

**Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
in der ärztlichen Praxis 2010**

**Eine deutschlandweite Befragung
niedergelassener Ärztinnen und Ärzte**

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





Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Methode	3
1.3 Ergebnisse	3
1.4 Diskussion	5
2. Langfassung der Studie:	
Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010	7
2.1 Einführung	8
2.2 Material und Methoden	9
2.2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung	9
2.2.2 Der Fragebogen	9
2.2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Responder	10
<i>Tabelle 1: Verteilung verschiedener Variablen bei den Respondern</i>	11
<i>Tabelle 2: Arzttyp</i>	12
2.3 Ergebnisse	13
2.3.1 Einführung von QM in der Praxis	13
<i>Grafik 1: Die Phase des QM-Prozesses im Jahresvergleich</i>	13
<i>Grafik 2: Die Phase des QM-Prozesses nach Fachgruppen</i>	14
<i>Grafik 3: Für welches System haben Sie sich entschieden (Jahresvergleich)?</i>	15
<i>Grafik 4: Für welches System haben Sie sich entschieden (Fachgruppen)?</i>	16
2.3.2 QM und Workflow/Patientensicherheit	16
<i>Grafik 5: Wie hat sich die Einführung Ihres QM-Systems ausgewirkt?</i>	17
<i>Grafik 6: Wie haben sich die Arbeitsabläufe durch QM verändert?</i>	18
<i>Grafik 7: Arbeitsabläufe und Phase des QM-Prozesses</i>	19
<i>Grafik 8: Haben Sie konkrete Maßnahmen eingeführt, um Fehler zu vermeiden?</i>	20
<i>Grafik 9: QM und Patientensicherheit im Vorjahresvergleich</i>	21
<i>Grafik 10: QM und Patientensicherheit in Bezug auf den Dienstleister</i>	22
2.3.3 Patientenreaktionen und Critical Incidents	23
<i>Tabelle 3: Wie häufig erleben Sie Behandlungsfehler-Vorwürfe?</i>	23
<i>Grafik 11: Welche Reaktionen von Patienten haben Sie selbst schon einmal erlebt?</i>	24
<i>Grafik 12: Wie haben Sie nach dem Fehlervorwurf reagiert?</i>	25
2.3.4 Patientensicherheit und Critical Incident Reporting Systems (CIRS)	27
<i>Grafik 13: Haben Sie schon einmal von der Möglichkeit gehört, kritische Ereignisse an eine Institution zu melden? Welches CIR-System kennen Sie?</i>	27
<i>Grafik 14: Wie schätzen Sie die Bereitschaft ein, kritische Ereignisse oder Beinahe-Schäden an eine Institution zu melden?</i>	28
<i>Grafik 15: Wie stehen Sie folgenden möglichen Trägern eines CIRS gegenüber?</i>	29
<i>Grafik 16: Welche Assoziation haben Sie, wenn Sie an CIRS denken?</i>	30
2.4 Diskussion	31



1. Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Seit Anfang des Jahres 2010 ist die Übergangsphase für die Planung und Einführung von Qualitätsmanagement (QM) in der ärztlichen Praxis ausgelaufen. Ein QM-System muss jetzt ausgewählt und eingeführt worden sein.

In den vorangegangenen Studien der Stiftung Gesundheit zum Thema QM wurde deutlich, dass die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten (PP) nach anfänglichen Irritationen mittlerweile sehr pragmatisch mit der gesetzlich verordneten Einführung umgehen und in aller Regel Systeme und Berater für ihre Praxis gefunden haben. DIN EN ISO und QEP waren in der Vergangenheit die am häufigsten eingesetzten Systeme und sind es noch immer. Im Jahr 2009 wurde daher das Thema „Fehler und Fehlervermeidung“ durch QM in die Untersuchung mit aufgenommen.

Ziel der Studie 2010 ist es darzustellen, wie die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und PP den Beitrag von QM zur Verbesserung der Praxisabläufe und der Erhöhung der Patientensicherheit beurteilen und wie es um die Bekanntheit und Beurteilung von Critical Incident Reporting Systems (CIRS) steht. Diese Berichts- und Lernsysteme für Ärzte dienen dazu, Fehlerquellen zu identifizieren, zu analysieren und Vorschläge zur Vermeidung dieser zu erarbeiten und damit die Patientensicherheit zu erhöhen.

1.2 Methode

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

1.3 Ergebnisse

421 Ärzte lieferten aussagekräftige Antworten (6,0% Antwortquote). Damit liegt der Rücklauf im erwartbaren Rahmen für eine nicht incentivierte, unangekündigte Online-Befragung ohne telefonisches Nachfassen. Der Vergleich zwischen Antwortenden und Grundgesamtheit zeigt ein hohes Maß an Repräsentativität (Geschlecht, Alter, Größe des Wohnorts). Erfreulicherweise ist in diesem Jahr auch die Verteilung der Antwortquote nach Ost- und Westdeutschland repräsentativ für die Verteilung der Grundgesamtheit. In den vergangenen Jahren waren Ärzte aus Ostdeutschland anhaltend unterrepräsentiert.

Der Großteil der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten hat ein QM-System implementiert (52,1%), hat die Praxis aber noch nicht zertifiziert. Der Anteil der Responder in diesem Prozessschritt ist gegenüber dem Vorjahr um 27,2%-Punkte



angewachsen. Auch hat fast ein Fünftel der Befragten ihr System bereits zertifizieren lassen (19,7%) und damit 2,5%-Punkte mehr als im Jahr 2009. Dennoch befinden sich noch immer 28,3% der Niedergelassenen am Beginn der Implementierung.

Die beiden großen QM-Systeme DIN EN ISO (23%) und QEP (25%) sind nach wie vor die am weitesten verbreiteten unter den niedergelassenen Ärzten. Zwar ist die Verbreitung beider gegenüber dem Vorjahr geringfügig zurückgegangen und kleinere Systeme wie EPA oder KPQM konnten einen leichten Zuwachs verbuchen, aber diese nehmen auch weiterhin nur eine nachrangige Stellung ein.

Erstaunlich ist, dass noch immer 13% der Befragten angaben, sich noch für keines der Systeme entschieden zu haben bzw. nicht zu wissen, welches System sie eingeführt hätten – deren Anteil ist aber um rund 5%-Punkte zurückgegangen.

Wie wirkt sich nun QM auf die Arbeitsprozesse und die Fehlerreduktion in der ärztlichen Praxis aus?

Ein Drittel bis die Hälfte der Befragten erkennt durch QM eine Verbesserung auch in sicherheitsrelevanten Abläufen: 49,8% der Ärzte geben an, dass sie das Sicherheitsmanagement mit QM verbessert oder gar deutlich verbessert hätten. Externe Prozesse dagegen sind offenbar schwerer mit QM zu fassen: 64,5% der Ärzte erkennen hier keine Verbesserung durch QM.

Im Bereich der Störanfälligkeit und damit Fehleranfälligkeit wesentlicher Arbeitsabläufe erkennen 40% der Niedergelassenen, dass QM hier zu einer Verminderung dieser führt; 36% gehen aber auch von keinem relevanten Nutzen durch QM für die Verminderung der Störanfälligkeit aus. QM werden zwar mehr positive als negative Wirkungen zugesprochen, allerdings geben sich die meisten der Befragten zurückhaltend, wenn es um die Bewertung der Effekte geht. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass bereits vor der gesetzlich geregelten Einführung eine Art „intuitives“ QM (z. B. Impfprotokolle) betrieben wurde, sodass die neuen Regelungen als weniger bedeutsam eingestuft werden. Dies lässt sich auch daran erkennen, dass in 49% der Praxen regelmäßig Teamgespräche zum Thema Patientensicherheit geführt werden. 48% benutzen Protokolle für definierte Prozesse (z. B. Desinfektion) und 46% besuchen Weiterbildungen zu diesem Thema.

Auch der beste Arzt macht einmal einen Fehler: Wie häufig werden Ärzte mit solchen Vorwürfen konfrontiert, wie gehen die Patienten, die einen Fehler vermuten, vor und wie reagieren die Ärzte? 62% der Niedergelassenen werden nach eigenen Angaben praktisch nie mit Fehlervorwürfen konfrontiert, 28% etwa einmal jährlich, nur 10% häufiger. Fehlervorwürfe stehen demnach nicht auf der Tagesordnung, kommen aber vor. Wenn Patienten einen Behandlungsfehler vermuten, suchen sie zum Großteil zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Dies verläuft zu 38% eher sachlich, 35% der Patienten werden emotional. Überraschend ist, dass ein Fünftel der Patienten ohne ein vorheriges Gespräch mit dem Arzt zu einem Anwalt geht. 15% der Patienten reagieren, nach Angaben der Ärzte, mit



übler Nachrede. Die Ärzte wiederum weisen in 59% der Fälle auf die ihrer Ansicht nach sachgerechte Behandlung hin bzw. in 30% der Fälle auf die geleistete Aufklärung zu Risiken. Sie lassen sich also auf den Fehlervorwurf gar nicht ein. Immerhin boten 31% der Ärzte, Zahnärzte und PP an, einen Kollegen hinzuzuziehen, um den Vorwurf zu prüfen. Ein Teil der Ärzte ist also durchaus bereit, sich mit den Vorwürfen auseinanderzusetzen. Trotz einer häufig beklagten mangelhaften Fehlerkultur der deutschen Ärzteschaft gaben 18% an, den Fehler eingeräumt zu haben. Das Ergebnis überrascht jedoch, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund, dass die Ärzte seitens ihrer Haftpflichtversicherer gehalten sind, zwar Bedauern über eine nicht zufriedenstellende Behandlung zu äußern, nicht aber voreilig einen Fehler einzugestehen. Lediglich 3% der Behandler meldeten den Fehler einem Critical Incident Reporting System (CIRS).

Wie ist es also um die Bekanntheit und Akzeptanz solcher CIRS innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft bestellt? 53% der Befragten haben noch nichts von der Möglichkeit gehört, kritische Ereignisse oder Beinahe-Schäden anonym zu berichten. 22% der Ärzte kannten das System „www.jeder-fehler-zaehlt.de“, 65% gaben an, kein CIRS konkret zu kennen. Die Bereitschaft der Kollegenschaft, sich an solchen Systemen zu beteiligen, wird von den Ärzten als gering angesehen. Nur 9% schätzen die Bereitschaft als hoch oder sehr hoch ein, 67% vermuten, dass diese sehr oder eher gering ist. CIRS lebt allerdings davon, dass möglichst viele Angehörige des Gesundheitswesens sich beteiligen.

Dass bei einem solch sensiblen Sujet die Frage des Vertrauens eine zentrale Rolle spielt, zeigen die Antworten zu den vorstellbaren Trägern eines CIRS. Keine Institution kann hier wirkliches Vertrauen vorweisen, Universitäten erreichen mit einem Mittelwert von 2,98 (entsprechend „mäßiges Vertrauen – egal“) das am wenigsten schlechte Ergebnis. Staatliche oder kommerzielle Einrichtungen werden für diese Aufgabe vollständig abgelehnt. Hier besteht offenkundig Aufklärungsbedarf, besonders bezüglich der Bekanntheit von CIRS, dem Zweck solcher Systeme, der Verwendung der Daten und der Anonymität.

1.4 Diskussion

QM in der ärztlichen Praxis ist weitgehend etabliert, der Einführungsprozess schreitet weiter voran, und auch bei dem Grad der Zertifizierung sind moderate Zuwächse erkennbar. Auch haben sich bestimmte Systeme etabliert, die ihre Marktanteile behaupten.

Bei den Auswirkungen auf die Praxisabläufe ist die Wahrnehmung der Wirkungen durch QM zwiespalten: Etwa 37% der Ärzte sehen, dass die patientenbezogenen Prozesse (PP) durch QM eine Verbesserung erfahren habe. Für das Sicherheitsmanagement (SM) sehen das sogar knapp 50% so. Die andere Hälfte dagegen, 56,3% PP bzw. 45% SM, erkennt hier keine Veränderung. Immerhin: Negative Auswirkungen konstatieren nur zwischen 5% (PP) und etwa 7% (SM) der Ärzte.



Die Tatsache, dass QM von der Hälfte der Ärzte nicht als Erfolgskonzept für Fehlerreduktion und Patientensicherheit wahrgenommen wird, mag viele Ursachen haben. Denn auch ohne explizites QM waren mit Gewissheit zahlreiche Praxen bereits stringent organisiert. Und andere Praxen wird es geben, bei den auch ein QM-Handbuch im Schrank die Lage nicht verändert. In beiden Extremfällen brächte die Einführung von QM womöglich wenig Zuwachs – auf jeweils unterschiedlichem Niveau.

Hinsichtlich CIRS sind die Ärzte offenkundig noch unerfahren. Die generellen Möglichkeiten der Fehlerberichterstattung und auch die einzelnen Systeme sind unter den Ärzten, Zahnärzten und PP relativ unbekannt. Somit lässt sich in diesem Bereich noch keine Nutzensaussage treffen, wohl aber ein erheblicher Bedarf nach Weiterbildung und Information feststellen.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Fehler, Patientenschaden, Patientensicherheit, CIRS, Deutschland, Arztpraxis



2. Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010 Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
Professor für Ökonomie und Ethik im Gesundheitswesen
Steinbeis Hochschule Berlin
und Mannheimer Institut für Public Health, Universität Heidelberg (MIPH)
obermann@ggma.de

Weitere Autoren:

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

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

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.



2.1 Einführung

Die QM-Richtlinien für die vertragsärztliche Versorgung schreiben seit Anfang dieses Jahres vor, dass die Planungs- und Umsetzungsphase für QM in der ärztlichen Praxis abgeschlossen sein muss. Das heißt, ein QM-System muss eingeführt worden sein. Im Jahr 2007 hat die Stiftung Gesundheit begonnen, den Grad der Einführung von QM, die Kenntnisse um die zahlreichen Systeme und die Bewertung der Dienstleister jährlich zu ermitteln.

Im Jahr 2009 wurde das Thema QM um den Aspekt „Behandlungsfehler und Patientensicherheit“ erweitert, denn die Güte der medizinischen Versorgung zu sichern und zu verbessern, ist ein grundsätzliches Anliegen von QM. Damit dient es ganz entscheidend der Patientensicherheit. Auch im Jahr 2010 wurde der Bereich Patientensicherheit wieder aufgegriffen und um die Themen

- Auswirkungen von QM auf Behandlungsfehler,
- Patientenreaktionen und
- Critical Incident Reporting Systems (CIRS) erweitert.

Behandlungsfehler können in allen Bereichen des ärztlichen Handelns gedeihen und aus vielfältigen Gründen entstehen. Wichtig ist, dass es primär nicht um das Fehlverhalten Einzelner geht, sondern in der Regel ein systemisches und/oder Organisationsversagen dahintersteht. Prinzipiell kann QM, richtig umgesetzt, organisatorische Abläufe in der Praxis transparenter und effizienter gestalten und damit das Fehlerpotenzial minimieren. Die Wahrnehmung der Ärzte in der Praxis spiegelt dies allerdings nur zurückhaltend wider.

CIRS können als übergeordnetes Qualitäts- und Risikomanagement verstanden werden. Kritische Situationen im ärztlichen Alltag werden erhoben und systematisch analysiert. CIRS basieren auf Berichten von Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Aus der Summe dieser Berichte soll destilliert werden, in welchem Prozessschritten Critical Incidents oder Beinahe-Schäden häufig sind und wo die „Fehler im System“ Risiken evozieren. Lernen aus den Fehlern anderer und diese erkennen, noch bevor sie in der eigenen Praxis entstehen, ist hier der Leitgedanke.

Ein Ziel der diesjährigen Studie ist es, zu ermitteln, inwieweit aus Sicht der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und PP, QM ein geeignetes System ist, um Praxisabläufe zu verbessern und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Weiterhin soll betrachtet werden, in welcher Form die Befragten mit gerechtfertigten oder ungerechtfertigten Patientenreaktionen auf Behandlungsfehler konfrontiert werden und wie sie damit umgehen. Schließlich soll die Frage beantwortet werden, wie bekannt CIRS bei Ärzten, Zahnärzten und PP sind und wie diese bewertet werden.

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



2.2 Material und Methoden

2.2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Um Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurde aus dem Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen und angeschrieben. Via E-Mail erreicht wurden $n = 7.488$. Geantwortet haben 421 niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten – eine Antwortquote von 6% (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, Zahnarzt oder Psychologischer Psychotherapeut

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

Als Messinstrument diente wie im Vorjahr ein Online-Fragebogen. Den ausgewählten Ärzten (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.

2.2.2 Der Fragebogen

Der Online-Fragebogen unterscheidet sich in diesem Jahr deutlich von den vorhergegangenen. Da die Ergebnisse der letzten Befragungen ergaben, dass sich die Niedergelassenen doch zu großen Teilen mit dem Thema QM, den Systemen und Dienstleistern befasst und notwendigerweise vertraut gemacht haben, wurde im Jahr 2010 der Fokus hin zum Thema QM und Patientensicherheit verschoben.

Wie schon in 2009 umfasst auch dieses Jahr der Fragebogen 24 Fragen, die in fünf Themenbereiche untergliedert sind:

- „Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber“



- „Einführung und Verbreitung von QM in der Praxis“
- „QM und Workflow“
- „Patientenreaktionen und Critical Incidents“
- „Patientensicherheit und Critical Incident Reporting-Systems“

2.2.3 Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Die Grundgesamtheit umfasste alle 129.957 ärztliche, 57.099 zahnärztliche Praxen (einschließlich Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bzw. Fachzahnärzte für Oralchirurgie) sowie 19.743 Psychologische Psychotherapeuten einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (jeweils einschließlich reiner Privatbehandler). Dies ergibt eine Gesamtanzahl von 206.799.

Daraus wurde eine Stichprobe gezogen, von der wiederum $n = 7.488$ Praxis-Inhaber erfolgreich angeschrieben wurden. Bis zum Stichtag der Befragung gingen insgesamt 421 Online-Fragebögen ein (6% 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 wiederum auf die Studien von 2007, 2008 und 2009 verwiesen.



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

	Grundgesamtheit	Responder
N	206.799	421
	Verteilung in Prozent	Verteilung in Prozent
Geschlecht		
Männlich	65,1	68,5
Weiblich	34,9	31,5
Alter		
bis 40 J.	7,2	3,1
41-60 J.	75,3	78,9
über 60 J.	17,5	18,0
Großstadt über 100.000 Einw.		
ja	42,6	44,2
nein	57,4	55,8
Region		
West	83,9	80,1
Ost	16,1	19,9
PLZ-Bereich		
0	3,7	9,0
1	10,1	10,0
2	10,1	7,6
3	9,0	11,6
4	9,9	10,9
5	9,5	9,7
6	9,6	11,6
7	12,4	9,7
8	16,3	11,6
9	9,3	8,1
Gesamt	100	100

Im Vergleich zu den früheren Studien ergeben sich mittlerweile in fast allen Kriterien nur noch geringe Abweichungen zur Grundgesamtheit. Dies gilt für das Geschlecht wie auch für Alter und Siedlungsgröße. Im Bereich „Region“ zeigt sich erstmals seit Beginn der Durchführung der Studie, dass Ostdeutschland in diesem Jahr sogar leicht überrepräsentiert ist. Dies spiegelt sich entsprechend auch in der PLZ-Verteilung wider.



Tabelle 2: Arzttyp der Grundgesamtheit und der Responder in Prozent (n=421)

	Grundgesamtheit	Responder
hausärztlich tätige Ärzte	26,0	25,5
fachärztlich tätige Ärzte	36,2	40,7
Zahnärzte (einschl. Fach-ZA)	27,6	19,3
Psychologische Psychotherapeuten einschl. Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	10,2	14,5

Die Verteilung nach Haus-, Fach-, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten zeigt eine Unterrepräsentanz der Zahnärzte; hingegen sind die Psychologischen Psychotherapeuten und fachärztlich Tätigen leicht überrepräsentiert. Die Hausärzte sind entsprechend der Grundgesamtheit repräsentiert. Sofern sich wesentliche Unterschiede der verschiedenen Gruppen zeigen, werden diese gesondert dargestellt.

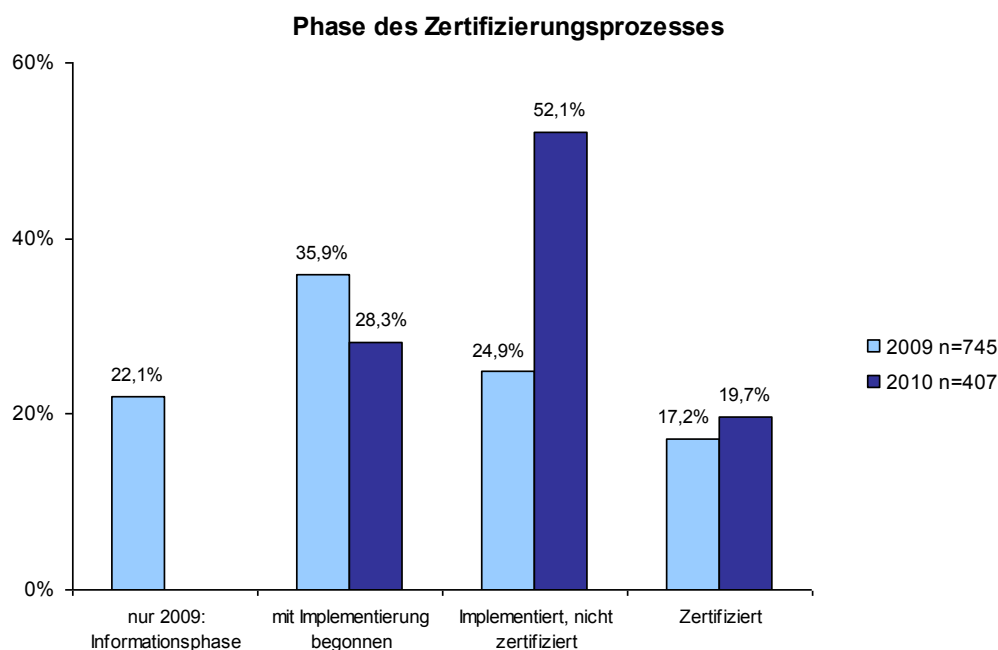


2.3 Ergebnisse

2.3.1 Einführung von QM in der Praxis

Bereits in der Einleitung wurde erwähnt, dass seit 2010 die Planungs- und Umsetzungsphase für QM in den Praxen abgeschlossen sein muss. Dennoch befinden sich im Jahr 2010 noch immer 28,3% der Ärzte, Zahnärzte und PP am Anfang der Implementierungsphase. Erwartungsgemäß fällt diese Gruppe aber kleiner aus als noch im Vorjahr. Ein knappes Fünftel hat bereits die Zertifizierung des gewählten Systems vorgenommen. Dieses Ergebnis ist beachtlich, denn eine Zertifizierung ist (noch) keine Pflicht. Über die Hälfte der Befragten, und damit mehr als doppelt so viele wie im Vorjahr, hat ein QM-System in ihrer Praxis implementiert. Damit ist sie den gesetzlichen Vorgaben fristgerecht nachgekommen.

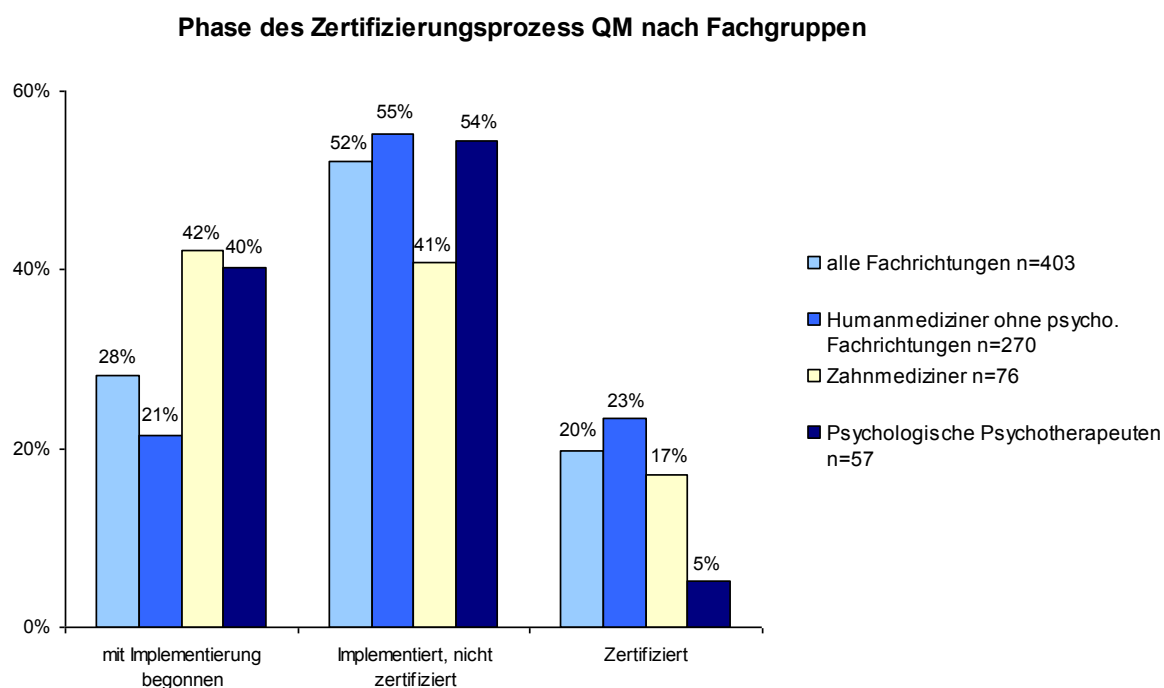
Grafik 1: In welcher Phase des QM-Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?





Betrachtet man den Prozess der Implementierung und Zertifizierung nach Fachrichtungen wird deutlich, dass die Humanmediziner Vorreiter bei der Zertifizierung sind. Die Zahnmediziner sind die Nachzügler in Sachen Implementierung, mehr als 40% stehen hier erst am Anfang – wohl auch, weil der Gesetzgeber den Zahnärzten ein Jahr länger Zeit für die Einführung von QM gewährt hat.

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

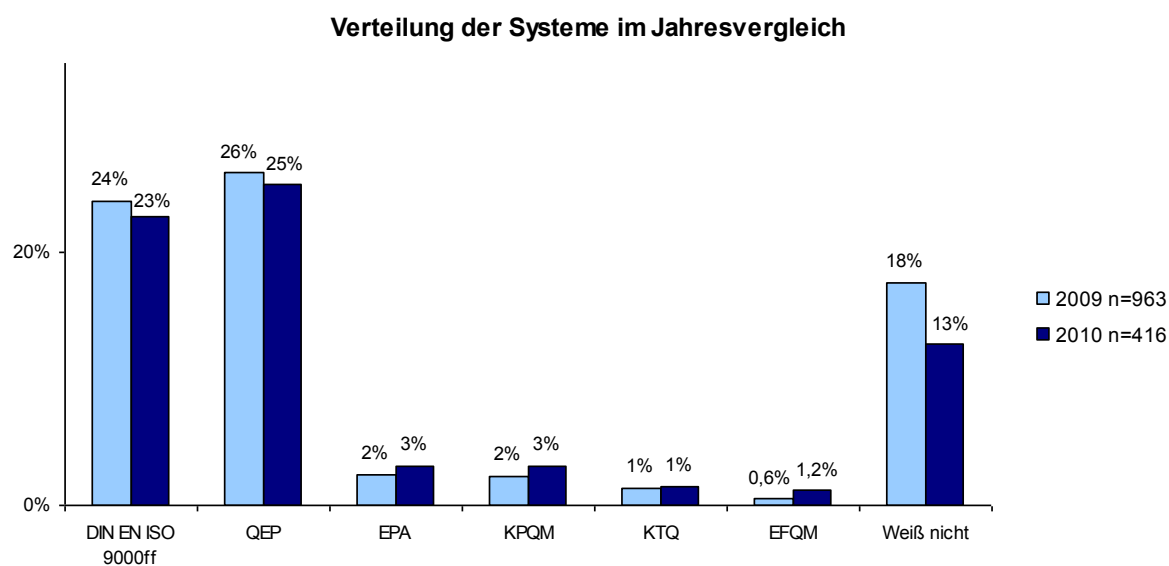


(Die Fallzahl „alle Fachrichtungen“, fällt in Grafik 2 mit n=403 kleiner aus als in Grafik 1 n=407, weil einige Mediziner keine Angaben zu ihrer Fachrichtung gemacht haben.)



Die QM-Systeme DIN EN ISO sowie QEP, das speziell für den ambulanten Sektor der medizinischen Versorgung entwickelt wurde, sind unverändert die vorherrschenden QM-Systeme in der ärztlichen Praxis. Alle anderen werden eher nachrangig genutzt, konnten jedoch durchweg mehr Anhänger finden.

Grafik 3: Für welches System haben Sie sich entschieden?

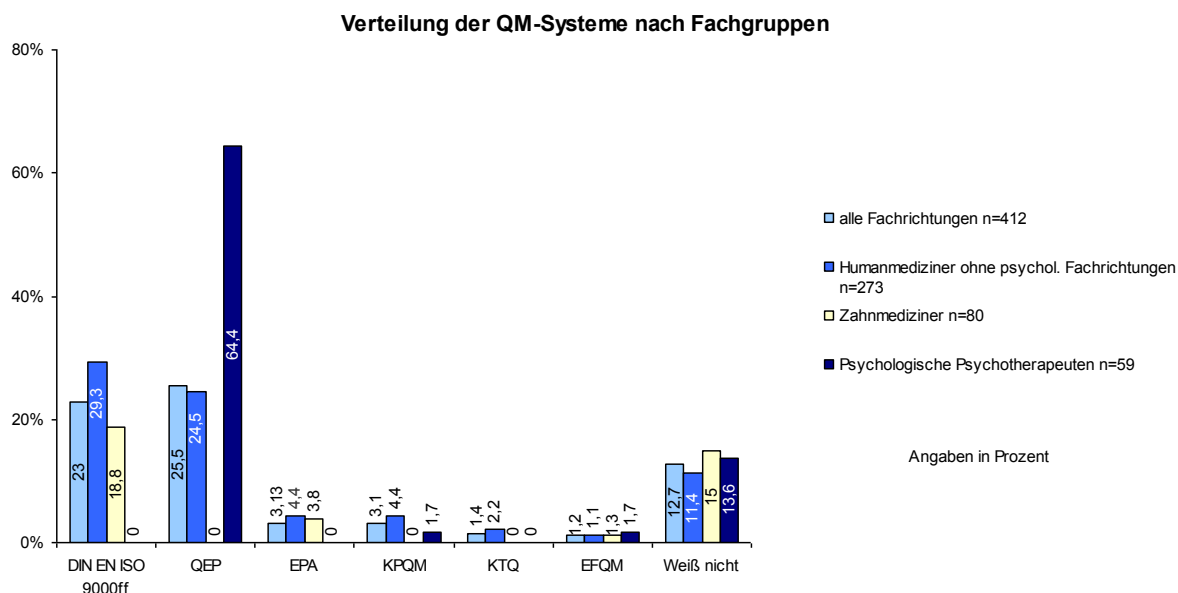


Besonders erstaunlich ist, dass sich noch immer 13% der Mediziner so wenig mit dem Thema auseinandergesetzt zu haben scheinen, dass auf Nachfrage der Name des von ihnen gewählten Systems nicht präsent ist.



Die Verteilung nach Fachgruppen zeigt, dass DIN EN ISO und QEP die beliebtesten QM Systeme sind.

Grafik 4: Für welches System haben Sie sich entschieden?



(Die Fallzahl „alle Fachrichtungen“, fällt in Grafik 4 mit n=412 kleiner aus als in Grafik 3 n=416, weil einige Mediziner keine Angaben zu ihrer Fachrichtung gemacht haben.)

Allerdings nehmen die Psychologischen Psychotherapeuten hier eine Sonderposition ein. Verteilen sich die anderen Fachgruppen relativ homogen auf die verschiedenen Systeme, bevorzugt diese Fachgruppe ganz klar das QEP-System.

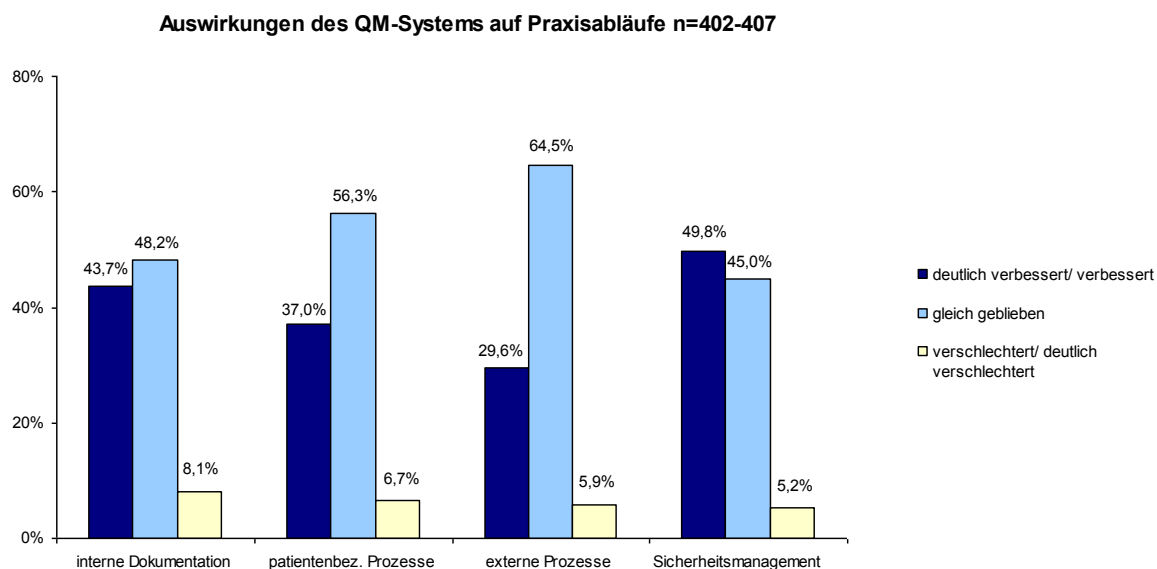
2.3.2 QM und Workflow/Patientensicherheit

Nach dem allgemeinen Teil zu QM und dessen Verbreitung wurde der Fokus der Betrachtung in diesem Jahr verstärkt auf den Komplex QM und Patientensicherheit gelegt. Dazu wurde auch nach der Einbindung des gewählten Systems in die Arbeitsabläufe der Praxis gefragt. Denn eine verminderte Störanfälligkeit bzw. fortschreitende Systematisierung kann grundsätzlich als Voraussetzung für die Patientensicherheit angesehen werden. Zunächst einmal wurde erfragt, inwiefern QM Auswirkungen auf generelle Abläufe in Praxen und Einrichtungen hat.

Dabei zeigt sich, dass in allen abgefragten Bereichen etwa die Hälfte der Befragten keinerlei Wirkungen gegenüber der Phase ohne QM feststellt. Speziell jedoch das Segment des Sicherheitsmanagements (Fehlermanagement, Hygiene, Notfallplan) wird überwiegend gestärkt und verbessert: 49,8% der Befragten konstatieren eine Verbesserung oder sogar deutliche Verbesserung; 45% sehen keine Änderung und lediglich 5,2% berichten von Verschlechterungen.



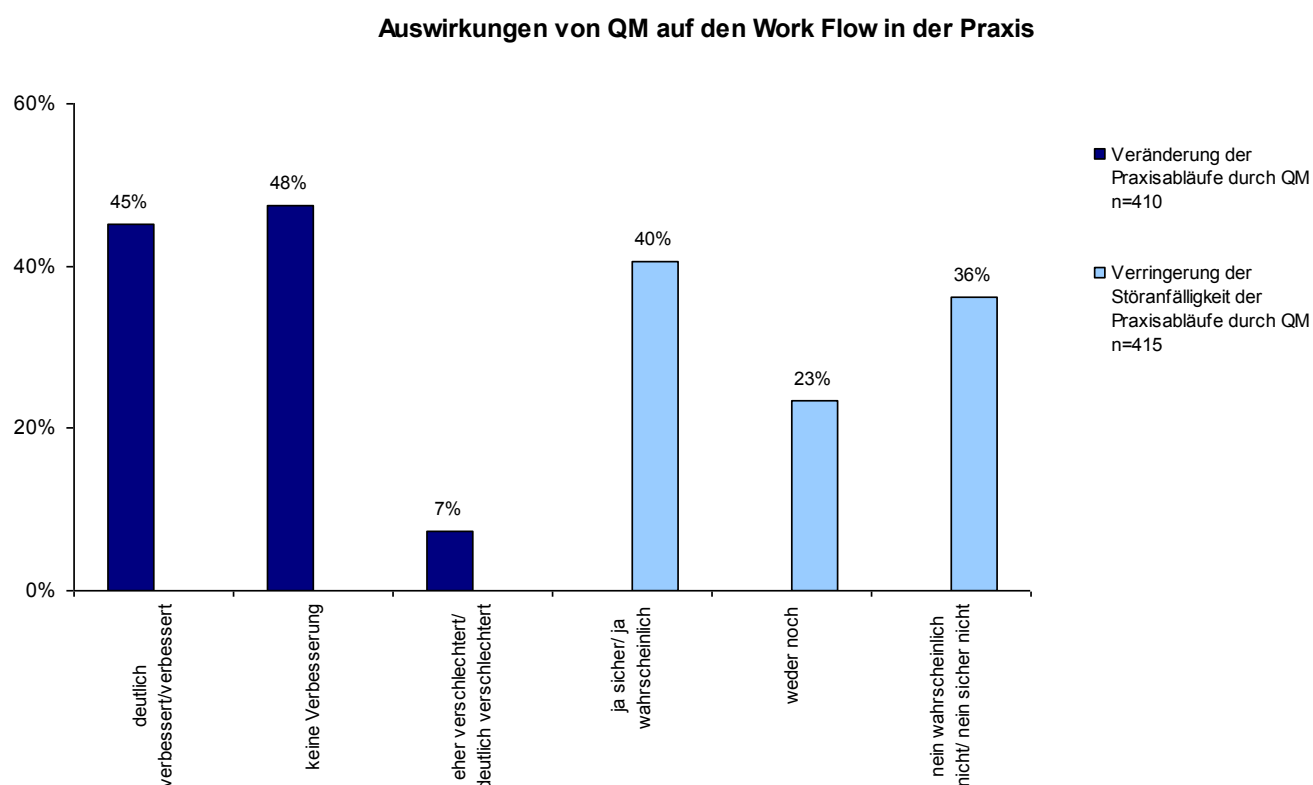
Grafik 5: Wie hat sich die Einführung Ihres QM-Systems auf die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis/ Einrichtung ausgewirkt?



Im Bereich der internen Dokumentation (*Dokumentationslenkung, Einführung neuer Projekte*) benennt die größte Gruppe negative Auswirkungen durch QM: 8,1%, wenngleich auf niedrigem Niveau. Hier könnte die von den Medizinern grundsätzlich beklagte Bürokratisierung – auch durch QM – eine Rolle spielen. Bei den patientenbezogenen Prozessen (*Anmeldung, Anamnese, Therapieplanung*) stellen 37% der Ärzte eine Verbesserung nach Einführung des QM fest; die Mehrzahl der Mediziner indes, 56,3%, sieht keine Änderung in dieser Disziplin. Den geringsten Einfluss hat, nach Aussage der Niedergelassenen, QM im Gebiet externer Prozesse (*Einkauf, Materialwirtschaft*). 64,5% sehen hier keine Veränderung. Eventuell wird dieses Teilgebiet zu wenig durch QM-Systeme aufgegriffen und systematisiert, oder diesem Sektor wurde schon vor der Einführung eines QM-Systems viel Aufmerksamkeit geschenkt, oder aber das Praxis-eigene QM kann die eigenen Prozesse nicht hinreichend verändern, da es die korrespondierenden Prozesse etwa bei Lieferanten und Dienstleistern nicht beeinflussen kann.



Grafik 6: Wie haben sich insgesamt die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis/Einrichtung mit der Einführung von QM verändert? Denken Sie, dass die Störanfälligkeit (und damit Fehleranfälligkeit) wesentlicher Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis/Einrichtung durch QM vermindert wird?



45% der Ärzte, Zahnärzte und PP stellen eine (deutliche) Verbesserung der Arbeitsabläufe durch die Einführung eines QM-Systems fest. 40% der Ärzte berichten parallel von einer Verringerung der Störanfälligkeit der Abläufe in der Praxis. Das Ergebnis überrascht, da in den Vorjahren die Wirkungen des QM eher moderat eingeschätzt wurden, nun aber die Hälfte der Praxisinhaber Verbesserungen in Managements- und sicherheitsrelevanten Bereichen feststellen. Insofern fördert QM die Effizienz in den Praxen und auch die Patientensicherheit. Nur ein geringer Anteil geht von einer Verschlechterung aus.

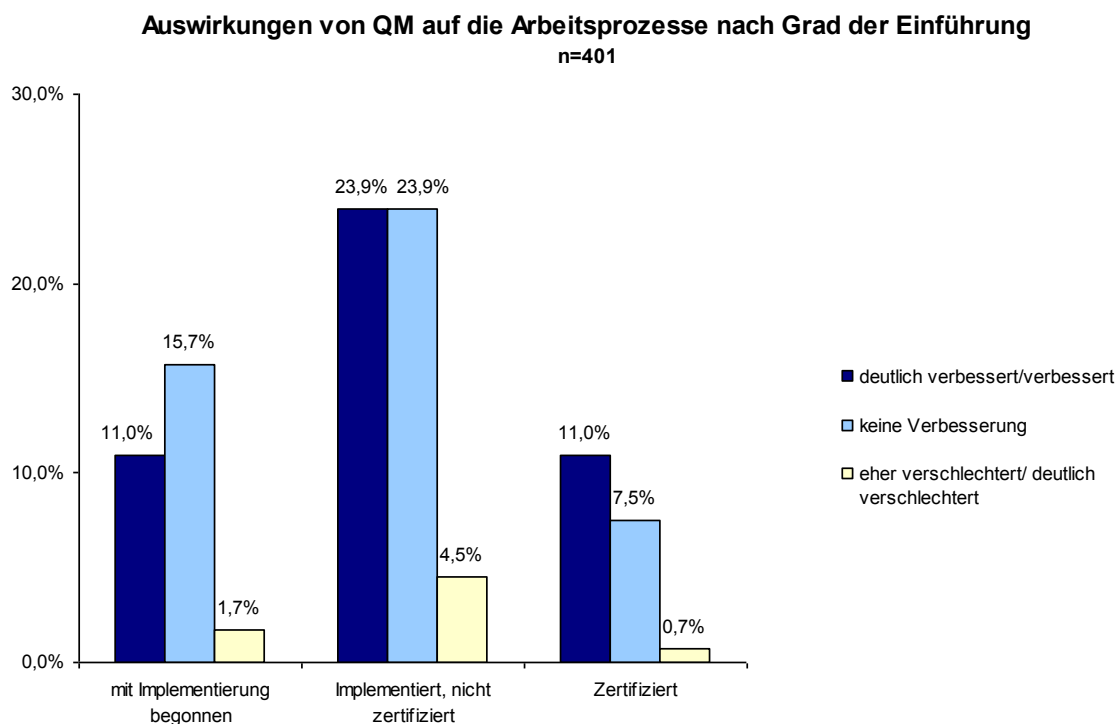
Betrachtet man parallel den Einfluss von QM auf die Störanfälligkeit der Arbeitsabläufe in der Praxis, so wird dieser Eindruck noch bestärkt. 36% meinen, dass die Störanfälligkeit durch QM nicht vermindert werden kann. Damit hätten das jeweilige QM dort in der Praxis eine wesentliche Wirkung verfehlt. Aber dennoch können 40% eine Verbesserung in den Arbeitsabläufen feststellen.

Die Gründe für pessimistische Einschätzungen mit Blick auf Arbeitsabläufe und Störanfälligkeit könnte wiederum auch darin liegen, dass QM noch immer der Ruf eines



starren Formalismus anhängt. Vermutlich wurden zudem bereits in vielen Praxen interne Qualitätsstandards schon vor der QM-Pflicht befolgt, wie z. B. Prüfen des Notfallkoffers oder Hygienepläne, sodass die QM-Einführung nicht als großer Schritt nach vorn empfunden wird.

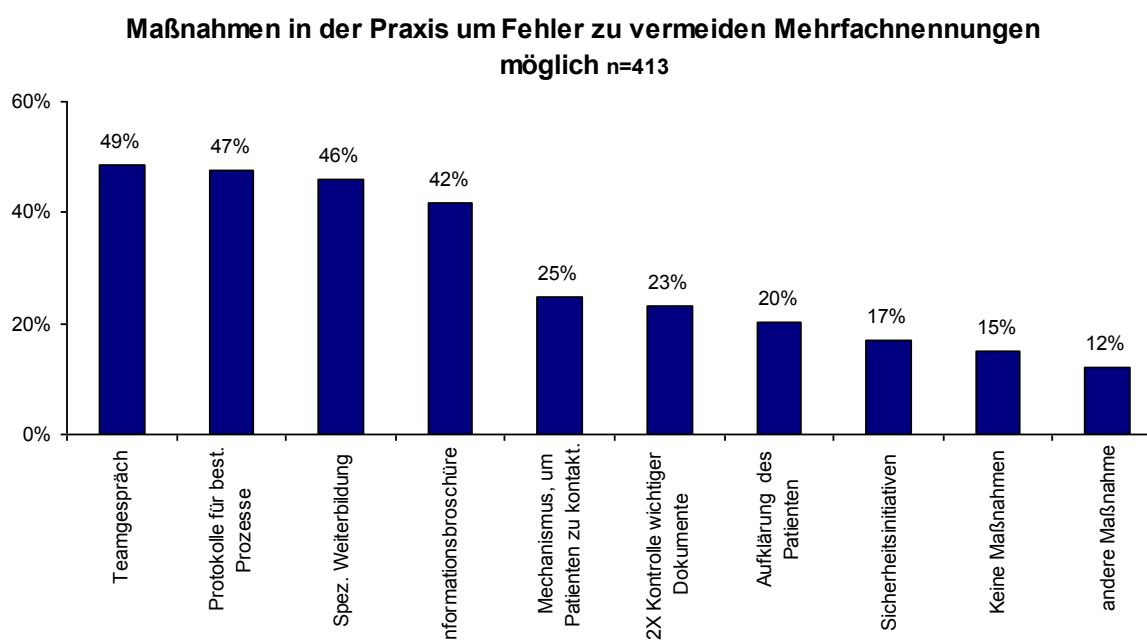
Grafik 7: Wie haben sich insgesamt die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis/Einrichtung mit der Einführung von QM verändert? In welcher Phase des QM-Zertifizierungsprozesses befinden Sie sich?



Werden allerdings die wahrgenommenen Veränderungen nach dem Grad der Einführung eines QM-Systems betrachtet, zeigt sich, dass in Praxen mit einem zertifizierten System die positiven Reaktionen überwiegen, nur ein minimaler Anteil sah eine Verschlechterung der Arbeitsabläufe. Da eine Zertifizierung bislang noch freiwillig durchgeführt wird, kann man davon ausgehen, dass dies Praxen sind, die sich intensiv mit ihrem System auseinandergesetzt haben und generell eine positivere Einstellung zu QM haben. In der Summe lässt sich feststellen, dass Praxen mit zertifiziertem QM ein höheres Maß an Effizienz und Sicherheit empfinden.



Grafik 8: Haben Sie in Ihrer Praxis/Einrichtung konkrete Maßnahmen eingeführt, um Fehler zu vermeiden?

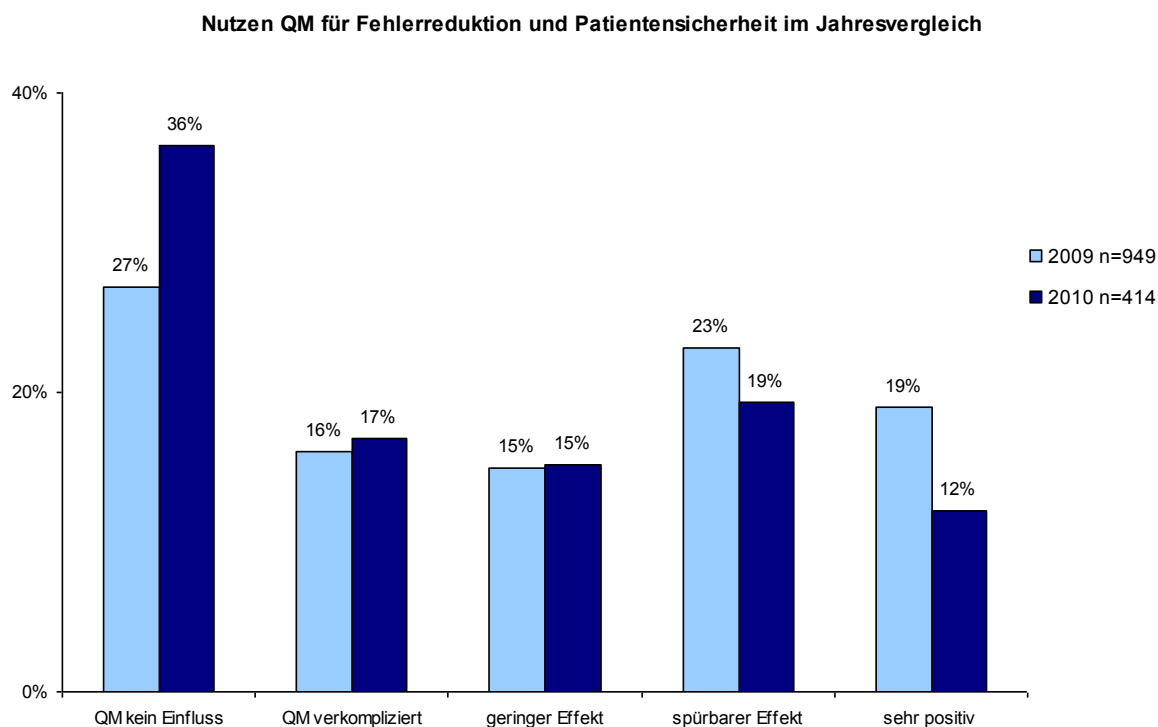


Hier zeigt sich, dass in 15% der Praxen keinerlei konkrete Maßnahmen eingeführt wurden, um Fehler zu vermeiden. In fast der Hälfte der Praxen (49%) finden regelmäßig Teamgespräche zum Thema Patientensicherheit statt. Patientensicherheit wird also nicht als alleinige Sache des Chefs empfunden, sondern als ein Thema, in welches das gesamte Team eingebunden werden muss, wenn es richtig umgesetzt werden soll. Auch werden bei 47% der Praxen Protokolle eingesetzt, um bestimmte Prozesse (z. B. Desinfektion) zu standardisieren und damit für alle Beteiligten transparent und sicher zu gestalten. 46% der befragten Ärzte, Zahnärzte und PP geben an, spezielle Weiterbildungen in wichtigen sicherheitsrelevanten Bereichen zu besuchen, oder dies ihren Mitarbeitern zu ermöglichen. Fehlervermeidung nimmt demnach einen hohen Stellenwert ein, in die Zeit und Geld investiert wird, um auf dem aktuellen Stand der Erkenntnisse zu bleiben und eventuell eingefahrene Prozesse zu hinterfragen. Über 40% der Praxen geben Informationsbroschüren an ihre Patienten aus, z. B. zur richtigen Medikamenteneinnahme, aber nur 20% klärt die Patienten aktiv zu sicherheitsrelevanten Themen auf. Dieses Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass Patientensicherheit und Behandlungsfehler vermehrt als ein praxisinterner Bereich gesehen werden, in den die Patienten nicht aktiv eingebunden werden.



Der Nutzen von QM zur Fehlerreduktion ist Inhalt der nächsten Frage. Die Ergebnisse wurden mit den Werten der QM-Studie aus dem letzten Jahr verglichen.

Grafik 9: Wie beurteilen Sie den Nutzen von QM für die Fehlerreduktion und Patientensicherheit in Ihrer Praxis/Einrichtung?



Die Effekte von QM auf die Patientensicherheit wurden in 2009 höher eingeschätzt als 2010: Vor einem Jahr nahmen 57% der Befragten einen geringen, spürbaren oder gar sehr positiven Effekt wahr; aktuell in 2010 sind dies nur noch 46%.

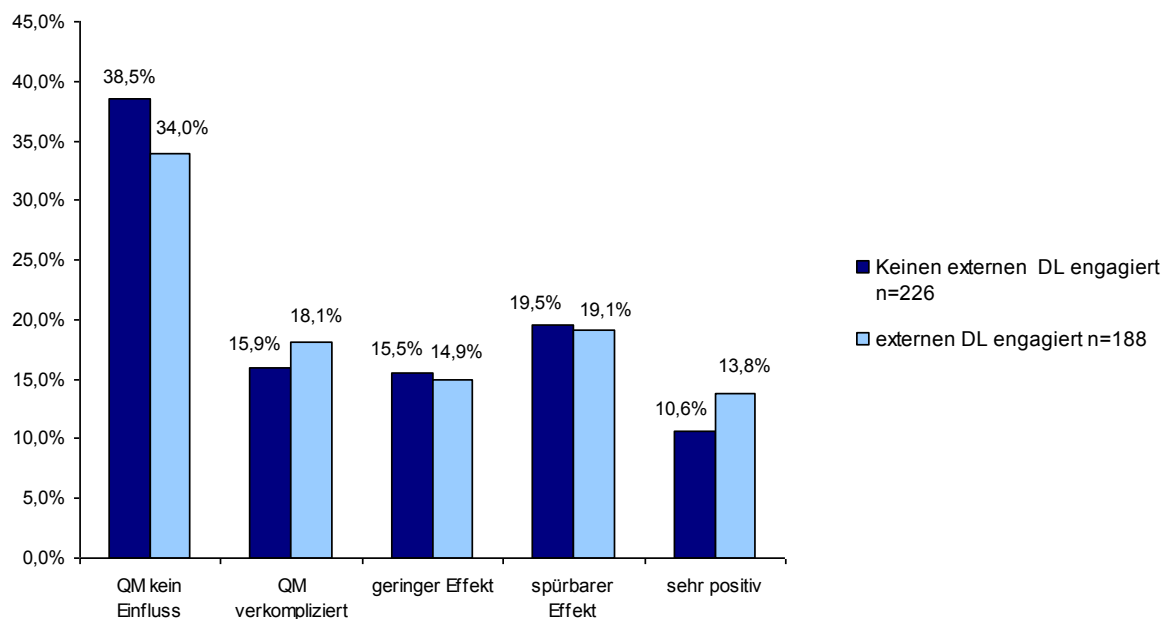
2010 gaben 36% der Befragten an, dass QM keinen Einfluss auf die Arbeitsweise in der Praxis nehme und damit auch nicht zur Patientensicherheit beitrage. Diese Haltung ist gegenüber dem letzten Jahr um 9%-Punkte angewachsen. Auch geht fast ein Fünftel der Mediziner (17%) davon aus, dass QM Abläufe komplizierter mache. Deren Anteil ist im Vorjahresvergleich in etwa gleich geblieben. Der negative Effekt lässt sich, nach Angaben der Ärzte, Zahnärzte und PP, mit dem Anwachsen der Bürokratie durch QM erklären.



Grafik 10: Wie beurteilen Sie den Nutzen von QM für die Fehlerreduktion und Patientensicherheit in Ihrer Praxis/Einrichtung?

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Punkten speziell bei IHREM externen QM-Dienstleister?

Einfluss von QM auf die Patientensicherheit nach Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern



Betrachtet man den Grad der Zustimmung zu QM als Beitrag zur Patientensicherheit, so wird deutlich, dass ein externer Dienstleister nur unwesentlichen Einfluss hat. Der deutlichste Unterschied beträgt lediglich 3,5 Prozentpunkte – nämlich bei der Antwort, dass QM keinen Einfluss habe. Wer keinen externen Dienstleister engagiert hat, hat diese Antwort häufiger gewählt. Wer hingegen einen externen Dienstleister einbezogen hat, stimmt sowohl der Aussage „QM verkompliziert“ häufiger zu, als auch der Aussage, dass QM einen sehr positiven Effekt habe. Ein externer Dienstleister ist demnach kein Garant dafür, dass QM als positiv empfunden wird.



2.3.3 Patientenreaktionen und Critical Incidents

Wie reagieren Patienten, die einen Behandlungsfehler vermuten und wie reagieren Ärzte ihrerseits?

In jeder Praxis können aus den verschiedensten Konstellationen heraus Fehler entstehen. Auch nehmen Patienten möglicherweise einen nicht zufriedenstellenden Verlauf oder Ergebnis einer Behandlung zum Anlass, dem Arzt einen Behandlungsfehler vorzuwerfen.

Tabelle 3: Wie häufig erleben Sie (gerechtfertigte oder ungerechtfertigte) Behandlungsfehler-Vorwürfe?

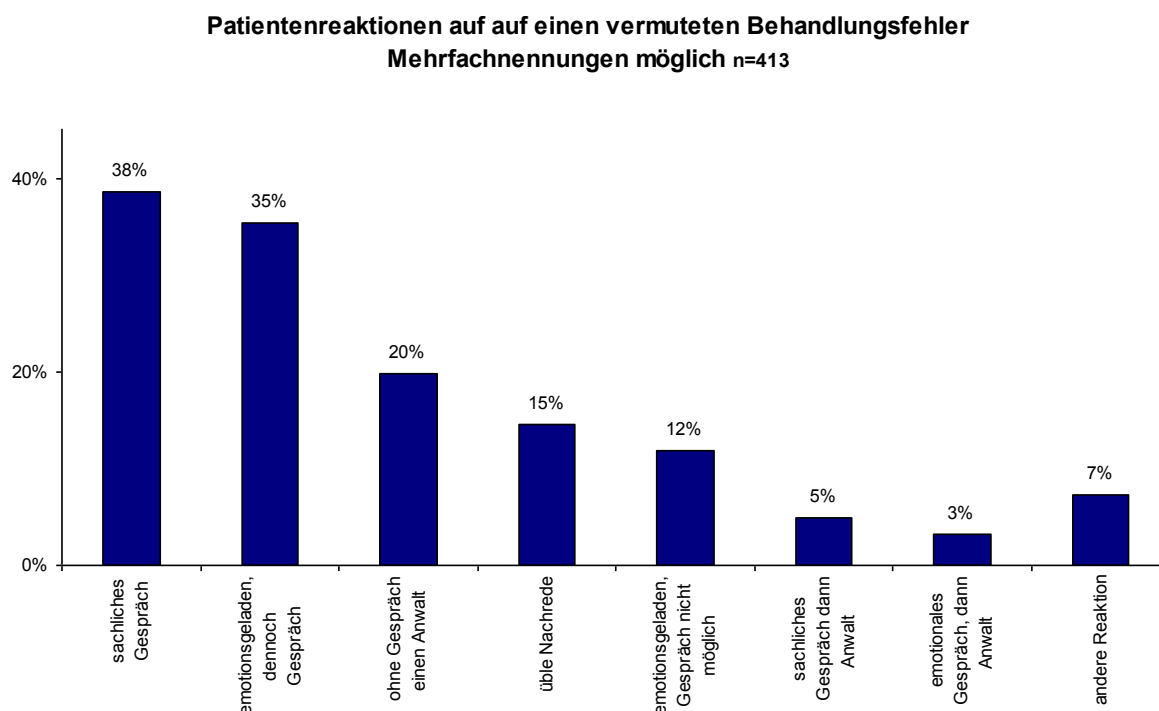
Gesamt (n=413)	praktisch nie (n=254)	etwa einmal im Jahr (n=118)	etwa einmal im halben Jahr (n=37)	etwa einmal pro Monat (n=4)	etwa einmal pro Woche (n=0)	etwa einmal pro Tag (n=0)
Prozentuale Verteilung	61,5%	28,6%	9,0%	1,0%	0%	0%

Grundsätzlich ergab die Befragung, dass 62% der Responder praktisch nie mit Fehlervorwürfen konfrontiert werden, ein Drittel jedoch etwa einmal im Jahr in dieser Situation steht. Zu berücksichtigen ist naturgemäß, dass nicht jedem Vorwurf tatsächlich ein Behandlungsfehler zugrunde liegt. Gleichwohl stellt ein Behandlungsfehler-Vorwurf eine kritische Situation für einen Arzt dar, bei der er zugleich sehr unterschiedliche Anforderungen erfüllen muss: Standardmäßig verbieten die Träger der ärztlichen Berufshaftpflicht dem jeweiligen Arzt, sich ohne Abstimmung mit der Versicherung bzw. beauftragten Juristen in der Sache einzulassen oder Schuldeingeständnisse abzugeben. Zugleich erfordert die Situation, auf den kritisierenden Patienten einzugehen, um die Situation zu deeskalieren. Insoweit ist ein Behandlungsfehlervorwurf schon selbst ein Schaden, da erheblich Arbeitszeit des Praxisinhabers eingesetzt werden muss und auch finanzielle Risiken einhergehen.



Kommt es aber doch zu gerechtfertigten oder ungerechtfertigten Vorwürfen eines Fehlers, so wählen die meisten der Patienten, nach Angaben der Ärzte, das Gespräch, um die Vorwürfe zu klären – Deeskalation erscheint in der Vielzahl der Fälle also grundsätzlich möglich.

Grafik 11: Welche Reaktionen von Patienten, die einen Behandlungsfehler vermuten, haben Sie selbst schon einmal erlebt?



Am häufigsten verlaufen diese Gespräche sachlich, etwas seltener kommt es zu emotionalen Ausbrüchen der Patienten. Inwieweit Sachlichkeit und Emotionalität mit der Schwere des Fehlervorwurfs korrelieren, kann hier nicht festgestellt werden. Auch kommt es nach diesen klärenden Aussprachen nur sehr selten dazu, dass ein Anwalt eingeschaltet wird. Nur 5% informierten nach einem sachlichen Gespräch und gerade einmal 3% nach einem emotionalen Gespräch einen Anwalt. Dies spricht dafür, dass eine klärende Auseinandersetzung hilfreich sein kann und daher die erste Wahl sein sollte. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil von einem Fünftel der Patienten geht einem vorhergehenden Gespräch aus dem Weg und wendet sich lieber umgehend an einen Anwalt. Inwieweit auch hier die Schwere des vermeintlichen Fehlers eine Rolle spielt, wenn nur noch in einer rechtlichen Auseinandersetzung eine Lösung gesehen wird, ist im Rahmen dieser Analyse nicht zu beantworten. 15% der Patienten gehen einen Weg, der zwar dem Image des Arztes erheblich Schaden zufügen kann, aber doch zu keiner Lösung führt, nämlich den der üblen Nachrede. Hier bleibt zu überlegen, inwieweit das Behandler-Patienten-Verhältnis bereits vor den Fehlervermutungen schon beschädigt war. In den Freikommentaren der Ärzte zu dieser Frage lassen sich aber auch Äußerungen finden, wie: „Der Patient wechselt ohne Kommentar den Arzt“ oder der Patient „blieb einfach weg“. Viele Patienten wählen demnach bei Unzufriedenheit mit der Behandlung oder eben

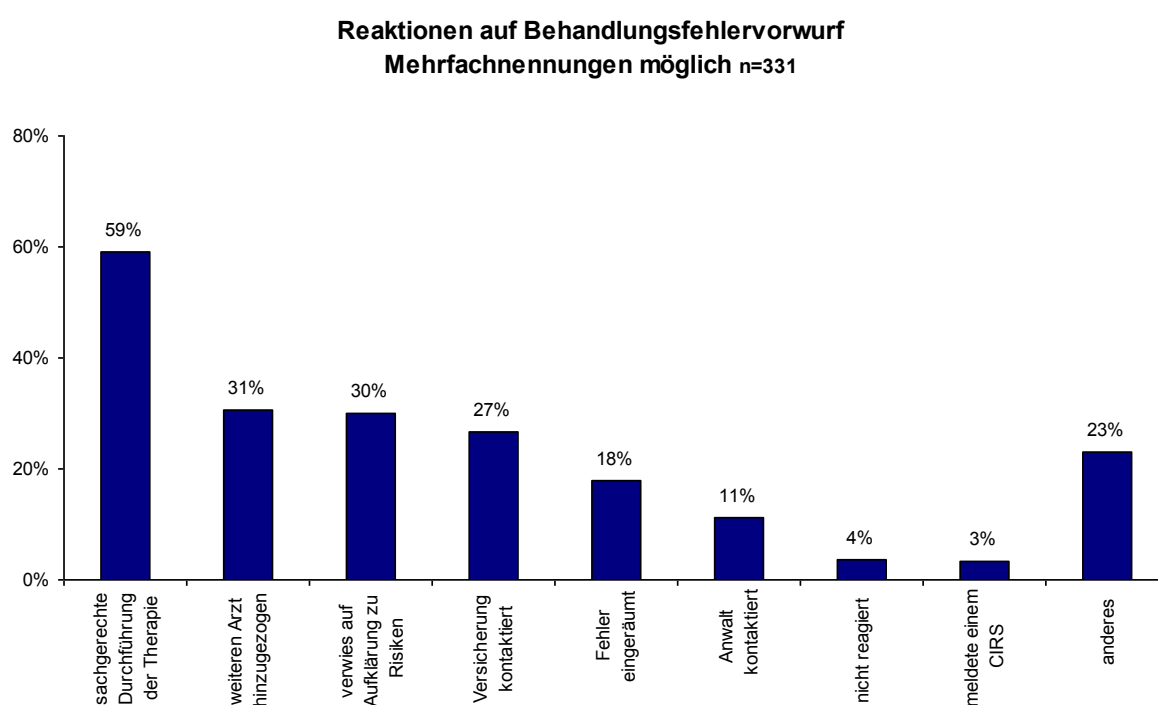


Fehlervorwürfen den Weg des geringsten Widerstandes und wechseln den Arzt. Sofern ausreichend „ärztliche Alternativen“ am Wohnort niedergelassen sind, scheint dies noch kein Problem. Die Alternative des kommentarlosen Arztwechsels könnte auch ein Grund dafür sein, dass Ärzte selten mit Fehlervorwürfen konfrontiert sind.

Wie reagieren Ärzte, wenn Ihnen ein Fehler vorgeworfen wird und sie und ihre Arbeit damit ganz offen kritisiert werden?

Ein Großteil (59%) reagiert damit, keinen Fehler einzuräumen und stattdessen auf eine sachgerechte Behandlung hinzuweisen. Fast ein Drittel der Befragten bietet immerhin an, einen Kollegen zur Begutachtung hinzuzuziehen. Ob sich die behandelnden Ärzte in diesen Fällen sicher waren, dass kein von ihnen verschuldeter Behandlungsfehler vorlag und der weitere Arzt dies bestätigen sollte, kann hier nicht geklärt werden.

Grafik 12: Wie haben Sie nach dem Fehlervorwurf reagiert?



30% der Responder verwiesen auf die von ihnen geleistete Aufklärung zu Risiken: In diesen Fällen wurde offenbar ein nicht zufriedenstellendes Behandlungsergebnis erzielt, welches die Ärzte durchaus wahrnehmen, nicht aber als Behandlungsfehler einstufen. Extrem niedrig erscheint der Anteil der Ärzte, die ihre Haftpflichtversicherung kontaktieren: 27% nennen dies als einen Schritt nach dem Vortrag eines Behandlungsfehler-Vorwurfes. Dies erscheint bedenklich, da dies eigentlich standardmäßig erfolgen sollte. Unterdessen räumt fast ein Fünftel (18%) der befragten Ärzte, Zahnärzte und PP einen Fehler ein. Dies wiederum kann



unter Haftungsgesichtspunkten problematisch werden, da Schuldeingeständnisse des Arztes gegenüber einem Patienten den Haftpflichtversicherungsschutz des Arztes gefährden können. Möglicherweise beziehen sich die Responder hier nur auf minimale Lapsi. Die geringe Zahl derer, die die Haftpflichtversicherung kontaktiert, lässt vermuten, dass ein relevanter Anteil der Ärzte nicht weiß, wie mit einem Behandlungsfehler-Vorwurf umzugehen ist.

Generell gilt: Ärzte werden nur selten mit Fehlervorwürfen konfrontiert. Und in diesen Fällen suchen die Betroffenen in aller Regel zunächst das Gespräch mit dem Arzt. Dieses wiederum bietet mehrheitlich Deeskalationsmöglichkeiten. Wenn Ärzte mit Vorwürfen zu Behandlungsfehlern konfrontiert werden, dann räumen sie zunächst nicht direkt einen Fehler ein, sondern verweisen auf die sachgerechte Aufklärung zu Risiken. Auch einen Kollegen heranzuziehen, ist eine häufige Reaktion.

Gar nicht zu reagieren, kommt nur für einen Bruchteil der Ärzteschaft in Betracht, das heißt, die Mediziner setzen sich mit diesen Vorwürfen auseinander. Dies kann für eine Öffnung der Fehlerkultur sprechen, besonders vor dem Hintergrund, dass 18% der Ärzte einen Fehler eingeräumt haben.

Lediglich 3% meldeten den Fehler einem CIRS. Wie ist es vor diesem Hintergrund also um die Akzeptanz solcher Systeme bei den Behandlern bestellt?

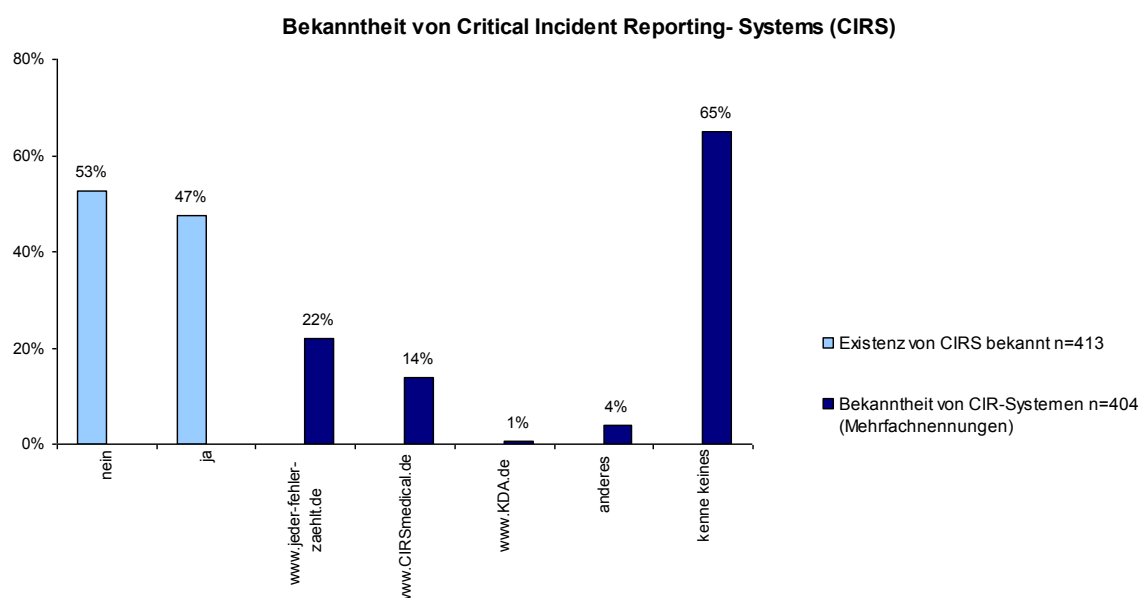


2.3.4 Patientensicherheit und Critical Incident Reporting Systems (CIRS)

Critical Incident Reporting-Systems sind Systeme zur Meldung von kritischen Ereignissen („critical incident“) und Beinahe-Schäden („near miss“). Diese Systeme kann man als übergeordnete Form des Risiko- und Qualitätsmanagements in der ärztlichen Praxis ansehen, da für das Erkennen von potenziellen Zwischenfällen die systematischen Analysen von bereits stattgefundenen fehlerhaften oder kritischen Verläufen wichtig und hilfreich sind. Durch das Bekanntmachen von Fehlerquellen in medizinischen Einrichtungen können Ärzte aus den Fehlern oder Beinahe-Fehlern anderer lernen und diese so in der eigenen Praxis verhindern. Allerdings leben diese Systeme vom Mitmachen. Nur wenn Ärzte ihre Fehler einräumen und beschreiben, können systematische Verläufe deutlich gemacht werden. Wichtig ist, dass CIRS von einer möglichen Schuldfrage entkoppelt wird. Nur dann kann ein Raum geschaffen werden, in dem Mediziner sanktionslos und anonym Fehler zugeben und diskutieren können.

Wie steht es also um die Bekanntheit solcher Systeme und um die Bereitschaft zur Mitarbeit der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und PP in Deutschland?

Grafik 13: Haben Sie schon einmal von der Möglichkeit gehört, kritische Ereignisse (critical incidents) oder Beinahe-Schäden (near miss), die in einer Praxis/Einrichtung passieren können, an eine Institution zu melden? Welches CIR-System kennen Sie?



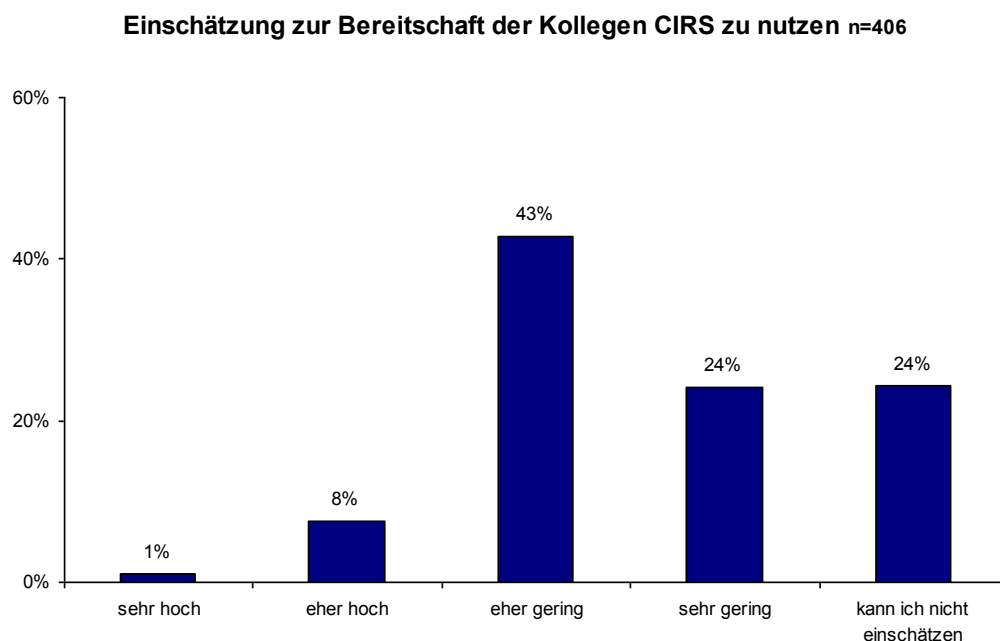
Weniger als die Hälfte der befragten Mediziner kennen CIRS: nur 47%. Das bekannteste CIRS ist mit 22% www.jeder-fehler-zaehlt.de. Dieses Fehlerberichts- und Lernsystem existiert seit Herbst 2004. Die Nutzerzahlen wachsen aber langsam: 300 Fehlermeldungen wurden bislang eingestellt, 1.000 Kommentare dazu abgegeben, aber immerhin 6.000 Ärzte und Medizinische Fachangestellte sehen sich die Berichte jeden Monat an.¹

¹ Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Critical_Incident_Reporting_System



Mit 14% folgt das System www.CIRSmedical.de. Dies ist ein gemeinsames Programm der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betreut. Alle anderen Systeme sind bedeutungslos. Die große Mehrheit von 65% der Befragten haben noch von keinem dieser Systeme gehört. CIRS haben also noch eine geringe Bedeutung in der deutschen Ärzteschaft.

Grafik 14: Wie schätzen Sie die Bereitschaft der Kollegen ein, kritische Ereignisse oder Beinahe-Schäden in der eigenen Praxis/Einrichtung an eine Institution zu melden?

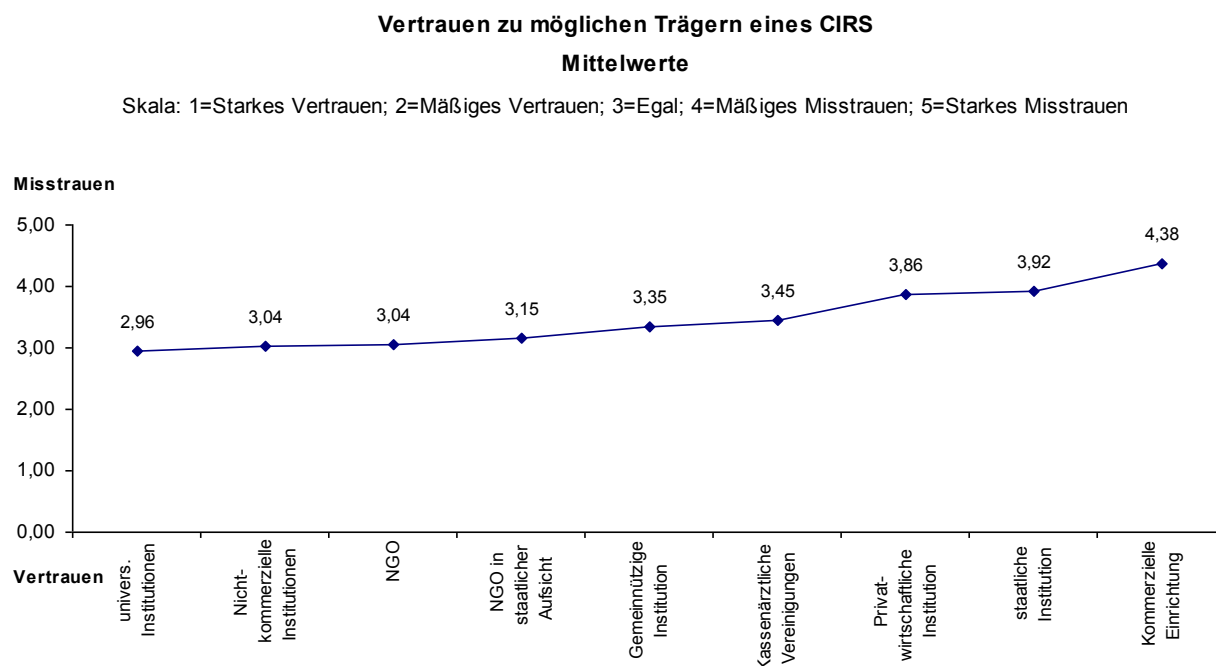


Auch die Bereitschaft, Fehler oder Beinahe-Schäden bei einem solchen System zu melden, wird von den Ärzten bezüglich ihrer Kollegen als gering eingeschätzt. 67% erachten die Bereitschaft als eher gering oder sehr gering. Nur 9% glauben an eine hohe oder sehr hohe Bereitschaft. Dieses Bild zeigt: Den meisten Medizinern sind CIRS noch unbekannt, und auch die Bereitschaft sich hier zu beteiligen, ist eher als marginal einzustufen.



Im Folgenden wurde ermittelt, zu welchen möglichen Trägern eines CIRS seitens der Mediziner Vertrauen entgegen gebracht würde. Denn Vertrauen ist bei einem solch sensiblen Thema besonders wichtig.

Grafik 15: Wie stehen Sie folgenden möglichen Trägern eines CIRS gegenüber?

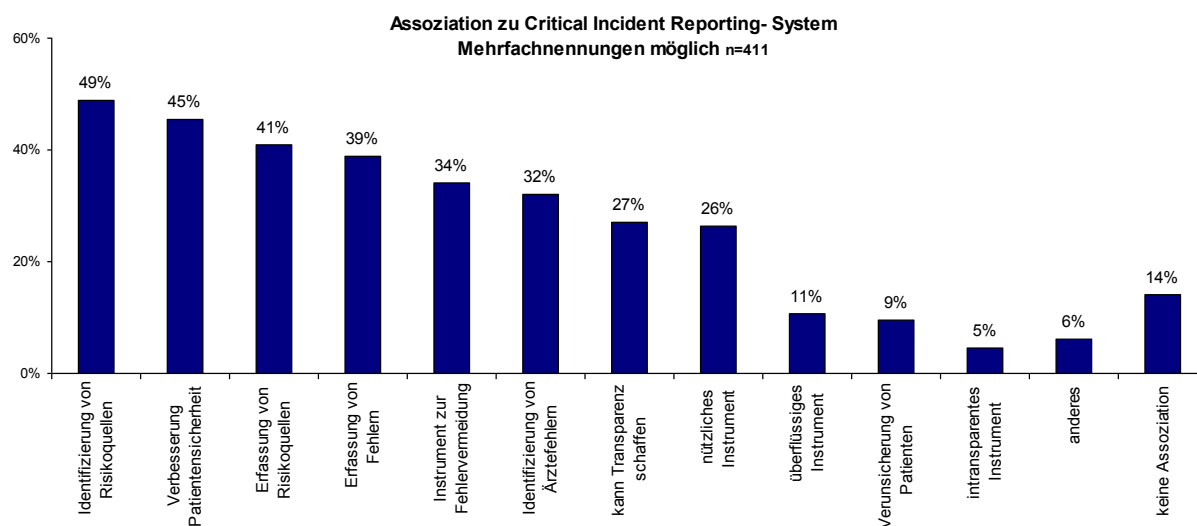


Im Fragebogen wurde eine Fünferskala angewandt, um den Grad des Vertrauens zu ermitteln. Aus Darstellungsgründen wurden aus dieser Skala die Mittelwerte für den jeweiligen Träger errechnet, um so das durchschnittliche Vertrauen anzuzeigen. Je kleiner der Wert desto größer ist das Vertrauen. Auf den ersten Blick lässt sich erkennen: Keinem der Träger wird übermäßiges Vertrauen entgegen gebracht. Mit einem Mittelwert von 2,96 sind die universitären Einrichtungen noch am ehesten vertrauensserweckend, gefolgt von nicht-kommerziellen Einrichtungen und NGOs. CIR-Systeme der privaten Wirtschaft, des Staates und besonders von kommerziellen Einrichtungen können kaum darauf hoffen, dass Ärzte hier ihre Fehler oder Beinah-Schäden berichten.



Die Ärzte in Deutschland haben noch kaum Kenntnisse zu CIRS, auch sind ihnen konkrete Träger kaum bekannt. Das Misstrauen ist hingegen sehr groß. Welche Vorstellungen haben die Ärzte nun, wenn es um Fehlerberichts- und Meldesysteme geht?

Grafik 16: Welche Assoziation haben Sie, wenn Sie an CIRS denken?



Obwohl die Befragten nur wenig Kenntnisse von CIRS haben, existieren dennoch konkrete Erwartungen daran. Das Identifizieren von Risikoquellen (49%), um dadurch die Patientensicherheit zu erhöhen (45%), sind die Grundgedanken von CIRS und werden auch von den Niedergelassenen am häufigsten genannt. Die systematische Erfassung der Risikoquellen, hier mit 41% am dritthäufigsten genannt, ist die Voraussetzung für die beiden erst genannten Punkte. Negative Assoziationen wie „CIRS ist ein überflüssiges Instrument“ (11%) oder „es trägt zur Verunsicherung der Patienten bei“ (9%) finden sich bei den Nennungen an den letzten Positionen. Die Angst vor Intransparenz und Verunsicherung der Patienten sollte allerdings nicht vernachlässigt werden. Ein seriöses System muss diese Ängste ernst nehmen und aufgreifen.



2.4 Diskussion

Das Thema QM und Patientensicherheit steht in diesem Jahr Fokus der Studie. Den Grad der Verbesserung der Arbeitsabläufe, die Verminderung der Störanfälligkeit, sowie der Einfluss auf die Fehlerreduktion zur Erhöhung der Patientensicherheit durch QM wurde ermittelt. Die Ergebnisse können durchaus optimistisch stimmen. Der Beitrag von QM insbesondere in den Bereichen, die mit der Patientensicherheit verknüpft sind, wird deutlich häufiger positiv als negativ wahrgenommen. Rund die Hälfte der Praxisinhaber erkennt keine Wirkung, aber in etwa ein annähernd großer Anteil der Mediziner berichtet von Zuwächsen an Sicherheit.

Um die Patientensicherheit zu erhöhen, wurden seitens etlicher Ärzte auch unabhängig von einem formalisierten systematischen QM bereits zahlreiche Maßnahmen wie Teamgespräche und Protokolle für bestimmte Prozesse eingeführt. Hier, wie in den Freitexten, zeigt sich, dass in der Ärzteschaft grundsätzlich die Patientensicherheit einen hohen Stellenwert hat und Maßnahmen im Sinne der Sicherheit nicht erst mit QM etabliert wurden.

Im Kern: Rund die Hälfte der Ärzteschaft stellt nach dem Etablieren von QM in der Praxis einen Zuwachs an Effizienz und Patientensicherheit fest. Dies ist eine positive Botschaft.

Mit dem Thema Behandlungsfehler werden die Ärzte nach eigenen Angaben eher selten konfrontiert. Mehr als die Hälfte hat dies noch gar nicht erlebt, ein Drittel etwa einmal jährlich. Die Reaktionen der Patienten sind offenbar in der Mehrzahl recht zurückhaltend, wenn es um Vorwürfe gegenüber dem eigenen Arzt geht. Wenn das Thema doch auf den Tisch kommt, dann eher in einem sachlichen, mitunter auch in einem emotionalen Gespräch. Seltener folgt nach einer solchen Aussprache der Gang zum Anwalt. Dies weist darauf hin, dass das Arzt-Patient-Gespräch sehr stark zur Deeskalation dient, und das obwohl ein Behandlungsfehlervorwurf immer eine krisenhafte, emotional beladene Situation darstellt. Ein Patient, der mit seiner Kritik zum Arzt kommt, ist eine Chance für den Arzt. Insgesamt wählen nach Angaben der Ärzte 20% der Patienten den Rechtsweg ohne vorheriges Gespräch, wenn ein Behandlungsfehler vermutet wird. Ärzte ihrerseits reagieren eher sachlich und gehen in der Mehrheit nicht direkt auf den Vorwurf ein, sondern verweisen mehrheitlich auf die sachgerechte Behandlung bzw. die geleistete Risikoaufklärung.

Bedenklich erscheint die Tatsache, dass nur ein kleiner Teil der Ärzte den jeweiligen Haftpflichtversicherer kontaktiert. Dies lässt eine verbreitete Unerfahrenheit von Ärzten mit den Erfordernissen in dieser Situation vermuten.

Das Thema CIRS, als eine weitere Form, Fehler in der Praxis zu vermeiden und die Patientensicherheit zu erhöhen, hat eher ernüchternde Ergebnisse gezeigt. Mehr als der Hälfte der befragten Ärzte sind solche Fehlerberichts- und Meldesysteme gar nicht bekannt. Die beiden großen Systeme www.jeder-fehler-zaehlt.de und www.Cirmsmedical.de erreichen in der Bekanntheit nur 22% bzw. 14%. Hingegen sind 65% der Ärzte keine konkreten CIRS geläufig.



Auch ist die Bereitschaft zur Beteiligung in solchen Foren gering. Hier scheint insbesondere auch ein Vertrauensproblem zu bestehen, denn das Misstrauen gegenüber möglichen Trägern von CIRS zeigte sich sehr deutlich. Dies überrascht speziell vor dem Hintergrund, dass sich in der Vorjahresstudie eine große Bereitschaft gezeigt hat, mit der Thematik „Behandlungsfehler“ und „Patientensicherheit“ offen umzugehen.

Bei den ermittelten möglichen Trägern konnte sich keiner klar durchsetzen. Eine Kooperation aus universitären und nicht kommerziellen Institutionen erscheint gegenwärtig noch am geeignetsten, das Vertrauen der Mediziner zu erlangen.



GGMA 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