



Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007

Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Eine Studie der Stiftung Gesundheit
durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse





Zusammenfassung

Einleitung: Qualitätsmanagement (QM) ist für niedergelassene Ärzte gesetzlich vorgeschrieben; der gemeinsame Bundesausschuss hat detaillierte Richtlinien dazu veröffentlicht. Wie sind die Kenntnisse und Stand der Durchführung in den Praxen?

Methoden: In Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheit wurden im Jahr 2006 15.383 Ärzte repräsentativ ausgewählt und angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen (plus Vergleichsgruppe von 200 mit Paper-Pencil-Befragung). Die Befragung umfasste Informationsquellen und Erfahrungen zum QM, Kosten des QM sowie generelle Haltung zum QM.

Ergebnisse: 787 Ärzte (5,1% Antwortquote) lieferten aussagekräftige Daten. 16% aller Ärzte haben sich bislang noch nicht mit QM auseinandergesetzt. Das DIN-ISO-System ist am meisten bekannt (bei 86%), alle anderen Systeme fallen demgegenüber deutlich ab (30% oder weniger Bekanntheitsgrad). Nur etwa 20% der Praxen haben bislang die Zertifizierung abgeschlossen oder stehen kurz davor. Die Kosten für QM hängen stark von dem verwendeten System ab, wobei DIN-ISO (5.600 EUR) und EFQM (2.800 EUR) vergleichsweise teuer, EPA (1.800) und QEP (850 EUR) recht günstig sind; der zeitliche Aufwand ist für alle Systeme insgesamt ähnlich hoch. Zwei Drittel aller Ärzte haben sich bislang noch für kein bestimmtes QM-System entschieden und es zeigt sich, dass Kontakte auf Fortbildungen (42%) bzw. Empfehlungen von Kollegen (32%) hohe Bedeutung für die Auswahl eines QM-Dienstleisters haben. Die Zufriedenheit mit den Dienstleistern ist generell hoch.

Diskussion: Generell zeigte sich ein sehr heterogenes Bild hinsichtlich der Einführung von QM in der Praxis. Wie bei anderen technischen / organisatorischen Neuerungen gibt es frühe Einsteiger und begeisterte QM-Ärzte, während doch eine zahlenmäßig große Gruppe (ca. 25%) der Idee des QM überaus skeptisch gegenübersteht. Politik und QM-Dienstleister sollten unbedingt den Markt segmentieren, um gezielt QM zu bewerben und auf kritische Ärzte eingehen zu können. Zudem scheinen die bislang noch vielfach technisch geprägten QM-Systeme nicht den klinischen und am Patienten orientierten Ärzten die Vorteile einer Organisations- und Qualitätskultur deutlich machen zu können.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Private Praxis, Deutschland

Quality management in private practice – a nation-wide survey in Germany Summary

Background: Quality management (QM) will soon become mandatory for private practice physicians in Germany. We aimed to assess the knowledge about and state of implementation of QM in German private practices.

Methods: In cooperation with Stiftung Gesundheit (Foundation for Health), Hamburg, a stratified sample of 15.383 physicians was requested via e-mail in 2006 to participate in the online-survey. The survey covered sources of information and experiences with QM, cost of implementing QM and general attitudes towards QM in private health care.

Results: 787 doctors (5,1% response rate) rendered useful data sets. 16% of doctors have not yet familiarized themselves with QM. The DIN-ISO QM-System is by far the best-known system, with 86% of doctors having heard about it. All other systems are known by only 30% or less of the physicians. Only about 20% of private practices have already implemented QM



or are about to have it implemented. The cost of QM depend heavily on the system used with DIN-ISO (5.600 EUR) and EFQM (2.800 EUR) being the more expensive, while EPA (1.800 EUR) and QEP (850 EUR) are much less costly. All QM-systems require roughly the same amount of time from staff to be implemented and maintained. Two thirds of all doctors have not yet decided which QM-system to use and contacts during seminars and recommendations from colleagues are most important when selecting a system. The level of satisfaction with QM service providers is generally high.

Discussion: In general, the study revealed a very heterogeneous picture. As with other new technologies or organisational changes there is a group of enthusiastic “early adopters”, but we also found a substantial number of physicians (about 25%) who are highly sceptical towards implementing QM. They posed a challenge for health policy and service providers alike and careful market segmentation will be needed to cater for the different needs of the different groups of doctors. Moreover, the still rather technical approach towards QM might not be helpful in convincing the clinical and patient-oriented doctors of the need to install systematic and organisation-based quality systems.

Keywords: Quality management, private ambulatory practice, Germany

Wortzahl Zusammenfassung: 293

Wortzahl Haupttext: 3.575



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

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
Professor für Ökonomie und Ethik im Gesundheitswesen
Fachhochschule im Deutschen Roten Kreuz
Reinhäuser Landstraße 19-21
37083 Göttingen
konrad.obermann@drk-fachhochschule.de

Weitere Autoren:

Dr. Peter Müller
Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28A
22765 Hamburg
dr.mueller@stiftunggesundheits.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.

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.



Einführung

Gesetzliche Regelungen, (standes-)politische Vorgaben und der generell gewachsene Wettbewerb auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte führen dazu, dass Praxisinhaber in Deutschland sich zunehmend mit dem Qualitätsmanagement (QM) auseinander setzen müssen. (Niebling et al. 2003)

Der Qualitätssicherung wird eine hohe Bedeutung zugemessen und dies findet seinen Niederschlag in den gesetzlichen Regelungen. Eine Vielzahl von Paragraphen des Sozialgesetzbuchs V haben Einfluss auf das QM: §§2, 70, 73b/c, 75, 92, 95d, 113, 115b, 135, 136, 136a, 137, 137b/d/f/g, 139, 139 a/b, 140a/b. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat QM-Richtlinien für die vertragsärztliche (18. Oktober 2005) und vertragszahnärztliche (17. November 2006) Versorgung herausgegeben. Sowohl die Kassenärztliche wie auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben mit dem QEP Qualität und Entwicklung in Praxen beziehungsweise dem Z-PMS Zahnärztliches PraxisManagementsystem eigene Instrumente für die Praxis entwickelt. Für einzelne KVen gibt es detaillierte Konzepte zur Einführung von QM in die ärztliche Praxis. (Beispielhaft Wutzler und Müller 2003)

Qualität kann verstanden werden als die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen (Amon 2004). Daraus ergibt sich folgende Definition von QM: „Alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätssicherung/QM-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen.“ (DIN EN ISO 8402)

QM-Systeme gibt es in hoher Zahl: Zum einen sind dies die aus der Industrie abgeleiteten DIN-EN-ISO Standards 9000 ff, die auf die besonderen Bedingungen in der Medizin angepasst werden können (so zum Beispiel beim KPQM-Modell der KV Westfalen-Lippe, siehe auch BMG und Häußler 1999), des weiteren die dienstleistungsbezogenen Systeme wie EFQM und schließlich die speziell für den Gesundheitsbereich entwickelten Systeme wie KTQ und andere. Auf internationaler Ebene befasst sich beispielsweise ein Projekt der Bertelsmann Stiftung im Zusammenarbeit mit der „European Task Force for Methods of Assessments and Quality Improvement in Health Care“ (TOPAS Europe) mit dem Thema Versorgungsqualität im europäischen Vergleich. (QMA 2005). Eine gute Gesamtübersicht zum Thema QM in der ambulanten Versorgung findet sich auf der Seite: www.q-m-a.de/7sonstigeinfos/0index/literaturverzeichnis/literatur/view

Im Vergleich zu den vielen wissenschaftlichen und praxisorientierten Initiativen gibt es bislang keine umfassenden Daten zum Stand des QM in der Praxis des niedergelassenen Arztes. „Von den bundesweit ca. 97.000 Arztpraxen verfügen nach derzeitigem Kenntnisstand weniger als 1.000 über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System. Genaue Zahlen sind jedoch nicht bekannt, da eine zentrale Registrierung bisher nicht erfolgt.“ (Nüllen und Noppeney 2006, S. 83)

Ziel dieser Arbeit soll eine umfassende Bestandsaufnahme des QM in der Praxis niedergelassener Ärzte in Deutschland sein. Diese empirische Studie soll Auskunft darüber geben, wie der Kenntnisstand niedergelassener Ärzte ist, woher sie Informationen beziehen, welchen Aufwand sie für QM betreiben und wie sie generell zum Thema QM stehen.



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

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 $n = 15.383$ gezogen. Unter der Annahme eines 3%igen Rücklaufs wurden etwa 460 Antworten erwartet. Tatsächlich geantwortet haben dann 787 Ärzte und Zahnärzte - eine Antwortquote von 5,1%. Um die Analysen nach bestimmten Schwerpunkten und Kategorien durchführen zu können, wurden folgende soziodemographische Merkmale dabei berücksichtigt:

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

Die Stiftung Gesundheit ist eine gemeinnützige, rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts, welche 1996 unter Aufsicht des Innenministeriums Schleswig-Holsteins errichtet wurde. Sie verfügt über eine ihrer Art einmalige Strukturdatenbank praktisch aller in Deutschland niedergelassenen Ärzte einschließlich Praxistyp und -größe (Arztanzahl), Fachrichtung und Kontaktdaten. Von den rund 180.000 Adressen der aktuell niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte in Deutschland liegt bei 95.000 Ärzten 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. Nach zehn Tagen wurde gegebenenfalls eine Erinnerungs-E-Mail versandt und dadurch die Möglichkeit zur Teilnahme um weitere zehn Tage verlängert. Nach Ablauf dieser zehn Tage wurde die Untersuchung abgeschlossen.

Die Antworten des Online-Fragebogens wurden in Microsoft Excel eingelesen und es erfolgte eine Datenbereinigung, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler überprüft – fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

Der Fragebogen

Der Fragebogen umfasst insgesamt 22 Fragen und ist in fünf thematische Bereiche eingeteilt. Der *erste Teil* „Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber“ enthält persönliche Angaben, wie Geburtsjahr, Jahr der Niederlassung, Frage nach Hausarzt oder Facharzt und welcher Fachgruppe der Befragte angehört.

Der *zweite Teil* des Fragebogens befasst sich mit dem „Wissen über QM in der Praxis“. Hierbei wurde gefragt, seit wann, wenn überhaupt, sich der Arzt mit QM befasst, welches seine wichtigsten Quellen dabei waren und welche Systeme ihm vertraut sind.



Im *dritten Fragebogenkomplex* geht es um die „*Einführung von QM in der eigenen Praxis*“. In diesem Abschnitt des Fragebogens wurde gefragt, in welcher Phase des Zertifizierungsprozesses sich die Praxis befinde, für welches System und für welchen Dienstleister sich entschieden wurde und warum und schließlich sollte der Dienstleister bewertet werden.

Im *vierten Abschnitt* wurden die *Ergebnisse* der Einführung von QM abgefragt, insbesondere die Kosten und der praktische Nutzen für die Praxis. Es gab ein ergänzendes Item in Form einer offenen Frage, bei der Ratschläge für Kollegen zum Thema QM abgegeben werden konnten.

Im *fünften und letzten Teil* des Fragebogens geht es um „*Niedergelassene, die bislang kein QM in der Praxis haben*“. Hier wurde gefragt, warum bislang noch keine Beschäftigung mit QM erfolgt sei, was die Hauptfunktionen von QM für die eigene Praxis sein sollten und was mit QM bewirkt werden soll. Schließlich wurde noch die Haltung zu einer möglichen Dienstleistung für QM abgefragt.

Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Aus der Grundgesamtheit von allen 123.377 ärztlichen und 56.948 zahnärztlichen Praxen in der Datenbank der Stiftung Gesundheit wurde eine Stichprobe von $n = 15.383$ gezogen und daraufhin der Inhaber dieser Praxen angeschrieben. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt 787 Online-Fragebögen (5,1% Rücklauf) ein. Die Rücklaufquote von 5,1% ist ein für spontane internetbasierte Befragungen hoher Wert. Parallel wurden 200 Praxisinhaber brieflich angeschrieben, hier antworteten 22, was einer Rücklaufquote von 11% entspricht.

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. In der vorliegenden Arbeit wurden die Probanden nach Alter, dem Geschlecht, Jahre der Selbstständigkeit, der Fachrichtung, Stadt-Land- und Ost-West-Verteilung ausgewählt.

Die Angaben bezüglich des Postleitzahlengebietes, der Ost-West-Verteilung, und der Großstadt-Land-Verteilung waren nicht Bestandteil des Fragebogens, sondern wurden aus der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit mitgeführt. Diese Daten sind auch zur Auswertung unterschiedlicher Variablen der Stichprobe herangezogen worden.

Da die Variable „Alter“ analog zu den Daten der Stiftung und/oder den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgefragt wurden, lassen sich die Daten der Grundgesamtheit aller niedergelassenen Mediziner in Deutschland und die der Stichprobe gegenüberstellen. Die Variablen „Geschlecht“ und „PLZ-Gebiet“ wurden ebenfalls mit den Gesamtdaten der Stiftung Gesundheit gegenüber gestellt und können somit unter anderem Rückschlüsse auf die Qualität und Repräsentativität der Streuung der Verteilung geben. In Tabelle 2 sind die Variablen Geschlecht, Alter, Großstadt-Praxis, Ost- oder Westdeutschland und PLZ-Bereich in Grundgesamtheit und Respondern gegenübergestellt.



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

	Grundgesamtheit	Responder
N	127.410	787
	Verteilung in Prozent	Verteilung in Prozent
Geschlecht		
männlich	65,1	78,8
weiblich	34,9	21,2
Alter		
bis 40 J.	7,2	14,4
41-60 J.	75,3	78,1
über 60 J.	17,5	7,6
Großstadt über 100.000 Einw.		
ja	42,6	43,4
nein	57,4	56,6
Region		
West	83,9	83,8
Ost	16,1	16,2
PLZ-Bereich		
0	3,7	6,7
1	10,1	8,4
2	10,1	9,8
3	9,0	9,9
4	9,9	11,9
5	9,5	12,4
6	9,6	11,2
7	12,4	10,1
8	16,3	11,1
9	9,3	8,6
Gesamt	100	100

Die Betrachtung der Variable „Geschlecht“ unter allen Teilnehmern zeigt, verglichen mit der Verteilung der Grundgesamtheit, deutliche Abweichungen: Die weiblichen Befragten antworteten unterdurchschnittlich (13,7 Prozentpunkte Differenz). Beim Vergleich der Altersstruktur der Befragten und der Grundgesamtheit zeigt sich eine deutliche Überrepräsentation der Jüngeren und eine entsprechende Unterrepräsentation der Älteren. Hinsichtlich der geographischen Verteilung zeigen die Responder eine Überrepräsentierung der Postleitzahlgebiete 0, 4 und 5, hingegen sind die Gebiete 7 und insbesondere 8 unterrepräsentiert.



Tabelle 2: Arzttyp der Grundgesamtheit und der Responder in Prozent (n=772)

	Grundgesamtheit	Responder
Hausärzte	29,3	26,1
Fachärzte	39,1	24,4
Zahnärzte (einschl. Fach-ZA)	31,6	49,5

Die Verteilung nach Haus-, Fach- und Zahnärzten zeigt eine deutliche Überrepräsentierung der Zahnärzte, hingegen sind die Fachärzte unterrepräsentiert. Sofern sich in der Gruppe der Zahnärzte ein wesentlicher Unterschied zu der Gruppe der Haus- und Fachärzte zeigt, werden wir diese gesondert darstellen.



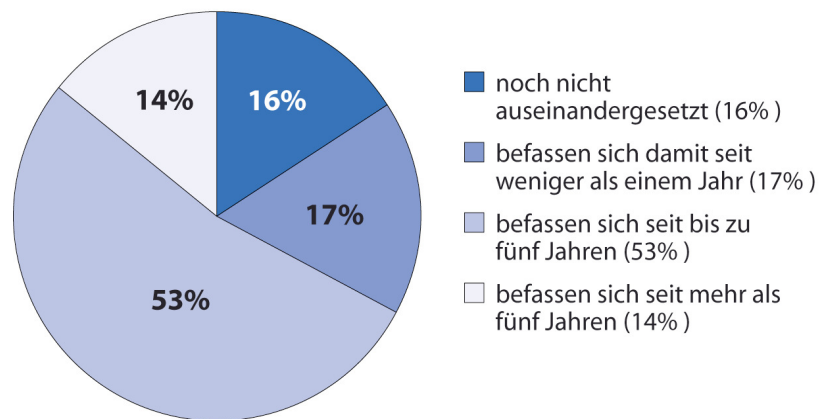
Ergebnisse

Informationsstand zu QM

16% der Antwortenden (n=640) haben sich bislang noch nicht mit QM auseinandergesetzt, 17% befassen sich damit seit weniger als einem Jahr, weitere 53% bis zu fünf Jahren und 14% seit mehr als fünf Jahren mit QM. Somit ist das Thema bereits weit verbreitet und 84% der Niedergelassenen haben sich bereits mit QM auseinandergesetzt. Zahnärzte unterscheiden sich nicht wesentlich (83%).

Abbildung 1: „Wann haben Sie angefangen, sich über QM Systeme zu informieren?“ (n=640)

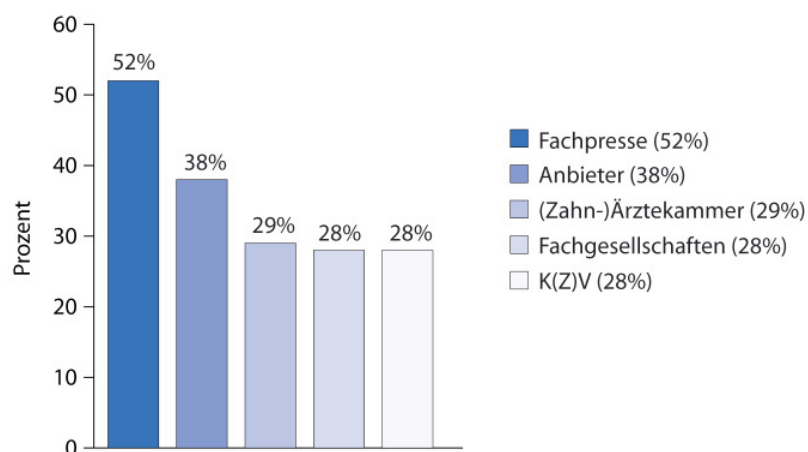
Informationsstand der Ärzte zum Qualitätsmanagement



Die wichtigsten Informationsquellen sind hierbei die Fachpresse (52% der Antwortenden sehen sie als wichtigste Quelle) und in geringerem Maße Anbieter (38%). Fachgesellschaften (28%), (Zahn-) Ärztekammer (29%) und K(Z)V (28%) sind mit 28-29% nicht so wichtig.

Abbildung 2: „Welches waren Ihre wichtigsten (d.h. vertrauenswürdigsten und hilfreichsten) Informationsquellen zum Thema QM-Implementierung in der Praxis?“ (n=660)

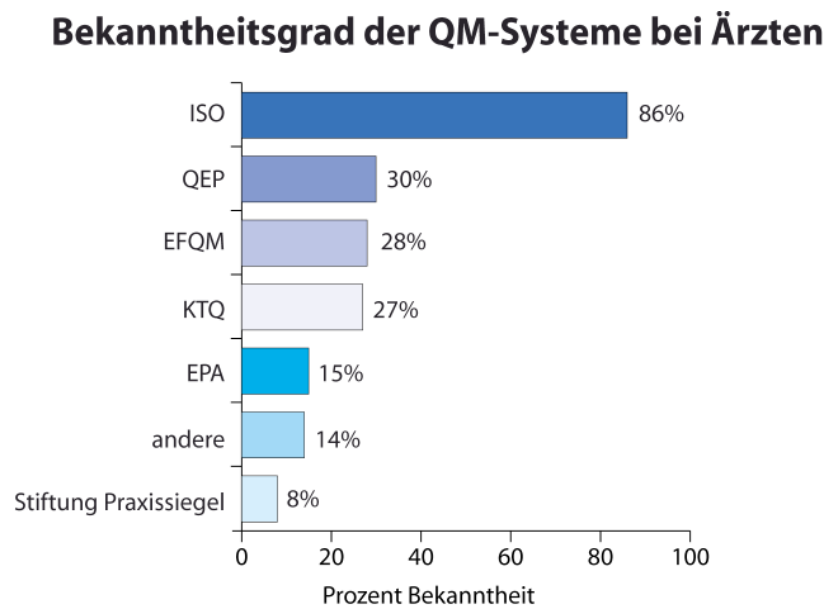
Die wichtigsten Informationsquellen der Ärzte





Der Bekanntheitsgrad der QM-Systeme schwankt stark (s. Abb. 3). ISO (= Normenfamilie DIN EN ISO 9000ff) ist mit knapp 90% mit weitem Abstand am besten bekannt. EFQM, KTQ und QEP folgen mit 27-29% und alle weiteren Systeme liegen unter 20%.

Abbildung 3: „Welche QM-Systeme sind Ihnen vertraut“ (n=655)



Die Unterschiede zwischen Ärzten und Zahnärzten: Die KZV wird deutlich seltener (15%) als Informationsquelle genannt. Das QM-System QEP, eigens für den Humanmedizinischen Bereich entwickelt, ist somit naturgemäß bei den Zahnärzten sehr viel weniger bekannt (5%).

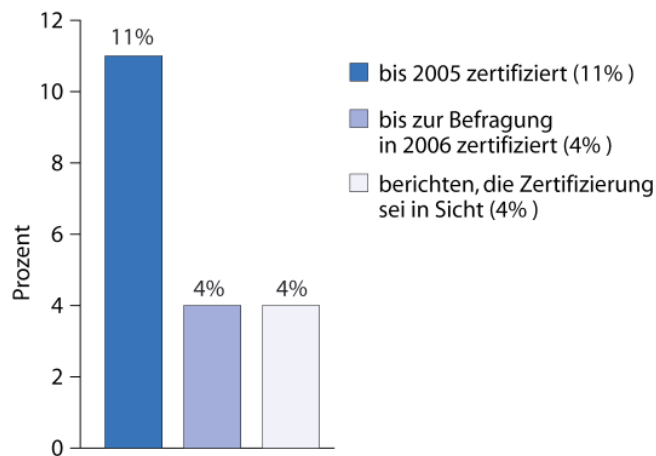
Einführung von QM in der eigenen Praxis

11% (n=601) der Praxen wurden bis 2005 zertifiziert, weitere 4% bis zur Befragung in 2006 und ebenfalls 4% berichten, die Zertifizierung sei in Sicht. Somit haben knapp 20% der Praxen den Zertifizierungsprozess abgeschlossen oder stehen kurz davor.



Abbildung 4a: „In welcher Phase des Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?“ (n=601)

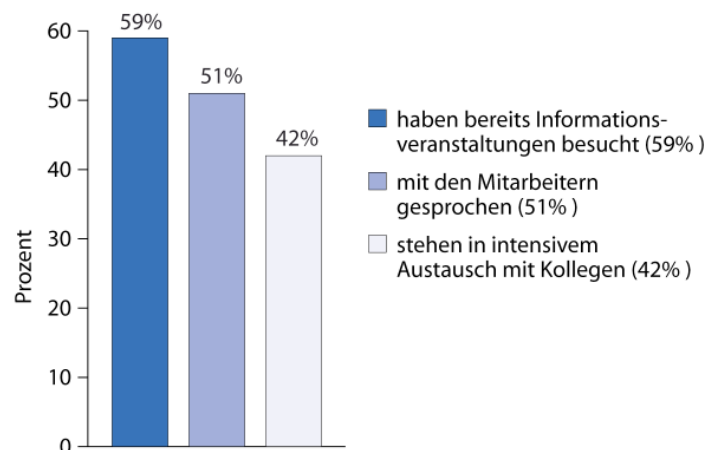
Einführung von QM in der eigenen Praxis



9% der Ärzte haben bereits Informationsveranstaltungen besucht, 51% mit den Mitarbeitern gesprochen und 42% stehen in intensivem Austausch mit Kollegen. Zahnärzte unterscheiden sich hier nicht wesentlich von den anderen Ärzten.

Abbildung 4b: „In welcher Phase des Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?“ (n=601)

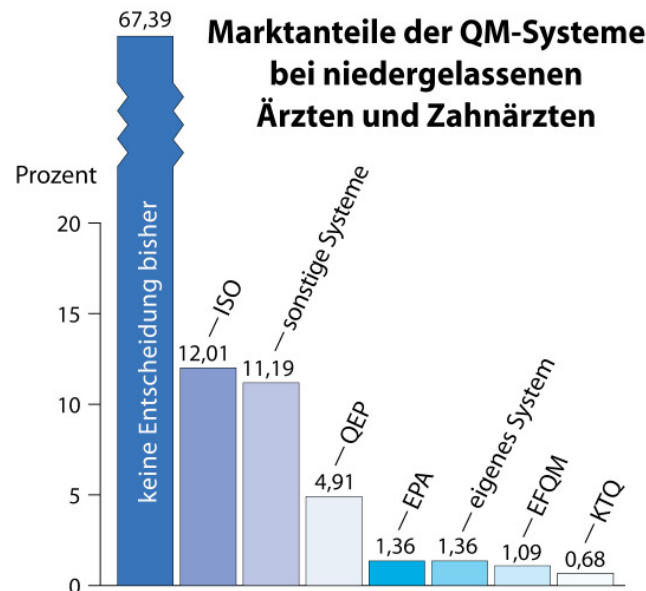
Planungsstand der Praxis zur QM-Einführung



Bei der Verteilung der Marktanteile der QM-Systeme unter den Ärzten, die mit der Implementierung begonnen, die Implementierung abgeschlossen bzw. die Zertifizierung erlangt haben, hat wiederum ISO einen großen Vorsprung. Nächst größere Gruppe sind die „sonstigen Systeme“. Dies zeigt, dass im QM-Markt in Deutschland eine Vielzahl von kleinen Systemen verfügbar ist.

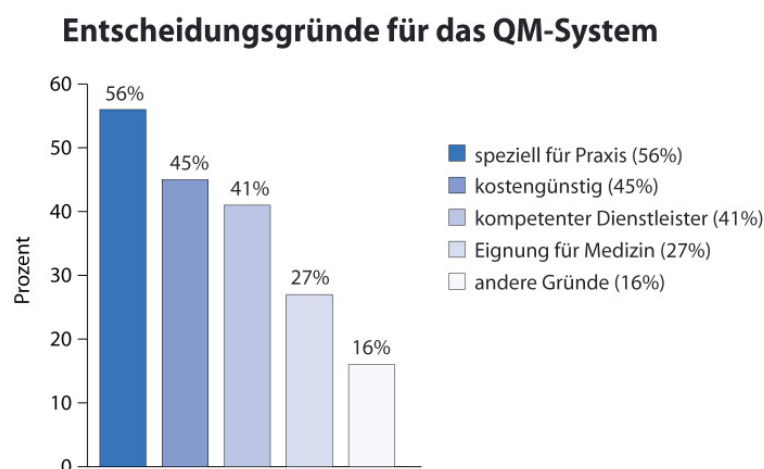


Abbildung 5: „Für welches System haben Sie sich entschieden / werden Sie sich entscheiden?“ (n=570)



Von der Gesamtheit der Ärzte und Zahnärzte hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung rund zwei Drittel noch nicht für ein System entschieden. Rund 12 % haben ISO ausgewählt, das damit im ambulanten Sektor gesamt das Feld anführt. Deutlich weniger, 4,91%, der Gesamtheit, optieren für QEP; jedoch ist hier zu berücksichtigen, dass dieses System nicht für Zahnarztpraxen vorgesehen ist und der Marktanteil bei den niedergelassenen Humanmedizinern entsprechend höher ist. Die Gründe für die Wahl finden sich in Abbildung 6.

Abbildung 6: „Warum haben Sie sich gerade für dieses QM-System entschieden“ (n=346)



Bislang haben sich lediglich ein Drittel aller Praxen (236 von 632) für einen Dienstleister entschieden. Es wird ein breites Spektrum von Dienstleistern genannt ohne dass sich eine gene-

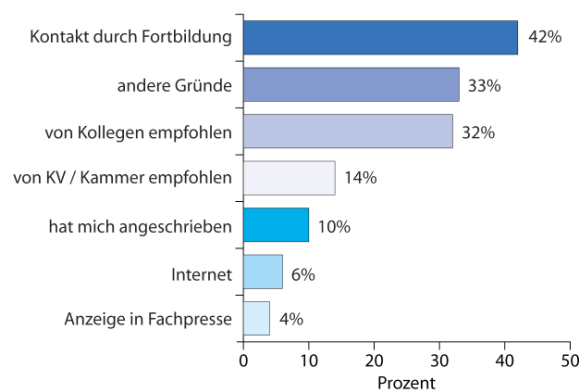


relle Präferenz nennen lässt. Etwas häufiger genannte Anbieter sind: AQUA, EXCC, verschiedene KVen, MacDent, MedQM und TÜV (verschiedene).

Interessant ist, warum sich die Praxisinhaber für einen Anbieter entschieden haben: Hier steht der Kontakt in einer Fortbildung an erster Stelle, gefolgt von Empfehlungen durch Kollegen. Die Rolle der Kammer / K(Z)V ist begrenzt, Anzeigen in der Fachpresse sind nebensächlich und auch das Internet spielt keine bedeutende Rolle.

Abbildung 7: „Warum haben Sie sich für diesen Dienstleister entschieden?“ (n=231)

Entscheidungsgründe für den Dienstleister



Zufriedenheit mit dem Dienstleister

Die Zufriedenheit war generell sehr hoch, Abbildung 8 zeigt die Schulnoten-Verteilung. 92% aller Praxisinhaber würden ihren Dienstleister wieder wählen – ein Hinweis auf einen hochkompetitiven Markt mit sehr starker Kundenorientierung.

Abbildung 8: „Wie zufrieden sind Sie mit diesem Dienstleister?“ (Schulnoten, n=228, Verteilung in Prozent)

Zufriedenheit mit dem Dienstleister

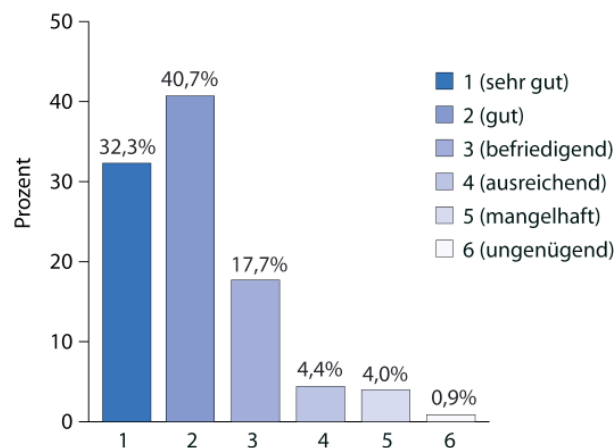
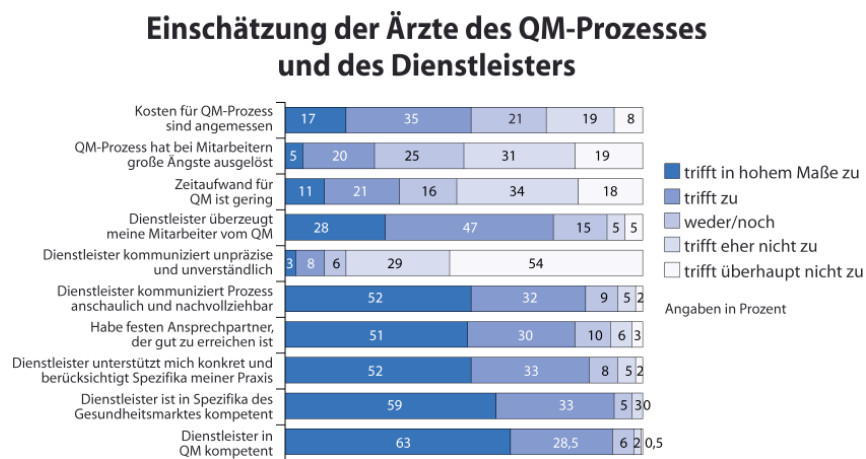




Abbildung 9 zeigt die generelle Einschätzung der Dienstleister bezüglich wichtiger Kriterien bei der Einführung von QM. Während Kommunikation und die Berücksichtigung praxisspezifischer Belange als weit überwiegend positiv gesehen werden, bestehen doch einige Bedenken hinsichtlich der Ängste bei den Mitarbeitern, dem Zeitaufwand und den Kosten für QM.

Abbildung 9: „Wie stufen Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre Zusammenarbeit mit dem Dienstleister ein?“ (n=227; von links: trifft in hohem Maße zu – trifft zu – weder/noch – trifft eher nicht zu – trifft überhaupt nicht zu; Angaben in Prozent; DL=Dienstleister)



Kosten für das QM

Hier ist neben den direkten Kosten für die Prozessbegleitung und Zertifizierung vor allem der Zeitaufwand von Praxisinhaber und Mitarbeitern zu berücksichtigen. Eine Differenzierung nach QM-System bietet sich an, um Erfahrungen aus der Praxis in die Entscheidung für ein System einfließen lassen zu können.

In der Implementierungsphase entstehen im Durchschnitt Gesamtkosten in Höhe von 5.960 Euro. Diese teilen sich auf in Kosten für den Dienstleister, für die Zertifizierung und sonstige Kosten. Tabelle 3 gibt einen Überblick.

Tabelle 3: „Welche Kosten hat der QM-Prozess ausgelöst bzw. stehen an?“ Direkte Kosten für QM während der Implementierungsphase (n=166)

	Durchschnitt	Mean	Range
Dienstleister	3.930	2.000	50 – 20.000
Zertifizierung	1.190	2.000	100 – 10.000
Sonstige	840	500	10 – 20.000
GESAMT	5.960	4.000	50 – 35.000



Von Bedeutung sind die doch erheblichen Differenzen zwischen den einzelnen QM-Systemen. Tabelle 4 gibt einen Überblick.

Tabelle 4: Anzahl der Praxen mit ausgewählten QM-Systemen und Gesamtkosten der Implementierung. (Zahlen in Klammern verweisen auf die geringe Aussagekraft der Durchschnittswerte aufgrund der kleinen Gruppe)

QM-System	n	Durchschnitt	Range
ISO	72	5.600	500 – 35.000
EFQM	7	(2.800)	1.500 – 5.000
EPA	9	(1.800)	250 – 4.000
QEP	8	(850)	100 – 2.500

Bei ISO ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in den Jahren vor 2002 recht hohe Kosten (ca. 20.000 Euro) entstanden, die mittlerweile deutlich niedriger liegen.

Der Arbeitsaufwand beanspruchte über durchschnittlich (n=161) 37 Wochen im Mittel den Praxisinhaber 5,7 Stunden pro Woche und die Mitarbeiter 7,8 Stunden pro Woche. Auch hier gab es Unterschiede zwischen den QM-Systemen. Tabelle 5 gibt einen Überblick.

Tabelle 5: Arbeitsaufwand zur Implementierung von QM-Systemen: Dauer und Belastung; Durchschnitt (bei EFQM aufgrund der geringen Zahl und des breiten Spektrums Darstellung der Bandbreite)

QM-System	n	Dauer (Wochen)	Aufwand Inhaber (h/Woche)	Aufwand Mitarbeiter (h/Woche)
Alle	161	37	5,7	7,8
ISO	72	37	4,5	7,1
EFQM	6	5-100	0,1-14	0,2-100)
EPA	12	15	3,4	3,1
QEP	8	29	4,1	3,4

Nach Einführung des QM ergeben sich durchschnittlich moderate laufende Kosten (160 Euro / Monat; Arbeitsaufwand: 1,6 Stunden / Woche für Praxisinhaber, 3,3, Stunden / Woche für Mitarbeiter), jedoch finden sich auch hier Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszeit wie auch des Arbeitsaufwandes.



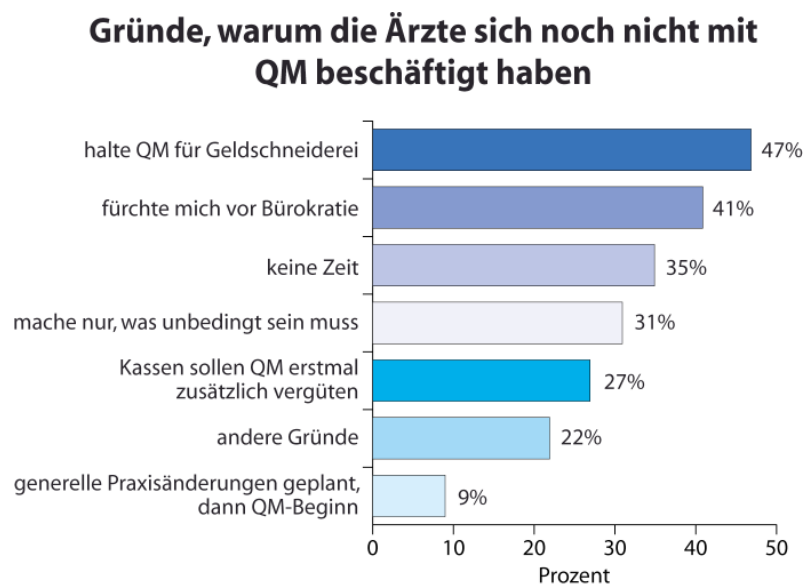
Tabelle 6: Kosten und Arbeitsaufwand nach Implementierung von QM-Systemen (n.a.: nicht auswertbar aufgrund zu niedriger Fallzahlen)

QM-System	n	Kosten (€/Monat)	Aufwand Inhaber (h/Woche)	Aufwand Mitar- beiter (h/Woche)
Alle	158	160	1,6	3,3
ISO	70	161	1,7	2,9
EFQM	6	n.a.	n.a.	n.a.
EPA	12	n.a.	0,9	1,1
QEP	8	n.a.	n.a.	n.a.

Warum haben sich Niedergelassene bislang nicht mit QM beschäftigt?

Abbildung 10 zeigt die wichtigsten Gründe dafür, warum sich bislang etwa jeder sechste Arzt noch überhaupt nicht mit QM befasst hat.

Abbildung 10: „Warum haben Sie sich bislang noch nicht mit QM für ihre Praxis beschäftigt?“ (n=152)



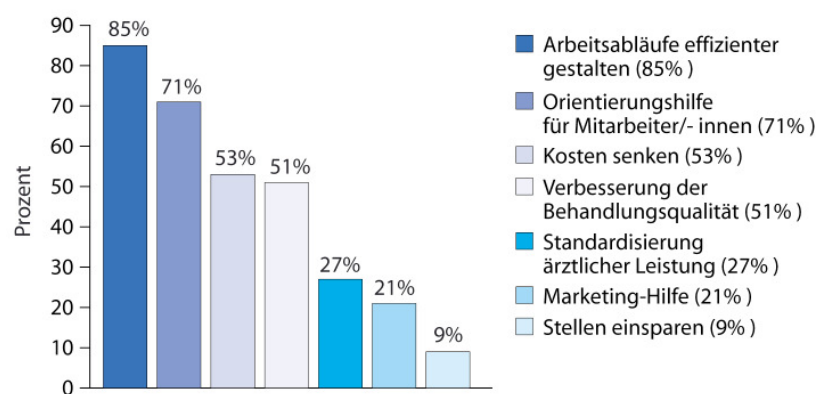


Konkreter Nutzen des QM für die Praxis

Niedergelassene Ärzte sehen die Hauptfunktionen des QM vor allem in der effizienteren Gestaltung der Arbeitsabläufe und als Orientierungshilfe für Mitarbeiter, in geringerem Maße auch zur Kostensenkung und zur Verbesserung der Behandlungsqualität.

Abbildung 11: „Was sollten für Sie die Hauptfunktionen von QM in der ärztlichen Praxis sein?“ (n=763)

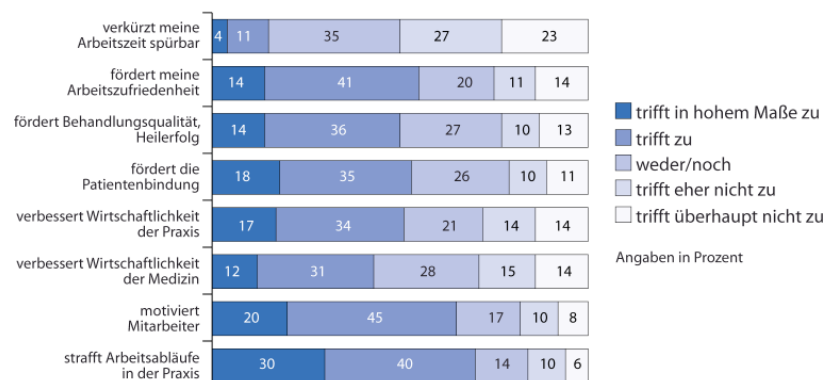
Die Hauptfunktionen von QM in der ärztlichen Praxis



Eine detaillierte Befragung (s. Abb. 12) zeigt, in welchen Bereichen QM als besonders hilfreich angesehen wird. Interessant ist, dass obwohl Arbeitsabläufe in der Mehrzahl spürbar gestrafft werden, sich die Arbeitszeit nur bei einer Minderheit wesentlich verkürzt.

Abbildung 12: „Welchen praktischen Nutzen hat(te) der QM-Prozess ganz konkret für Ihre Praxis?“ (n=222; von links: trifft in hohem Maße zu – trifft zu – weder/noch – trifft eher nicht zu – trifft überhaupt nicht zu; Angaben in Prozent)

Praktischer Nutzen des QM-Prozesses für die Praxis

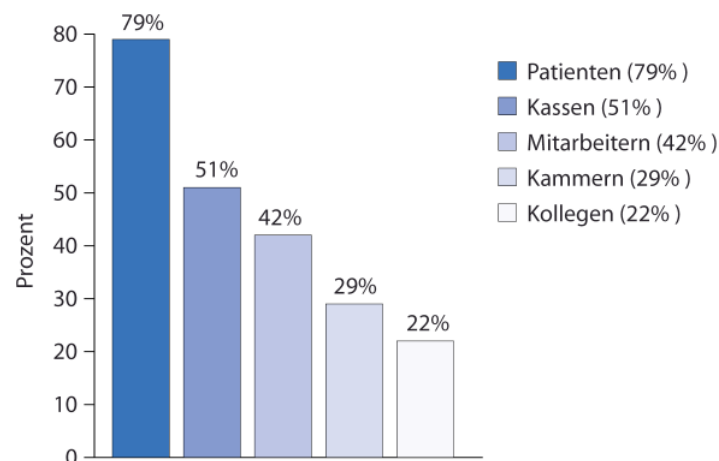




QM soll aber auch Wirkungen nach außen haben. Die Güte der Praxis soll vor allem Patienten gegenüber (79%) dokumentiert werden, aber auch den Kassen (51%) und Mitarbeitern (42%) gegenüber. Die Wahrnehmung der Kammer (29%) und der Kollegen (22%) spielen dabei keine so große Rolle. (n=754)

Abbildung 13: „Was wollen Sie mit QM bewirken?“ (n=754)

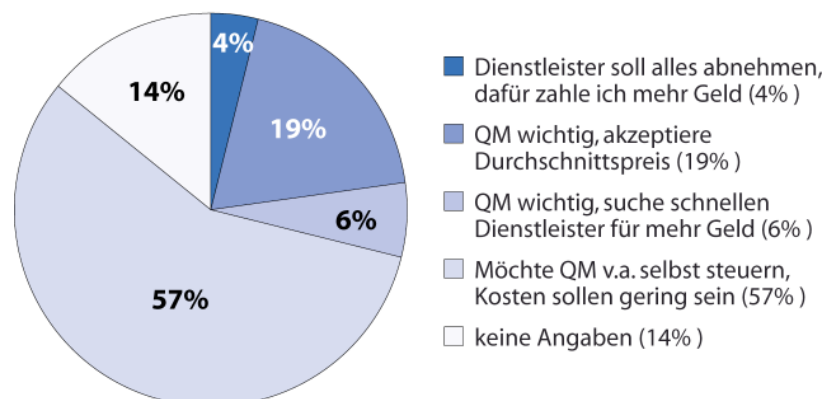
Wem soll die Güte der Praxis dokumentiert werden



Schließlich wurde gefragt, welche Art Dienstleister die Praxisinhaber bevorzugen würden. Der Schwerpunkt lag ganz eindeutig auf eigener Steuerung des QM-Prozesses, den die Dienstleister zu geringen Kosten unterstützen sollen.

Abbildung 14: „Wie würden Sie Ihre Haltung zu einem möglichen Dienstleister für das QM einschätzen?“ (n=787)

Anforderung an einen QM-Dienstleister





Freie Kommentare

Die (zumeist kurzen) Anmerkungen bei einzelnen Fragen waren oftmals sehr emotional. Hinsichtlich der Kompetenz der Dienstleister wurde zumeist knapp positiv geantwortet. Die ergänzenden Kommentare zum praktischen Nutzen des QM für die Praxis schwankten zwischen „hilfreiche Dokumentation“ und „effizientere Handlungsabläufe“ sowie „Erfüllung einer Pflicht“ und „Quatsch“. Auf die offene Frage „Was raten Sie Kolleginnen und Kollegen zum Thema QM?“ fand sich folgendes Antwort-Muster (n=168):

- 21 Antworten waren überaus positiv, teilweise enthusiastisch und rieten zu „unbedingt machen“, „sofort anfangen“ etc.
- 38 Kollegen waren stark negativ eingestellt und lehnten generell QM ab bzw. sahen es als lästige Pflichtveranstaltung („Augen zu und durch“, „bleiben lassen“, „Geldschneiderei“, „abschaffen“, etc.)
- 104-mal wurden konkrete Hinweise zur Umsetzung von QM gegeben: betont wurde, das QM insbesondere für größere Praxen überaus hilfreich sei, dass man sich langfristig mit dem Thema auseinander setzen solle, im Vorfeld Kollegen mit QM-Erfahrung ansprechen und in einem frühen Stadium das ganze Praxisteam einbinden solle, besondere Sorgfalt auf die Auswahl des Dienstleisters legen und einen klar definierten Werkvertrag abschließen solle.
- 5 Antworten waren nur Fragmente und nicht auswertbar



Diskussion

Dies ist unserem Wissen nach die erste Studie, die deutschlandweit und umfassend zugleich das Wissen um und die Durchführung von QM in den Praxen niedergelassener Human- und Zahnmediziner in Deutschland beschreibt. Durch die praktisch komplette Datenbasis der Stiftung Gesundheit konnten wir ein hohes Maß an Repräsentativität in der Stichprobe erreichen. Die Responder bilden die Schichtungsvariablen nur begrenzt gut ab – da dies eine internetgestützte Befragung war, zudem das Thema „Qualitätsmanagement“ nach unseren Ergebnissen eine ausgeprägte Varianz an Reaktionen und Einstellungen ergab, vermuten wir, dass die beiden Extrempole „unbedingt QM einführen“ und „QM ist auf jeden Fall abzulehnen“ verstärkt vertreten sind. Das Frauen (generell geringere Technikaffinität) und ältere Praxisinhaber (generell geringeres Interesse, umfassende neue Konzepte einzuführen) unterrepräsentiert sind, könnte diese These stützen. Bei der Papierversion fanden sich 8 Frauen unter den 22 Rückläufern, was praktisch der Häufigkeit von Frauen in der Grundgesamtheit entspricht.

Der Anteil der teilnehmenden Zahnärzte ist überdurchschnittlich hoch – wir vermuten, das Zahnärzte generell sich mehr mit QM auseinander setzen (müssen), da es im Bereich des Zahnersatzes und der verwendeten Material schon seit längerem detaillierte Qualitätsregeln gibt. Jedoch zeigt sich, dass bis auf wenige Ausnahmen die Meinungen der Zahnärzte sich nicht substantiell von denen der Humanmediziner unterscheiden. In der nächsten Stichprobe sollten Frauen und ältere Kolleginnen und Kollegen überrepräsentiert werden, ebenso die Humanmediziner.

Wie zu erwarten, findet sich ein breites Spektrum bei den niedergelassenen Ärzten zum Thema QM: Die detaillierten Antworten von 787 niedergelassenen (Zahn-)Ärztinnen und Ärzten zeigen ein insgesamt sehr heterogenes Bild, das von den „early adoptern“ und pragmatischen Umsetzern des QM bis zu (zum Teil durchaus wohlbegründeten) resoluten Verweigerern reicht. Die freien Antworten zur Frage „Was raten Sie Kolleginnen und Kollegen zum Thema QM?“ enthielten in der Mehrzahl konkrete und praxisrelevante Anregungen zur Einführung von QM in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Jedoch fanden sich vielfach in ergänzenden Kommentaren zu Fragen hoch emotionale Ablehnungen des gesamten Themas QM.

Die Ergebnisse der Studie lassen den Schluss zu, das die Praxisinhaber unbedingt segmentiert werden müssen, will man von politischer oder betriebswirtschaftlicher Seite von den Vorteilen eines QM überzeugen. Immerhin lassen die freien Meinungsäußerungen den Schluss zu, dass etwa 25% aller niedergelassenen Ärzte dem QM überaus kritisch gegenüber stehen.

Wir vermuten, dass ein großer Anteil der negativen Reaktionen der Praxisinhaber auf die oftmals sehr technische, wenig an der Lebenswirklichkeit des jeweiligen Arztes und seiner Mitarbeiter orientierten Haltung von QM-Propaganden und -Anbietern zurückzuführen ist. Es sollte versucht werden, Ansätze zur Einführung von QM zu entwickeln, die noch stärker aus der klinischen Arbeit kommen und dem Praxisteam ermöglichen „Aha-Erlebnisse“ zu haben. Der noch geringe Bekanntheitsgrad der speziell für die Arztpraxis entwickelten QM-Systeme deutet zudem auf ein generell geringes Interesse der Niedergelassenen hin. Hier sollte überlegt werden, ob nicht alternative Marketing-Instrumente (wie beispielsweise verstärkter Einsatz von Kollegen als Multiplikatoren) hilfreich sein könnten.

Da QM ein Thema ist, das Standesvertretungen, Gesundheitspolitik und QM-Dienstleister gleichermaßen angeht, könnte auch über Kooperationen nachgedacht werden, um möglichst vielen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen das Thema vertraut zu machen.



Wissenschaftlich ist QM in der Arztpraxis etabliert und eine groß angelegte, von Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie, hat ein umfassendes Konzept dafür vorgelegt. (BMG und Häussler 1999) Die gesetzlichen Regelungen sind eindeutig und der verpflichtende Termin zur Umsetzung ebenso. Bislant hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien keine Sanktionen für fehlendes QM benannt, doch ist davon auszugehen, dass die KVen versuchen werden, Druckmittel einzusetzen, um QM einzuführen. Wie viele niedergelassene (Zahn-)Ärzte schreiben: QM kann sehr zum guten Management einer Praxis beitragen. QM sollte nicht als Instrument der Überwachung, Reglementierung oder Einschränkung ärztlich-autonomer Handlungsweisen verstanden werden, es dient der Transparenz gegenüber Mitarbeitern, Patienten, Angehörigen und externen Kooperationspartnern (Knon und Ibel 2005).



Literatur

Amon U. (Hrsg.) (2004): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis - Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung. 2. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer.

BMG Bundesministerium für Gesundheit, Häussler B. (Hrsg) (1999): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes. Baden-Baden: Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 117)

Knöon D., Ibel H. (2005): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. München: Carl Hanser.

Niebling W., Unteregger E., Böckmann H., Dietsche B., Mühlbacher A., Nübling M.: Umfassendes Qualitätsmanagement in einem Hausarztnetz - ein Werkstattbericht. Z Allg Med 2003; 79: 530-534

Nüllen H., Noppeney T. (2006): Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. 3. Auflage, Köln : Deutscher Ärzte-Verlag

QMA Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung (2005): Europäisches Praxisassessment. <http://www.q-m-a.de/6qmsysteme/international/view> (aufgerufen am 9.2. 2007)

Wutzler U., Müller R. (2003): Einführung eines Qualitätsmanagements in den Praxen im Bereich der KV Südwürttemberg. Ärzteblatt Baden-Württemberg 1 / 2003,



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

sg@arztmail.de, www.stiftung-gesundheit.de