



Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2008

Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Eine Studie der Stiftung Gesundheit
durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse





Zusammenfassung

Einleitung: Das Ende der Karenzzeit für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) für niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie Zahnärzte rückt näher. Wie ist der aktuelle der Stand der Kenntnisse, der Grad der Implementierung und die Verteilung der konkurrierenden Systeme? Welche praktischen Erfahrungen haben die Akteure gewonnen? Und welche Entwicklung hat sich vollzogen gegenüber dieser Studie aus dem Jahre 2007? Dies ist das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie.

Methode: Gegenüber der vorausgegangenen Studie wurde die Zahl der Befragten etwa verdoppelt, von 15.383 auf 30.149. Auf diese Weise kann nun stärker als zuvor auch binnendifferenziert werden zwischen den Fachgruppen.

Die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten wurden repräsentativ ausgewählt und angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen (plus Vergleichsgruppe von 200 mit Paper-Pencil-Befragung).

Ergebnisse: 1.260 Ärzte (4,2% Antwortquote) lieferten aussagekräftige Daten. 6,5% aller Ärzte haben sich bislang noch nicht mit QM auseinandergesetzt (Vorjahr 16%). Das DIN-ISO-System ist mit ca. 68% immer noch das bekannteste System, jedoch haben QEP (bei 54%) und KTQ (bei 35%) im Bekanntheitsgrad deutlich aufgeholt. Alle anderen Systeme fallen demgegenüber ab (30% oder weniger Bekanntheitsgrad). Diese und alle weiteren Ergebnisse finden Sie auf den nachfolgenden Seiten.

Diskussion: Diese Studie zeigt, zumal im Kontrast zum Vorjahr, mehrere Elemente einer Konsolidierung der QM-Landschaft im ambulanten Sektor: Nach bisweilen äußerst aufgeregten Diskussionen um QM, dessen Eignung für den Medizinbetrieb und insbesondere die Pflicht dazu, scheint eine Normalisierung einzutreten: Die Erwartungen, was QM bringen werde, fokussieren sich stärker auf das, was es ist: ein Organisations-Instrument.

Die Marktanteile haben sich verändert. Bei den Humanmediziner kristallisieren sich drei wesentliche Anbieter heraus: Weiterhin ist ISO der Marktführer, jüngst stark zugenommen aber hat QEP. ISO wiederum wird zumeist von großen Einheiten bevorzugt, QEP in der Tendenz eher von den kleinen. Das dritte Marktsegment gehört den vielen kleinen QM-Systemen, die häufig Derivate der großen Systeme sind, aber angepasst für spezifische Fachdisziplinen.

Bei den psychotherapeutischen Fachgruppen einschließlich der Psychologischen Psychotherapeuten dominiert deutlich QEP; und dies geht einher mit der Tatsache, dass diese Fachgruppen eher in Einzelpraxen tätig sind, während die nicht-psychotherapeutischen Humanmediziner mittlerweile schon mehrheitlich in Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind.

Bei den Zahnmediziner zeigt sich die Verteilung der Marktanteile bipolar, denn es fehlt ein Analogon zu QEP. ISO einerseits oder eines der kleineren Systeme andererseits lautet bei der großen Mehrheit der Zahnmediziner die Entscheidung.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Private Praxis, Deutschland



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@stiftung-gesundheit.de

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

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

Genehmigung der Ethik-Kommission: nicht notwendig

Danksagung: Die Autoren möchten allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Auskunftsbereitschaft und die zusätzlichen Anregungen und Kommentare danken. An dieser Stelle gilt unser Dank allen, die mit uns in konstruktiver Kritik die Methodendiskussion geführt haben, namentlich hervorzuheben Hardy Müller, Techniker Krankenkasse, Hamburg und Dr. Franziska Diel, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.



Einführung

Dies ist eine follow-up Studie der Stiftung Gesundheit zum Thema „Qualitätsmanagement in der Praxis des niedergelassenen Arztes“. Sie ist in Zusammenhang mit der 2007er Studie (verfügbar unter www.stiftung-gesundheit.de in der Rubrik „Forschung“), die auch eine generelle Einführung zum Thema bietet, zu sehen und soll aktuelle Ergebnisse und den Stand der Implementierung von QM darstellen.

Weiterhin ist unklar, was genau im Bereich des QM in der Praxis des niedergelassenen Arztes, Zahnarztes und Psychologischen Psychotherapeuten (P/P) passiert. Unterscheiden sich die verschiedenen Disziplinen in ihrer Wahrnehmung von QM und der Umsetzung der Vorgaben? Was sind Argumente für oder gegen QM in der Praxis? Wie sind die Erfahrungen mit den verschiedenen QM-Systemen und Anbietern auf dem Markt? Diese wichtigen Fragen sollen mit Hilfe der vorliegenden Studie beantwortet werden.

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

Material und Methoden

Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Um Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurde aus dem Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit eine geschichtete Zufallsstichprobe der Größe $n = 30.149$ gezogen. Geantwortet haben 1.260 Niedergelassene – eine Antwortquote von 4,2% (bereinigtes Sample ohne Responder, deren Antworten wegen struktureller Mängel verworfen wurden). Eine Responderquote bei einer spontanen Internet-Befragung von 3% wäre als gängig zu erwarten gewesen, nach der mit 5,1 % weit überdurchschnittlichen Quote des Vorjahres ist die gegenwärtige gleichwohl noch als gut zu betrachten.

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, Zahnarzt oder Psychologischer Psychotherapeut

Als Basis diente wiederum die Datenbank der Stiftung Gesundheit, die praktisch alle in Deutschland niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und P/P umfasst; einschließlich Praxistyp und -größe (Arztanzahl), Fachrichtung und Kontaktdaten. Von den rund 128.000 Adressen der aktuell niedergelassenen Ärzte einschließlich reiner Privatbehandler, 57.000 Zahnärzte sowie 21.000 P/P bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland liegt bei mehr als 100.000 dieser Leistungserbringer 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 wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler überprüft – fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

Der Fragebogen

Der Fragebogen ist identisch mit dem Fragebogen vom Vorjahr. Er umfasst insgesamt 22 Fragen und ist in fünf thematische Bereiche eingeteilt. „Über die Praxis und die Inhaber/in/den Inhaber“, „Wissen über QM in der Praxis“, „Einführung von QM in der eigenen Praxis“, „Ergebnisse der Einführung von QM“ und „Niedergelassene, die bislang kein QM in der Praxis haben“. Für Details wird auf die Studie vom Vorjahr verwiesen.

Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Die Grundgesamtheit waren alle 128.345 ärztliche, 56.980 zahnärztliche Praxen (einschließlich Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bzw. Fachzahnärzte für Oralchirurgie) sowie 21.025 P/P einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (jeweils einschließlich reiner Privatbehandler). (Gesamt: 206.350)

Daraus wurde eine Stichprobe von $n = 30.149$ gezogen und daraufhin der Inhaber dieser Praxen angeschrieben. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt 1.242 Online-Fragebögen (4.2% Rücklauf) ein. Die Rücklaufquote von 4,2 % ist ein für spontane internetbasierte Befragungen hoher Wert. Parallel wurden 200 Praxisinhaber brieflich angeschrieben, hier antworteten 18, was einer Rücklaufquote von 9% 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. Für Details sei wiederum auf die Studie von 2007 verwiesen.



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

	Grundgesamtheit	Responder
N	206.350	1.242
	Verteilung in Prozent	Verteilung in Prozent
Geschlecht		
männlich	65,1	74,7
weiblich	34,9	25,3
Alter		
bis 40 J.	7,2	8,0
41-60 J.	75,3	81,0
über 60 J.	17,5	11,0
Großstadt über 100.000 Einw.		
ja	42,6	45,2
nein	57,4	54,8
Region		
West	83,9	91,1
Ost	16,1	8,9
PLZ-Bereich		
0	3,7	3,7
1	10,1	6,4
2	10,1	10,6
3	9,0	8,9
4	9,9	11,4
5	9,5	11,4
6	9,6	11,6
7	12,4	13,7
8	16,3	13,5
9	9,3	8,8
Gesamt	100	100

Die Betrachtung der Variable „Geschlecht“ unter allen Teilnehmern zeigt, verglichen mit der Verteilung der Grundgesamtheit, Abweichungen: Die weiblichen Befragten antworteten unterdurchschnittlich (9,6 Prozentpunkte Differenz). Beim Vergleich der Altersstruktur der Befragten und der Grundgesamtheit zeigt sich eine leichte Überrepräsentation der Jüngeren und bis 60-Jährigen und eine entsprechende Unterrepräsentation der Älteren. Hinsichtlich der geographischen Verteilung zeigen die Responder eine Überrepräsentierung der Postleitzahlgebiete 4,5 und 6; hingegen sind die Gebiete 7, 8 und insbesondere 1 unterrepräsentiert.



Tabelle 2: Arzttyp der Grundgesamtheit und der Responder in Prozent (n=1.260)

	Grundgesamtheit	Responder
hausärztlich tätige Ärzte	26,0	28,1
fachärztlich tätige Ärzte	36,2	47,6
Zahnärzte (einschl. Fach-ZA)	27,6	17,5
Psychologische Psychotherapeuten einschl. Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	10,2	6,8

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



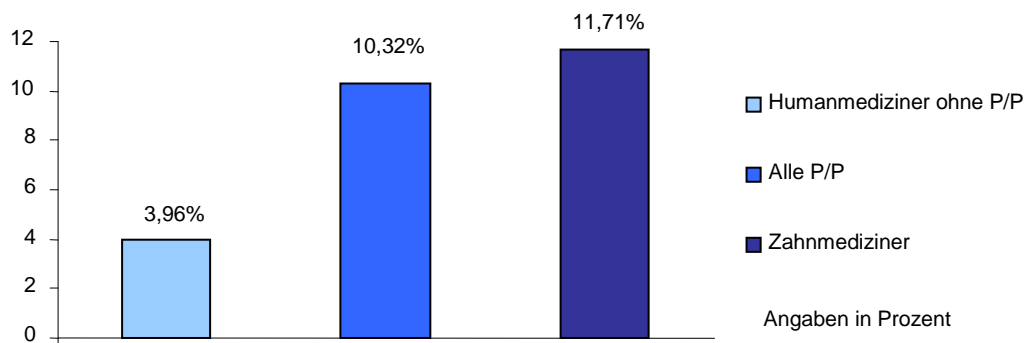
Ergebnisse

Informationsstand zu QM

Jede Auseinandersetzung mit dem Thema QM vermieden haben gegenwärtig 6,45% der Responder. Im Vorjahr waren dies noch 16%.

Deutliche Unterschiede zeigen sich unter den Fachgruppen:

Noch nicht mit QM befasst

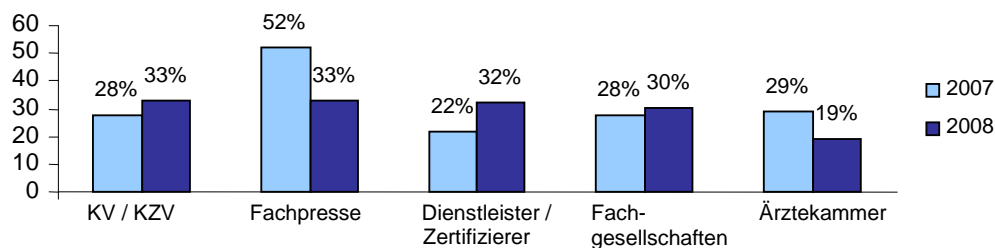


Überraschend ist hier der hohe Wert bei den Zahnmedizinern, da hier doch vermutet werden kann, dass sich diese mit dem Thema QM mehr auseinandersetzen (müssen) aufgrund der stark technischen und materialbezogenen Ausrichtung ihrer Arbeit.

Die Informationsquellen

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

Die wichtigsten Informationsquellen





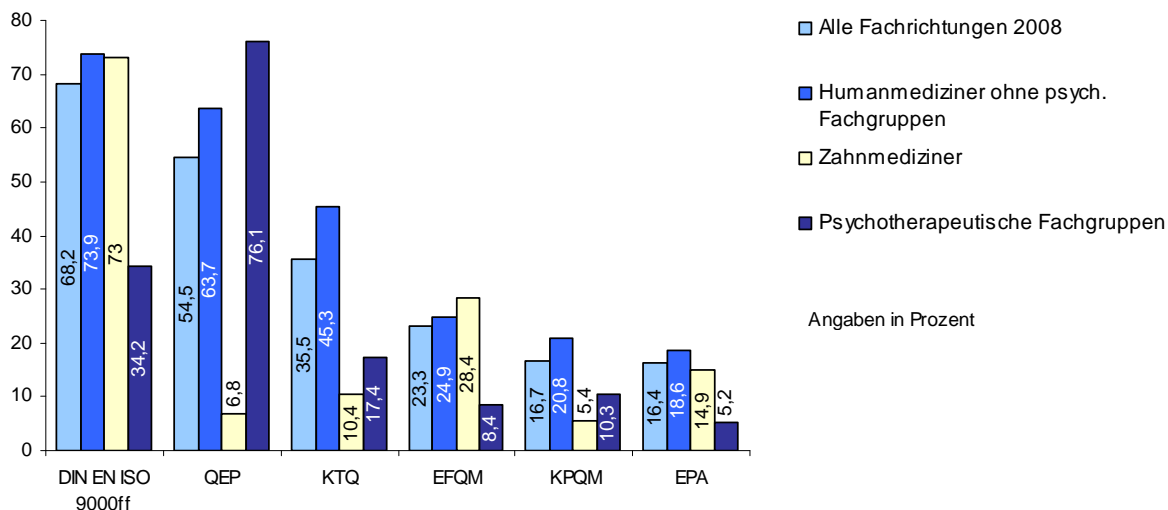
Auf die Frage, welche Informationsquellen zu den wichtigsten und vertrauenswürdigsten gezählt werden (Mehrfachnennungen möglich), rangierte vor einem Jahr die Fachpresse mit sehr großem Abstand vor allen anderen. In diesem Jahr liegen die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diesbezüglich mit der Fachpresse gleichauf; ein bemerkenswerter Zuwachs an Wertschätzung und Kompetenzzumessung gegenüber den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Abgenommen hat hingegen die Bedeutung der Standesvertretung und insbesondere der Fachpresse. Die Gründe für den Bedeutungsschwund der Fachpresse sind nicht klar: Hier kann es zu relativer Verschiebung der Wertigkeiten gekommen sein (die anderen Informationsquellen haben aufgeholt), es ist aber auch denkbar, dass die nicht immer saubere Trennung von fachlicher Arbeit und Werbung den Vertrauensvorsprung hat vermindern lassen.

Bekanntheitsgrad der wesentlichen QM-Systeme

Im Vorjahr noch stand die Normenfamilie ISO (DIN EN ISO 9000ff) quasi als Synonym für Qualitätsmanagement, während andere Systeme nicht einmal an die 30% im Bekanntheitsgrad heranreichten. Dies hat sich erheblich geändert.

Bekanntheit der Systeme (Mehrfachnennungen möglich)

Bekanntheit der Systeme



QEP ist nun sehr viel mehr bekannt: von klar unter 30% in 2007 auf nunmehr 55% in 2008.

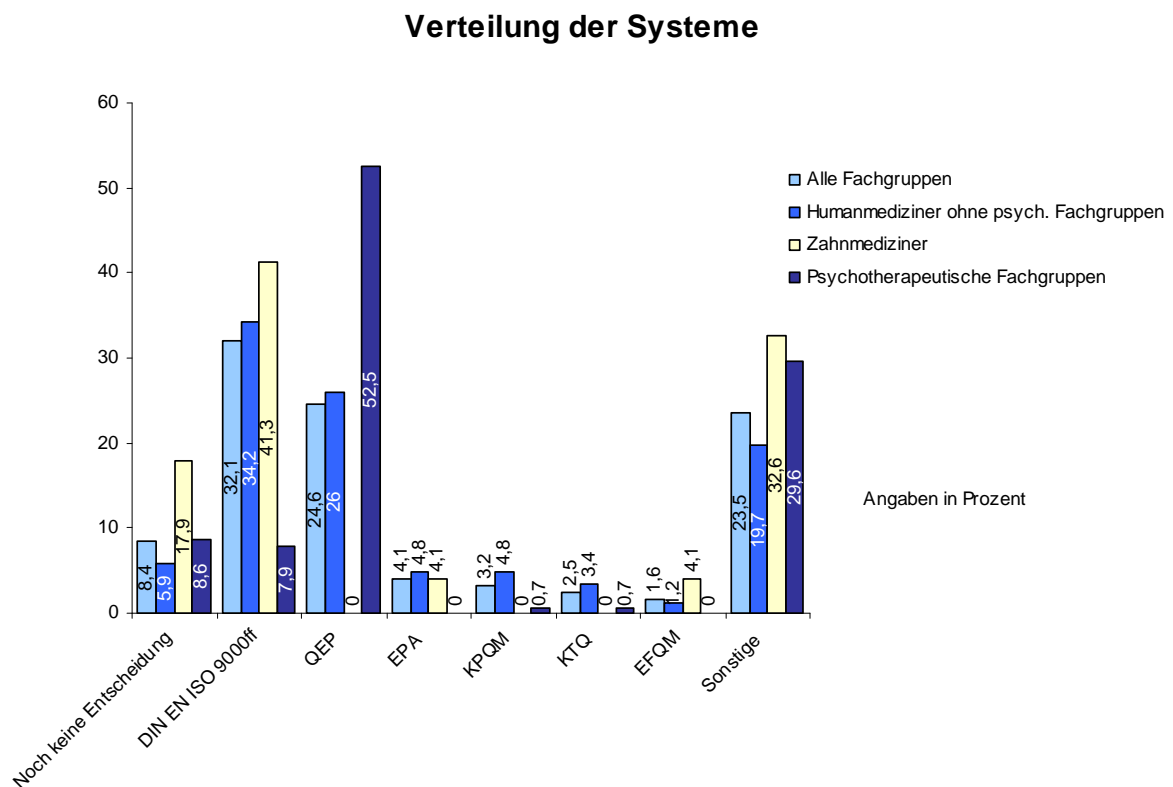
Noch deutlicher ist diese Entwicklung, wenn man nur die Gruppe der Humanmediziner betrachtet, denn da QEP explizit für diese Zielgruppe entwickelt wurde, spielt sie etwa bei den Zahnmedizinern praktisch keine Rolle. Ganz ausgeprägt ist die Bedeutung von QEP bei den psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen – hier hat die auf die Bedürfnisse in der Praxis



angepasste Entwicklung der KBV eindeutig eine Zielgruppe erreicht, die sich ansonsten mit dem Thema QM-Systeme schwer tut.

Marktanteile der QM-Systeme

Verteilung der QM-Systeme 2008 (alle Fachgruppen)



Diese Werte zeigen die Verteilung der QM-Systeme unter den Respondern, nicht aber die Proportionen am Markt. Denn offenkundig hat sich die Gruppe der Abwartenden bzw. Unentschlossenen bzw. Verweigerer bei der Beteiligung an der Befragung stark zurückgehalten. Dies spiegelt sich in der Diskrepanz der Antwortvolumen von „noch keine Entscheidung getroffen“ wider: Gut ein Jahr vor Ablauf der Karenzzeit zur zwingenden Einführung bekennen sich aktuell nur noch 8,4% der Responder dazu, nach mehr als 67% noch im Jahr 2007.

Bemerkenswert ist auch der Pluralismus der QM-Systeme: Es besteht eine Vielzahl von Systemen, bei denen es sich vielfach jedoch um Derivate der großen Systeme handelt, die eigens für spezifische Fachgruppen adaptiert wurden.

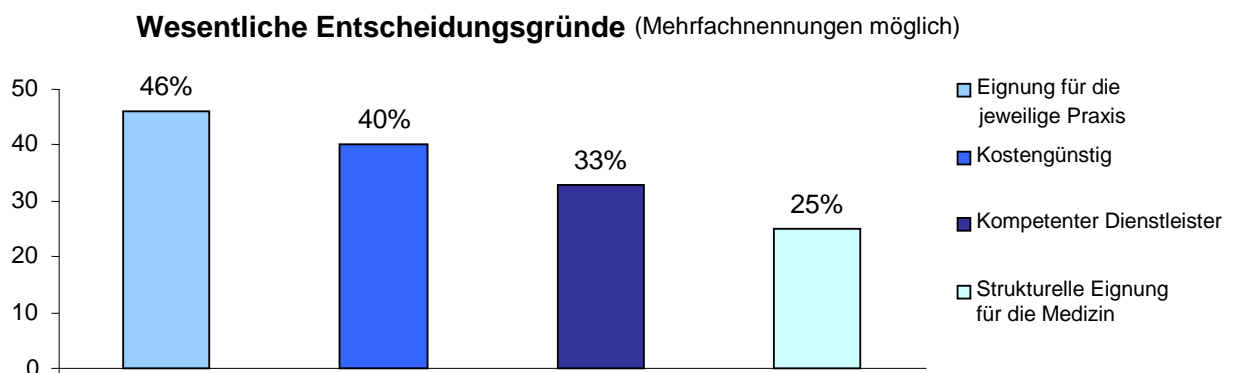
Die Entwicklung des QEP, die sich zuvor bereits in der drastisch gestiegenen Bekanntheit zeigte, bildet sich auch in der tatsächlichen Implementierung ab: Im Jahr 2007 kam noch ein Anwender von QEP auf vier Einsätze von DIN EN ISO; heute ist die Relation auf etwa 1 zu 1,5 angenähert – und dies nota bene über alle Fachgruppen einschließlich der Zahnärzte, die generell nicht mit QEP operieren.



Bei den Zahnärzten bietet sich eine recht polarisierte Landschaft: Entweder wird mit DIN EN ISO die große Lösung eingeführt oder nur ein kleines System. Bei der Gesamtheit der Psychotherapeutischen Leistungserbringer gibt es einen klaren Marktführer unter den QM-Systemen: QEP.

Als Tendenz zeigt sich: Die Bekanntheit und Verbreitung von QEP steigen deutlich an. Bei den kleinen Einheiten und bei den Psychotherapeutischen Leistungserbringern hat es seine Stärken. DIN EN ISO hat dagegen seine Domäne bei den Zahnärzten und hält bei den Humanmedizinern bei den Praxisgemeinschaften den größten Marktanteil. Ein gleichermaßen großer Anteil jedoch verteilt sich auf eine Vielzahl kleiner, differenzierter Systeme des Qualitätsmanagements.

Entscheidungsgründe für das jeweilige System



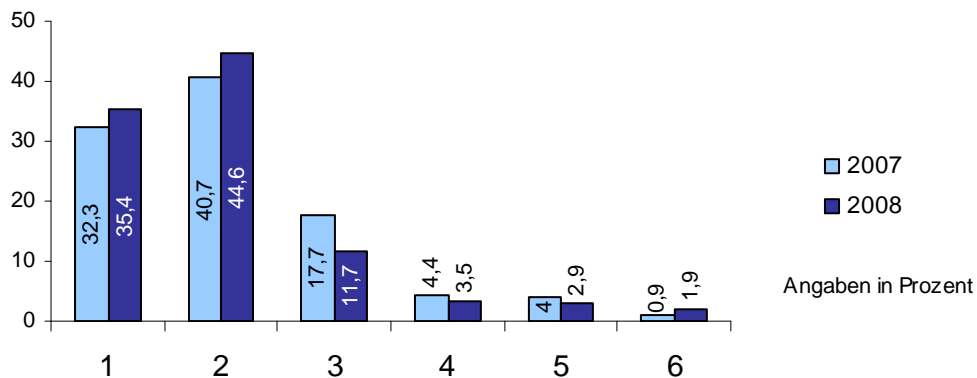
Wichtigstes Motiv für die Auswahl eines QM-Systems ist die Eignung für die spezifische Praxis. Damit wird plausibel, dass es die Vielfalt an unterschiedlichen Systemen am Markt gibt. Diese Hierarchie der Motive bzw. Prioritäten hat sich gegenüber dem Vorjahr nicht strukturell geändert.



Zufriedenheit mit dem Dienstleister

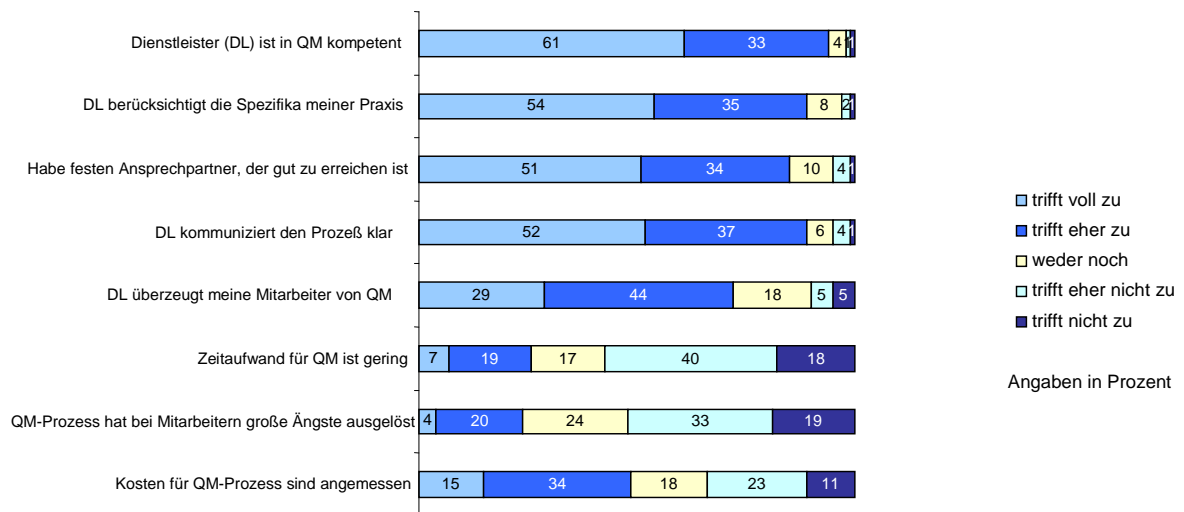
Mit der Arbeit der Dienstleister sind die Befragten weiterhin sehr zufrieden. 80% der Ärzte beurteilen die Arbeit der Dienstleister bei der Einführung von QM in der Praxis mit gut oder gar sehr gut.

Zufriedenheit mit dem Dienstleister (nach Schulnoten)



Eine detaillierte Analyse der verschiedenen Aspekte in der Leistungserbringung zeigt keine gravierenden Unterschiede:

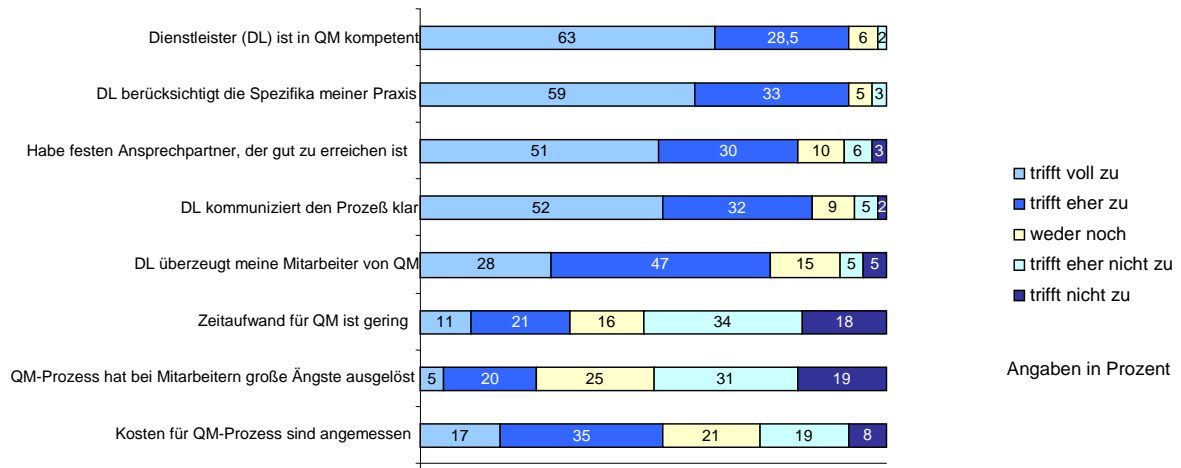
Einschätzung der Ärzte des QM-Prozesses und des Dienstleisters





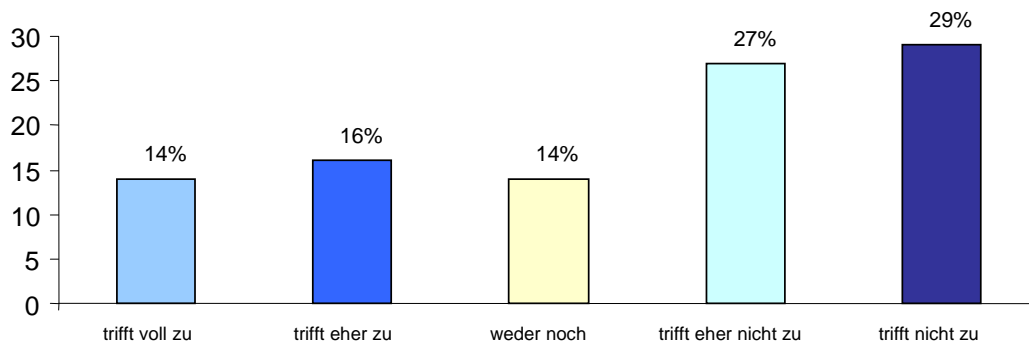
Zum Vergleich die Relationen aus der Studie 2007:

Einschätzung der Ärzte des QM-Prozesses und des Dienstleisters



Die Zufriedenheit mit der Kompetenz und der Arbeit der Dienstleister ist offenkundig unverändert hoch. Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Zufriedenheit über die generelle Pflicht, QM in der Praxis einzuführen:

QM ist Reglementierung der Ärztlichen Freiheit, teuer und überflüssig



Immerhin ein knappes Drittel der Ärzte sieht in QM eine teure und überflüssige Reglementierung der ärztlichen Freiheit.



Kosten für 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.

Die Kosten in der Einführungsphase

QM-System	n	Dauer (Wochen)	Aufwand Inhaber (h/Woche)	Aufwand Mitarbeiter (h/Woche)	Gesamtkosten in Euro	Kosten für Zertifizierung in Euro	Sonstige Kosten in Euro
Alle	1179	42	4,5	6,0	2880	1720	1290
ISO	378	40	4,7	7,1	4260	2390	1860
QEP	290	46	3,6	5,1	1330	1250	620
EPA	48	13	6,1	4,4	1790	330	370
EFQM	19	72	2,2	2,0	1330	630	390
Sonstige	444						

Die Kosten nach der Einführungsphase

QM-System	n	Aufwand Inhaber (h/Woche)	Aufwand Mitarbeiter (h/Woche)	Laufende Kosten pro Monat in Euro
Alle	1179	1,6	2,7	160
ISO	378	1,5	3,0	220
QEP	290	2,2	2,5	160
EPA	48	1,7	2,1	70
EFQM	19	1,3	1,5	50
Sonstige	444			

Während der zeitliche Aufwand für DIN-ISO und QEP annähernd gleich ist, ist QEP deutlich kostengünstiger. Hier mag allerdings immer noch der Fakt hereinspielen, das DIN-ISO Systeme in der Anfangsphase (vor 2004 / 2005) sehr teuer waren (eine große Praxis konnte durchaus Kosten von über 10.000 Euro haben). EPA und vor allem EFQM sind deutlich weniger aufwändig, jedoch könnte durch die relativ kleine Zahl ein Bias dadurch bestehen, dass vor allem diejenigen geantwortet haben, die positive Erfahrungen gemacht haben, was sich unter anderem eben auch in rascher Einführung und geringen Kosten äußert.

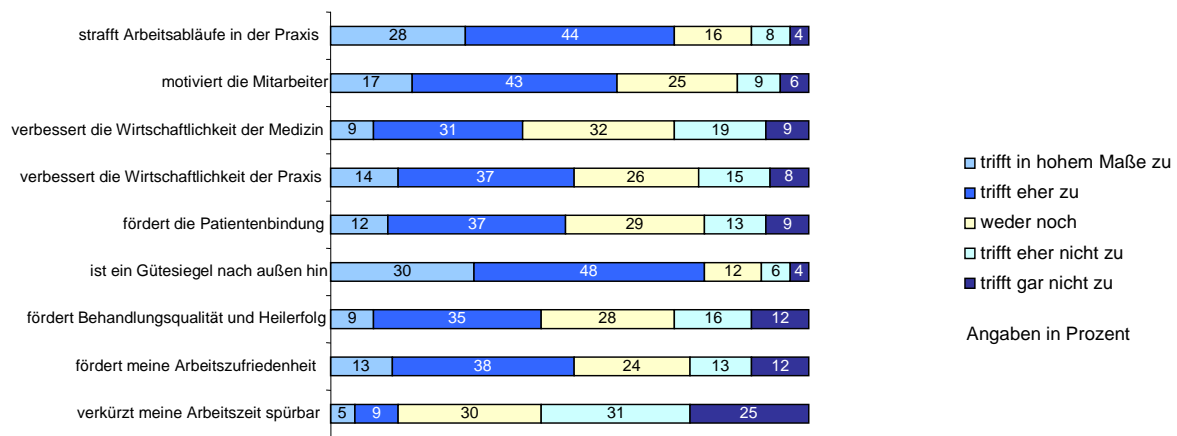


Konkreter Nutzen des QM für die Praxis

Fundamental bleibt die Frage nach dem konkreten Nutzen von QM. Diese detaillierte Auswertung 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.

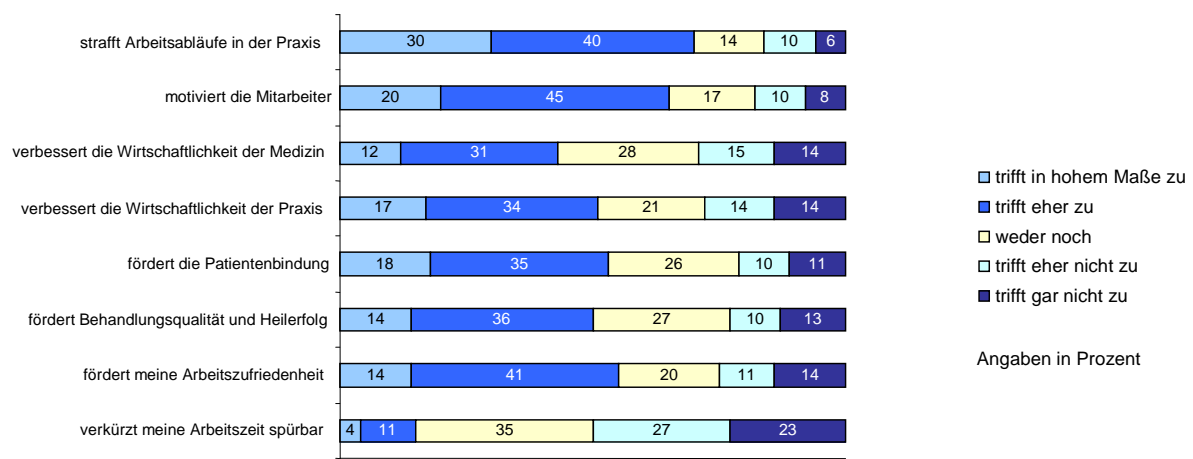
Praktischer Nutzen des QM-Prozesses für die Praxis

n=582



Hier zum Vergleich die Relationen aus der Studie 2007:

Praktischer Nutzen des QM-Prozesses für die Praxis

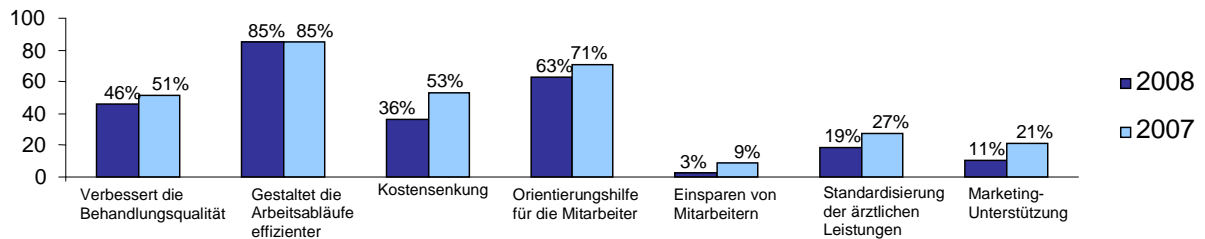


Die Einschätzung des praktischen Nutzens von QM hat sich von 2007 bis 2008 nicht grundlegend geändert. Durchweg ist der Anteil der Extrema geringer geworden; weniger Responder werten die einzelnen Wirkungskomponenten als sehr gut oder sehr schlecht. Dies lässt vermuten, dass bei Kritikern wie Apologeten der Bezug zu QM realistischer bzw. erfahrener geworden ist.



Die Prioritäten der Wirkungen von QM (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)
n=1.200

Die Hauptfunktionen von QM in der ärztlichen Praxis



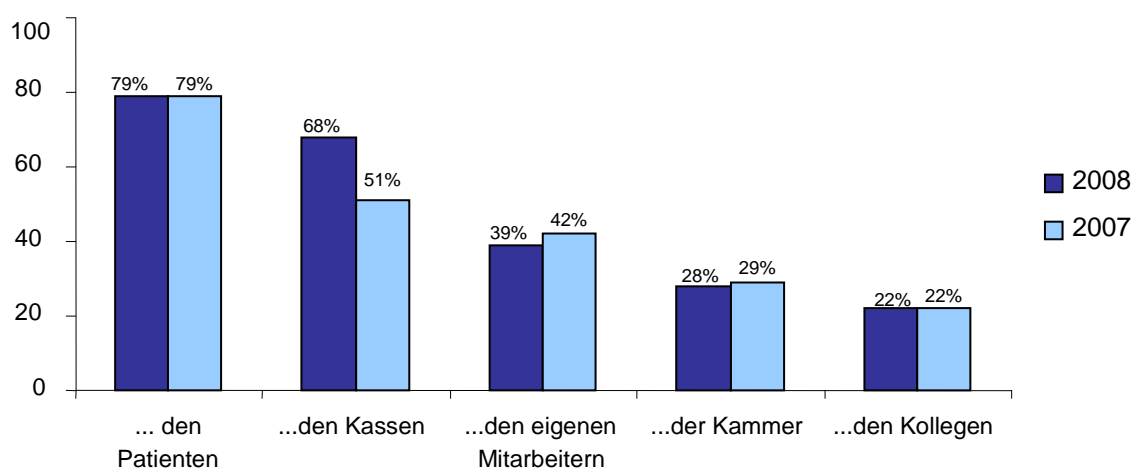
Es zeigt sich, dass der in 2007 ausgeprägte positive Effekt von QM auf die Kosten (unter anderem durch das Einsparen von Mitarbeitern) und in geringerem Maße auf die Standardisierung der ärztlichen Leistungen deutlich zurückgegangen ist. Auch hier kann angenommen werden, dass der anfängliche Enthusiasmus einer nüchterneren Einschätzung gewichen ist.

Außenwirkung von QM

Wesentlicher Effekt von QM ist die Wirkung innerhalb der Organisationseinheit und auch nach außen, an Geschäftspartner und Kunden / Patienten.

Was die Leistungserbringer nach außen mit QM bewirken wollen:
(Nennung der drei wichtigsten Wirkungen, in Prozent n=1.066)

Dokumentation der Güte gegenüber...



QM dient den Ärzten – und dieses Bild hat sich über den Zeitraum sehr stabil gehalten – zur Dokumentation der Güte gegenüber den Patienten. Deutlich gewachsen unterdessen ist die Zahl der Ärzte, die in QM auch eine Dokumentation der eigenen Güte gegenüber den Zahlern, den Kassen, für wichtig erachten. Diese Änderung in der Einschätzung ist erfolgt in einer



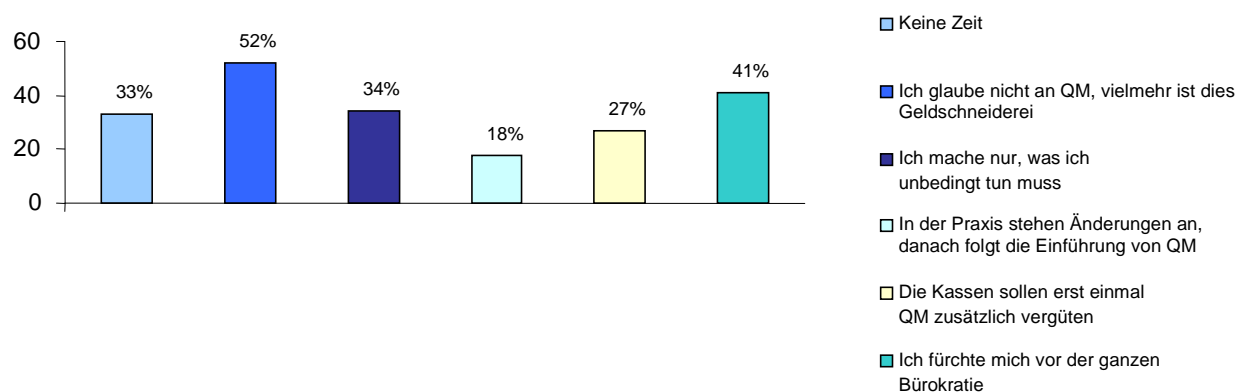
Zeit, in der in der Fachöffentlichkeit wesentliche Schritte der De-Kollektivierung der ambulanten Medizin diskutiert und in ersten Schritten auch schon vollzogen hat: Einzelverträge der Kassen und Kündigungen des Versorgungsauftrags einzelner KVen durch gesetzliche Krankenkassen.

Schritte der Einführung von QM

Trotz der gesetzlichen Vorgaben haben sich noch nicht alle Leistungserbringer mit QM befasst. In Freitextantworten fordern einzelne nach wie vor den Boykott.

Die Gründe, warum Responder sich noch nicht mit QM befasst haben, sind vielfältig: n=146, Mehrfachangaben möglich

Gründe, sich noch nicht mit QM befasst zu haben



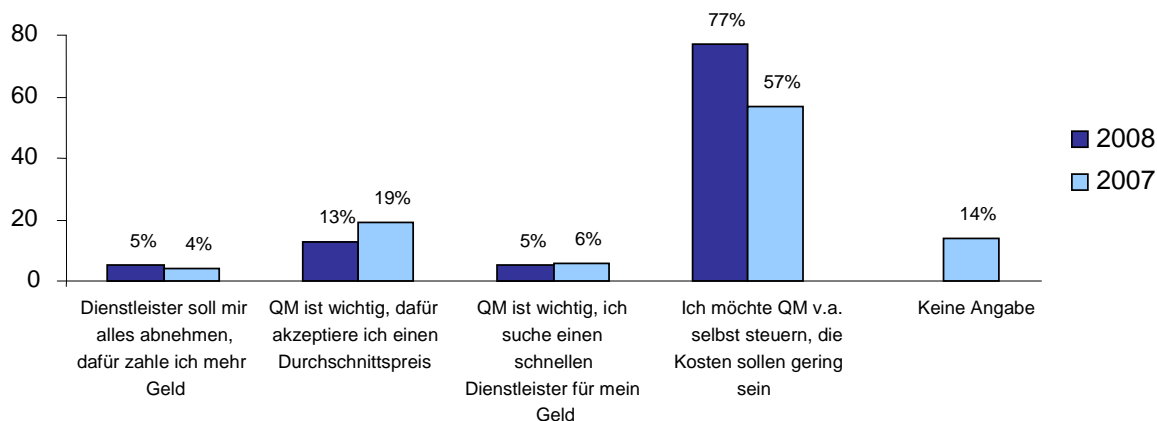
Die Zahl der Responder hätte bei dieser Frage bei etwa 80 liegen müssen – gemessen an der Zahl derer, die Angaben, bisher jede Befassung mit QM vermieden zu haben. Tatsächlich aber haben weit mehr Befragte hier Antwort gegeben. Möglicherweise wurden diese Antwortoptionen also auch wahrgenommen, um Unmut („Geldschneiderei“), Besorgnis („Bürokratie“) oder Forderungen („zusätzlich vergüten“) zu artikulieren.

Die Befürchtung, QM sei Geldschneiderei, wird nach wie vor von den meisten noch nicht mit QM befassten als wesentlicher Grund für ihr mangelndes Interesse angegeben.



Schließlich wurde gefragt, welche Art Dienstleister die Praxisinhaber bevorzugen würden.

Anforderungen an einen QM-Dienstleister



Die Neigung, die Einführung von QM zu delegieren, war bereits im Vorjahr sehr gering und ist dazu von 2007 auf 2008 nochmals drastisch geringer geworden. Eine mögliche Erklärung dafür kann sein, dass der Umgang mit dem QM alltäglicher geworden ist und viele Ärzte erkennen, dass es nicht so sehr eines teuer extern eingekauften Services bedarf. Zudem liegt es in der Logik eines guten QM-Prozesses, dass sämtliche Praxismitarbeiter diesen aktiv mit begleiten und wesentliche Elemente selbst adaptieren und dann einführen.

Freie Kommentare

547 Responder gaben ergänzend im Freitext eine Stellungnahme; das Spektrum reicht von Meinungen zur Gesundheits- und Standespolitik über kategorische Verweigerungen bis hin zu praktischen Tipps:

Negativ:

- „absolut überflüssig, dringend boykottieren“
- „auf das absolut notwendigste reduzieren“
- „alles Quatsch weil Bürokratiemonster“
- „zähneknirschend durchführen“

Distanziert:

- „cui bono?“
- „Wofür soviel Aufwand in 1-Personen-Praxis? Damit die rechte weiß, was die linke tut?“
- „Vorsicht vor Abzockerangeboten, Gefahr der Geldvernichtung“
- „QM nach 30 Jahren FA-Tätigkeit - SINN?“

Moderat:

- „easy going nur das nötigste machen, was einen wirklich weiterbringt (Aufwand-Nutzen)“
- „Zeit lassen und eigenmotiviert aufbauen“



„Zertifizierung hinten anstellen, da nicht notwendig“
„Sparsam damit umgehen. Mehr Zettel verbessern nicht die Qualität“
„QM ist nicht käuflich. QM muss erarbeitet werden. Dann bringt es Gewinn für die Praxis.“

konkreter Rat:

„es lohnt sich schon ab dem ersten Kapitel, man wird gezwungen, über jeden einzelnen Handgriff nachzudenken“
„Sollte ein QM System in der Praxis implementiert werden, muss die Geschäftsleitung, sprich der/die Praxisinhaber voll und ganz dahinterstehen“
„QM lohnt sich. Die Einführung jetzt ist günstiger als noch vor 3 Jahren.“
„Klein anfangen mit wenigen Modulen, aber anfangen!“
„ISO nur für operative Großpraxen sinnvoll, sonst genügt weniger aufwendiges System:“

engagiert:

„Machen! Sie werden besser.“

Die (zumeist kurzen) Anmerkungen bei einzelnen Fragen waren oftmals sehr emotional, wobei die sehr aggressiven mit z.B. Mutmaßungs- und Unterstellungscharakter gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung, der Politik und den Befragten seltener erfolgten. 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, dass 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

Gibt es Unterschiede in den einzelnen Arztgruppen?

Ein wesentlicher Grund, die Studie diesmal deutlich größer anzulegen, war der Wunsch, nach verschiedenen Arztgruppen differenzieren zu können. Die Studie von 2007 hat bereits gezeigt, dass es zwischen Ärzten und Zahnärzten keine gravierenden Unterschiede gibt (lediglich bei den Informationsquellen und der Nutzung von QEP). Wir haben in dieser Studie zwischen Hausärzten, operativ tätigen Fachärzten ((Neuro-)Chirurgen, Urologen, Orthopäden, HNO-



Ärzten, Augenärzten, Gynäkologen, Anästhesisten) und nicht operativ tätigen Fachärzten (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Neurologie, Dermatologie) sowie „technischen“ Fächern (Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Labormedizin) und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fächern unterschieden. Kleinere Fächer wie Humangenetik, Pathologie, Arbeitsmedizin etc. wurden nicht berücksichtigt.

Arztgruppe	Anzahl
Hausärzte	313
Operativ tätige FÄ	320
Nicht operativ tätige FÄ	184
„Technische“ Fächer	20
Psychiatrie / Psychotherapie	155

Arztgruppe	Noch nicht mit QM befasst (in %)	erfolgreich zertifiziert (in %)	Kritisch über Pflicht, QM einzuführen (in %)	Fördert Arbeitszufriedenheit (% positiv)	Fördert Behandlungsqual. / Heilerfolg (% pos.)
Hausärzte	4,5	23	15	17,3	14,4
Operativ tätige FÄ	2,5	30,9	18,8	26,9	21,9
Nicht operativ tätige FÄ	4,3	25,5	14,1	30,4	25,5
„Technische“ Fächer	5	50	5	35	35
Psychiatrie / Psychotherapie	10,3	6,5	11,6	23,9	21,3

Arztgruppe	Doku gegenüber Pat (in %)	Doku gegenüber Kassen (in %)	Doku gegenüber Kollegen (in %)	Kommentare	
Hausärzte	58,5	58,5	14,7	Viele kritische Stimmen, auch zu unserer Umfrage; viel genereller „Frustr“	
Operativ tätige FÄ	74,1	65,6	27,8	Zumeist konstruktiv	
Nicht operativ tätige FÄ	63	52,7	18,5	Viele praktische Hinweise, aber auch viel Kritik	
„Technische“ Fächer	95	75	30	Praktisch durchgängig pos. / konstruktiv	
Psychiatrie / Psychotherapie	100	85,2	0	Keine freien Kommentare / Ratschläge	

Diese Differenzierung zeigt, dass es zum Teil deutliche Unterschiede in dem von uns segmentierten Bereich der niedergelassenen Ärzte gibt.

Die Psychiatrie / Psychotherapie-Gruppe hat eine vergleichsweise große Gruppe von Mitgliedern, die sich noch nicht mit QM auseinandergesetzt hat (10%). Hier ist auch die Gruppe der erfolgreich Zertifizierten mit unter 10% recht klein. Im Gegensatz dazu haben sich praktisch



alle Mitglieder der technischen Fächer mit QM auseinandergesetzt, und die Hälfte ist bereits erfolgreich zertifiziert. Diese Gruppe steht auch am wenigsten kritisch der Einführung von QM gegenüber. Dies steht in starkem Gegensatz zur Gruppe der operativ tätigen FÄ, bei denen fast 20% der Pflicht zu QM kritisch gegenüber stehen.

Die Arztgruppen sehen die Verbesserung ihrer Arbeitszufriedenheit und die Behandlungsqualität recht unterschiedlich: Während nur um die 15% der Hausärzte dies konstatiert, sind es bei der Gruppe der technischen Fächer immerhin 35%.

Sowohl die Psychiatrie / Psychotherapie-Gruppe wie auch die technischen Fächer wollen primär den Patienten die Güte ihrer Praxis dokumentieren. Während dies bei den Ersteren nachvollziehbar ist, verwundert es bei den Letzteren. Erstaunlich ist auch, dass die Psychiatrie / Psychotherapie-Gruppe in keinem Fall eine Gütedokumentation gegenüber Kollegen sieht – hier scheinen wohl informelle Regelungen und Informationskanäle völlig ausreichend zu sein.

Während aus den freien Kommentaren der Hausärzten eine massiv angestaute Wut und Frustration gegenüber Regulierung und wahrgenommener Bevormundung deutlich festzustellen ist, enthalten sich die Mitglieder der Psychiatrie / Psychotherapie-Gruppe jeglicher freier Kommentare. Die operativ tätigen FÄ sind meistens konstruktiv, während die Mitglieder der technischen Fächer sich bis auf eine Ausnahme positiv beziehungsweise konstruktiv äußern.



Diskussion

Um die in der Einleitung aufgeworfenen Fragen wieder aufzunehmen:

1. Unterscheiden sich die verschiedenen Disziplinen in ihrer Wahrnehmung von QM und der Umsetzung der Vorgaben?

Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den von uns gebildeten Segmenten innerhalb der niedergelassenen Ärzte. Während einige davon durchaus zu erwarten waren (z.B. dass in der Gruppe der P/P die Verbreitung von QM relativ gering ist, in den technischen Fächern hingegen sehr fortgeschritten), sind andere Ergebnisse erstaunlich: Vor allem die technischen Fächer sehen QM als eine Möglichkeit, Qualität den Patienten gegenüber zu dokumentieren. Das bedeutet, dass diese Kollegen primär eben nicht den Überweiser im Auge haben, sondern die Patienten. Bei den Hausärzten besteht dem Anschein der freien Kommentare nach die mit Abstand größte Wut und Frustration gegenüber QM und überhaupt staatlichen Regulierungen.

2. Wie lauten die Argumente für und gegen QM in der Praxis?

Es zeigt sich, dass der Enthusiasmus über die positiven Auswirkungen des QM für die Praxis im letzten Jahr deutlich zurückgegangen ist – hier ist eine nüchternere Betrachtung eingeleitet, die es dann auch erlaubt, konkrete Handlungsempfehlungen an Kollegen zu geben. Nicht zu vernachlässigen sind die immerhin 40%, die sich vor der QM-Bürokratie fürchten – hier kann eventuell mehr Aufklärung und vor allem peer-to-peer Training und -Austausch sich sehr positiv auswirken.

3. Wie sind die Erfahrungen mit den verschiedenen QM-Systemen und Anbietern auf dem Markt?

Die noch im letzten Jahr bestehende Dominanz des DIN-ISO-Systems ist nicht mehr vorhanden. QEP ist mittlerweile weithin bekannt und wird auch viel eingesetzt, in der Gruppe der P/P ist es mit weitem Abstand führend. Es zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Systemen hinsichtlich Einführungs- und Unterhaltungsaufwand. Die Zufriedenheit mit den Dienstleistern ist noch größer geworden.



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