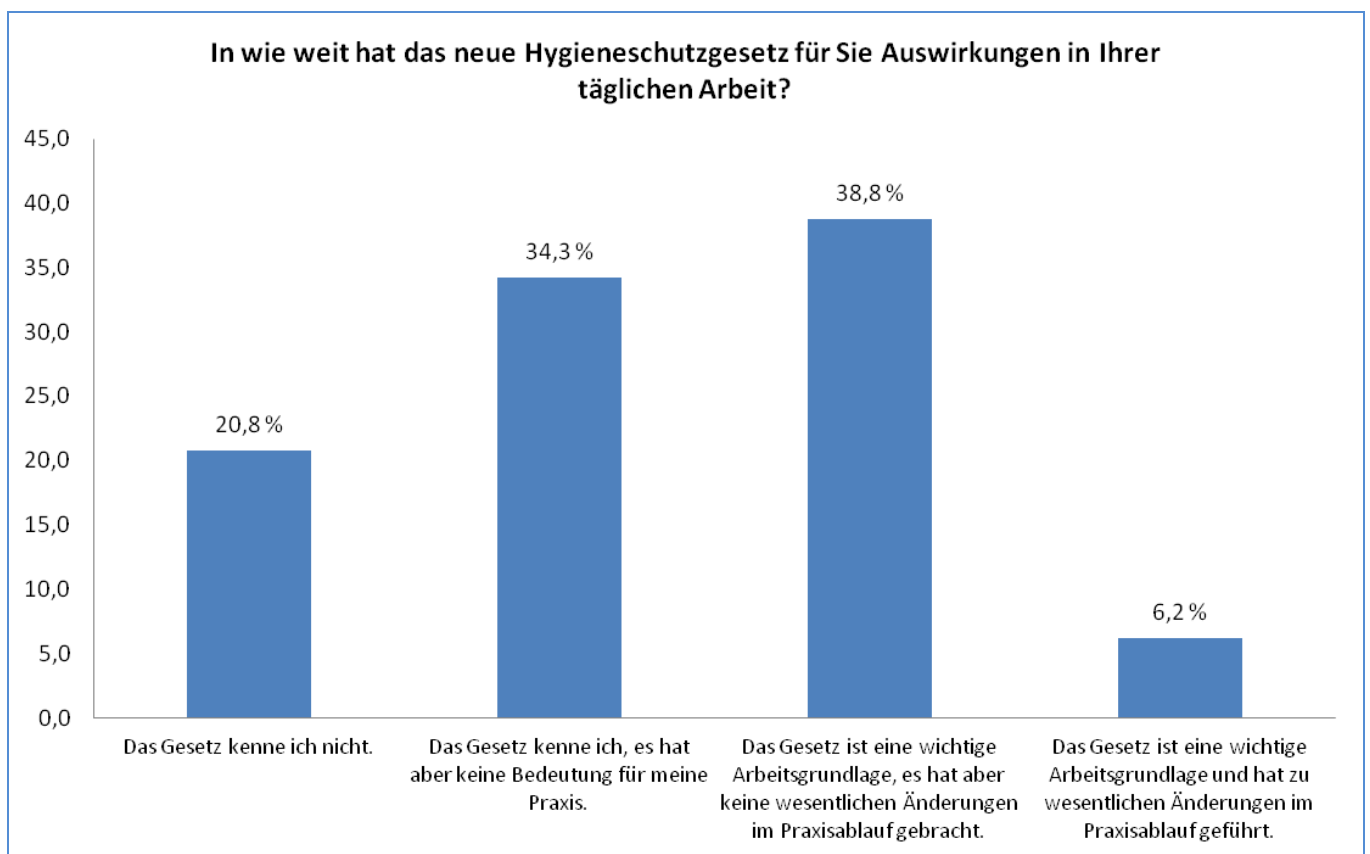




3.3.4 Bekanntheitsgrad und Bedeutung des Hygienegesetzes

Das Hygienegesetz vom Juni 2011 ist eine wichtige Grundlage für die Hygiene in medizinischen Einrichtungen. Daher ist es nicht überraschend, dass 80 Prozent der Ärzte das Gesetz zumindest kennen und 45 Prozent es für bedeutsam für ihre Praxis halten. Dass nur sechs Prozent der Ärzte und Zahnärzte in der Folge wesentliche Änderungen in der Praxis durchgeführt haben, muss angesichts der oben erwähnten verbesserungswürdigen Hygienesituation als unbefriedigend angesehen werden.

Abbildung 8: In wie weit hat das neue Hygienegesetz (Infektionsschutzänderungsgesetz 2011) für Sie Auswirkungen in Ihrer täglichen Arbeit? (n=290)

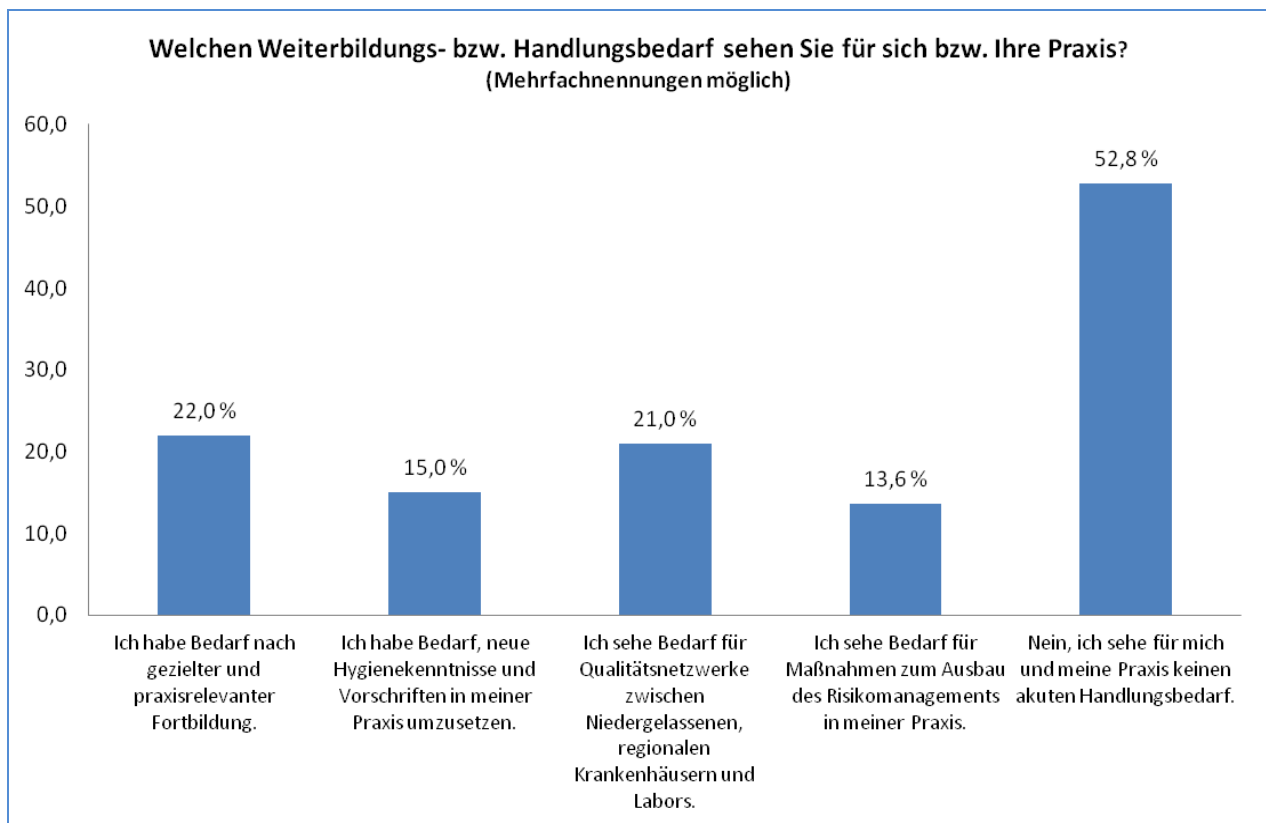




3.3.5 Weiterbildungs- und Handlungsbedarf im Bereich Hygiene

Etwas mehr als die Hälfte aller Responder sieht keinen akuten Handlungsbedarf für sich und ihre Praxis. Die konkret benannten Optionen zur Verbesserung der Situation werden jeweils von etwa 15-20 Prozent der Ärzte genannt. Das ist eine nicht zu vernachlässigende Größenordnung, zeigt aber dennoch, dass Hygiene bei weitem kein zentrales Thema ist. Immerhin sehen jeweils rund 20 Prozent der Ärzte Fortbildungsbedarf bzw. einen Bedarf für kollegiale Netzwerke in diesem Bereich.

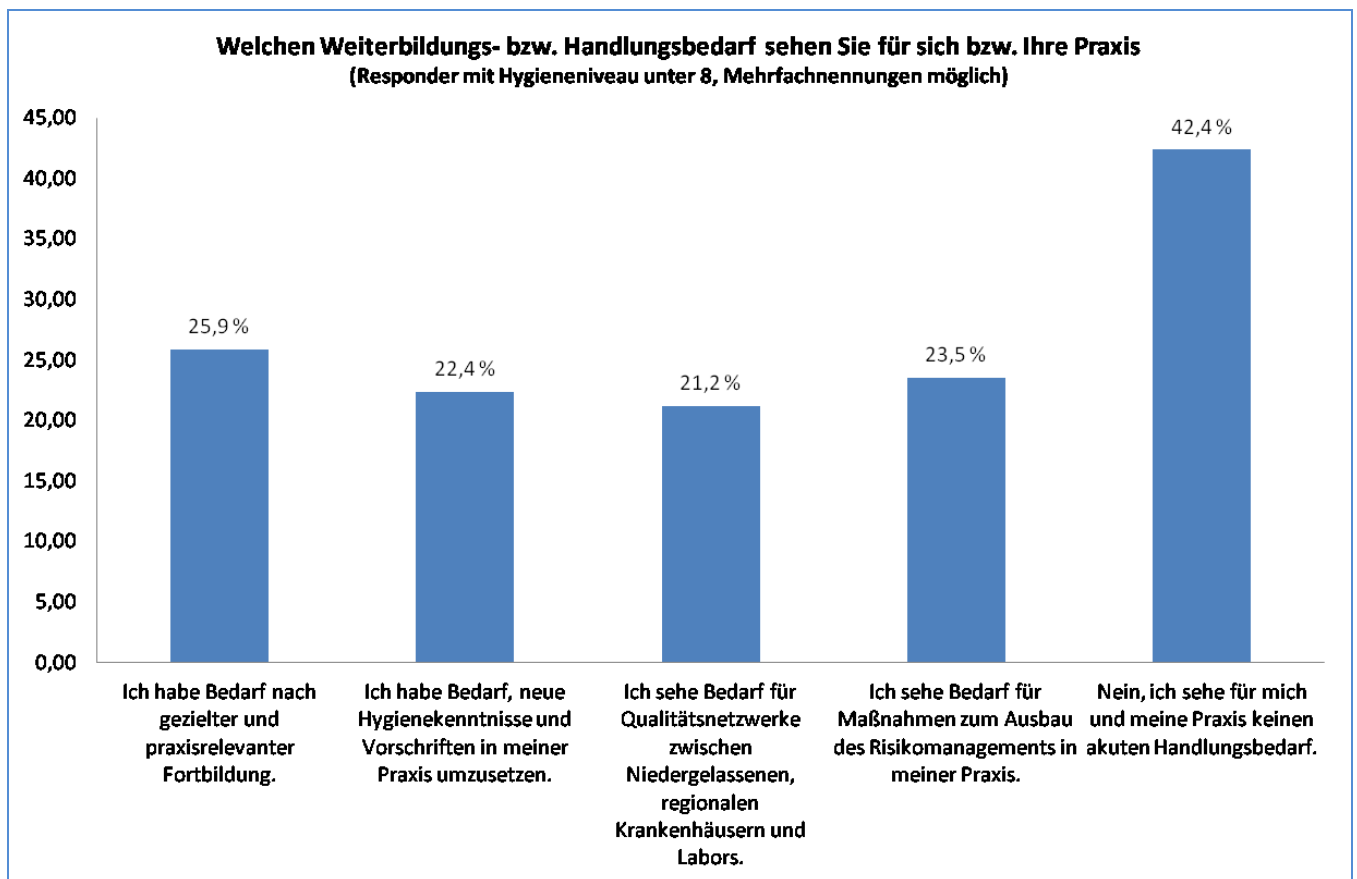
Abbildung 9: Welchen Weiterbildungs- bzw. Handlungsbedarf im Bereich Hygiene sehen Sie für sich bzw. Ihre Praxis? (Mehrfachnennungen möglich, n=286)





Betrachtet man die Gruppe derjenigen Praxen separat, die ein nicht optimales Hygieneniveau haben (Level 7 und niedriger) so wird erwartungsgemäß ein höherer Bedarf an Weiterbildung und spezifischen Initiativen gesehen, doch ist der Unterschied nicht sehr ausgeprägt. Auch in dieser Gruppe sehen 42 Prozent keinen Handlungsbedarf – nicht-optimale Hygiene wird hier offenbar als ein verzeihliches Problem gesehen.

Abbildung 10: Welchen Weiterbildungs- bzw. Handlungsbedarf im Bereich Hygiene sehen Sie für sich bzw. Ihre Praxis?(n= 86, Responder mit Hygieneniveau unter 8, Mehrfachnennungen möglich)

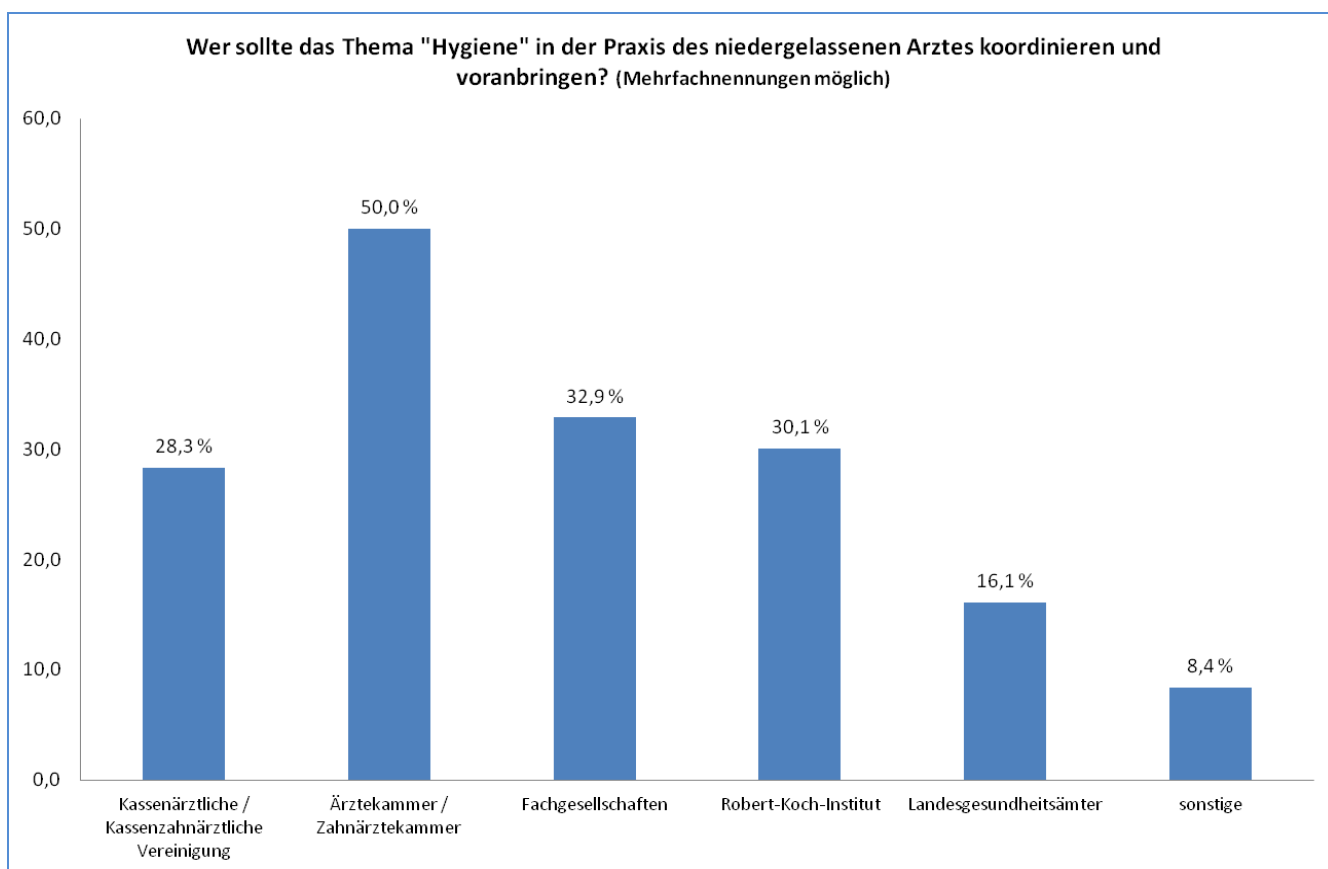




3.3.6 Koordination

Bei der Frage, wer das Thema Hygiene bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten koordinieren und voranbringen sollte, liegt die Selbstverwaltung ganz vorn: Die Hälfte aller Nennungen entfielen auf die (Zahn-)Ärztekammern als Koordinator und Treiber. KVen, Fachgesellschaften und das Robert-Koch-Institut stehen mit jeweils etwa 30 Prozent der Antworten an zweiter Stelle (Mehrfachnennungen waren möglich). Dagegen liegen diejenigen Institutionen, die eigentlich eine wichtige Rolle spielen sollten, nämlich die Landesgesundheitsämter, mit 16 Prozent abgeschlagen an dritter Stelle. Dies ist umso bedauerlicher, da diese Einrichtungen im Prinzip die Brücke zwischen fachlicher Expertise und regionaler Durchführung schlagen und eben auch nicht-ambulante ärztliche Einrichtungen in ein umfassendes Konzept einbinden könnten. Die niedrige Bedeutung reflektiert aber vermutlich auch das insgesamt schlechte Image der Gesundheitsämter bei vielen niedergelassenen Ärzten.

Abbildung 11: Wer sollte das Thema „Hygiene“ in der Praxis des niedergelassenen Arztes koordinieren und voranbringen? (Mehrfachnennungen möglich, n=286)





4 Diskussion

Die Themen Patientensicherheit und Hygiene stehen in diesem Jahr im Fokus der QM-Studie, sowie der Einfluss von QM auf die Arbeitsabläufe in der Praxis bzw. die Verminderung der Störanfälligkeit.

Qualitätsmanagement

Beim Thema „QM und Workflow“ zeigt sich ein weitgehend positives Bild: Weniger als zehn Prozent kritische Stimmen zur Einschätzung eines von außen auferlegten Systems, das einen finanziell und administrativ nicht unerheblichen Aufwand bedeutet, stellen letztlich nur noch ein „negatives Grundrauschen“ dar – bessere Werte sind unter solchen Voraussetzungen kaum zu erwarten. Erfreulich ist auch, dass die Zahl derjenigen, die keine positiven Effekte des QM auf die Stör- und/oder Fehleranfälligkeit in ihrer Praxis sehen, um fünf Prozentpunkte gesunken ist und nunmehr weniger als ein Drittel der Ärzte beträgt.

Angesichts der Tatsache, dass in der Medizin bis vor etwa 10 bis 15 Jahren gar nicht oder primär defensiv über Fehler gesprochen wurde, zeigen die Antworten eine sehr erfreuliche Entwicklung in relativ kurzer Zeit. Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass im Vergleich mit anderen Industrien und hochkomplexen Dienstleistungen insgesamt in der Medizin noch ein erhebliches Verbesserungspotenzial besteht. Die wegweisende Studie „To Err is Human – Building a Safer Health System“ des US-amerikanischen IOM (Institute of Medicine, Washington DC 1999), eines einflussreichen „Think Tanks“, hat ein Umdenken auf den Weg gebracht, doch sicherlich wäre eine umfassende Studie auch für Deutschland von großem Interesse, um konkrete weitere Schritte hin zu verbesserter Sicherheit zu ermöglichen.

Hygiene

Hygiene ist nicht nur eine Frage der medizinischen Verantwortung und technischer Kriterien: Auch psychologische Aspekte spielen eine große Rolle. So muss in der Prävention kontinuierlich gegen die Unsichtbarkeit der Erreger und die Fehlwahrnehmung, Hygiene sei im Zeitalter der Antibiotika-Behandlung eine vernachlässigbare Aufgabe, angekämpft werden. Umso schwieriger ist es daher, gerade bei Routinearbeiten eine verlässliche Konstanz herzustellen und standardisierte Prozesse zu etablieren.



Bei der Befragung zur Hygienesituation in der eigenen Praxis hat das Vertrauen in die Marke „Stiftung Gesundheit“ zu einer erstaunlichen Offenheit in der Selbsteinschätzung geführt: So bescheinigten sich mehr als fünf Prozent der Responder selbst ein schlechtes, weitere 24,4 Prozent ein nur mittelmäßiges Hygiene-Niveau. Ebenfalls mehr als fünf Prozent der Ärzte gaben erhebliches Verbesserungspotential bei der Hände-Desinfektion in der eigenen Praxis an, mehr als jeder Fünfte war der Ansicht, dass diese Einzelmaßnahme in seiner Praxis nur mittelmäßig umgesetzt werde.

Grundsätzlich ist Hygiene für immerhin ein Viertel der ambulanten Praxen von wesentlicher Bedeutung, ein weiteres Drittel hat zumindest gelegentlich damit zu tun. Dies deutet auf eine wesentliche Rolle der ambulanten Praxen in der Hygienevorsorge und Resistenzbekämpfung hin.

Hygiene-Berater

Jede sechste Praxis hat schon einmal die Dienste eines Hygiene-Beraters in Anspruch genommen. Dies erstaunt, da es sich um einen kostenpflichtigen Dienst handelt und keinerlei gesetzliche Verpflichtung dazu besteht. Ein weiteres Fünftel der Responder hatte zumindest schon einmal Kontakt zu einem solchen Spezialisten. Dies ist ein Hinweis, dass Hygienefragen für Ärzte durchaus von Interesse sind und sich mehr als ein Drittel von ihnen initiativ mit diesem Thema auseinandersetzt.

Hygieneschutzgesetz

Vier von fünf Ärzten kennen das Hygienegesetz von 2011, 45 Prozent halten es für bedeutsam für ihre Praxis. Allerdings gaben nur sechs Prozent der Ärzte und Zahnärzte an, in der Folge wesentliche Änderungen in der Praxis durchgeführt haben. Dies muss angesichts der in dieser Studie dargestellten verbesserungswürdigen Hygienesituation als problematisch angesehen werden. Hier wären weitere qualitative Untersuchungen interessant, um die ärztliche Haltung zu solchen zentralen rechtlichen Regelungen besser zu verstehen: Werden diese als Element einer ausufernden Bürokratie betrachtet, als Gängelung, die es möglichst zu vermeiden gilt? Ist das Gesetz so wenig praktikabel, dass die Umsetzung in die Praxis nur unzureichend erfolgt? Oder braucht es eine bessere „Übersetzung“ des juristischen Textes in die klinische Praxis?



Einschätzung des eigenen Handlungsbedarfs in Sachen Hygiene

Etwas mehr als die Hälfte aller Responder sieht keinen akuten Handlungsbedarf für sich und ihre Praxis. Dies zeigt, dass Hygiene für die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte bislang bei weitem kein zentrales Thema ist. Immerhin sehen jeweils rund 20 Prozent der Ärzte Fortbildungsbedarf bzw. einen Bedarf für kollegiale Netzwerke in diesem Bereich. Auch bei den Ärzten, die sich selbst eher ein mittelmäßiges oder schlechtes Hygiene-Niveau bescheinigen, sehen mehr als 40 Prozent keinen akuten Handlungsbedarf – ein Hinweis darauf, dass Hygiene als ein eher verzeihliches Problem gesehen wird.

Bei der Frage, wer das Thema Hygiene bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten koordinieren und voranbringen sollte, nannten die Ärzte an erster Stelle die (Zahn-) Ärztekammern (50 Prozent der Antworten), an zweiter Stelle die KVen, Fachgesellschaften und das Robert-Koch-Institut (jeweils etwa 30 Prozent der Antworten, Mehrfachnennungen waren möglich). Dagegen liegen diejenigen Institutionen, die eigentlich eine wichtige Rolle spielen sollten, nämlich die Landesgesundheitsämter, mit 16 Prozent abgeschlagen an dritter Stelle. Dies ist bedauerlich, da diese Einrichtungen im Prinzip die Brücke zwischen fachlicher Expertise und regionaler Durchführung schlagen und eben auch nicht-ambulante ärztliche Einrichtungen in ein umfassendes Konzept einbinden könnten.



Fazit

Insgesamt ergibt sich im Bereich QM ein positives Bild mit weitgehender Akzeptanz von QM und substantiellem positivem Einfluss des QM auf Kernprozesse in der Praxis. Der Umgang mit Fehlern ist offener geworden, Niedergelassene setzen sich damit auseinander und handeln aktiv, doch ist die Medizin noch weit von den Möglichkeiten und Prozessen entfernt, die in anderen Industrien und Dienstleistungen Standard sind.

Beim Thema Hygiene ergibt sich ein gemischtes Bild: Zunächst einmal waren die Praxisinhaber erstaunlich offen über das Niveau der Hygiene und der Händedesinfektion in ihrer Praxis, hier wurden in einem Drittel der Fälle moderater bis deutlicher Nachholbedarf konstatiert. Zudem haben etwa ein Drittel der Responder initiativ schon einmal Kontakt zu einem Hygieneberater aufgenommen. Auf der anderen Seite wird das Hygienegesetz insgesamt als wenig relevant angesehen. Hier wäre es von hoher Bedeutung einmal detaillierter zu untersuchen, warum diese Wahrnehmung vorherrscht.

Generell wird ein Weiterbildungsbedarf nur bei weniger als der Hälfte aller Antwortenden gesehen. Auch bei denjenigen, die ihrer Praxis nur mittelmäßige bei deutlich verbesserungswürdige Hygiene bescheinigen, sind dies gerade einmal 40 Prozent. Hier zeigt sich erneut das ambivalente Verhältnis zum Thema. Die Selbstverwaltung, insbesondere die Ärztekammer, wird als Koordinationsstelle für die Weiterbildung gewünscht. Die Rolle der Landesgesundheitsämter dagegen wird als gering eingestuft – ein Hinweis auf die mangelnde Reputation dieser staatlichen Institution.



GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH
Parkallee 20, 20144 Hamburg
Tel. 040 / 39 80 46 90, Fax 040 / 39 80 46 91
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