



Der widerspenstigen Bekehrung

Eine kleine Geschichte zum Aufbau eines QM-Systems für ein Netzwerk von Arztpraxen

Qualität (der Ärzte):

Was fällt dem unbedarften hart arbeitenden Hausarzt zum Qualitätsmanagement (QM) zuerst ein: Fortbildung war für uns schon immer selbstverständlich. Weil wir für unsere Patienten eine immer bessere Betreuung sicherstellen wollen, deshalb sind wir doch Arzt geworden, deshalb opfern wir dafür die wenigen freien Abende. Ach ja, und deshalb tragen wir auch unsere Strichcode-Heftchen zu jeder Fortbildung.

1. Ergebnisqualität als Ziel

Nach § 135a SGB V sind Vertragsärzte – also alle niedergelassenen Ärzte, die nicht ausschließlich privat abrechnen – verpflichtet, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern“.

Diese Pflicht zur Fortbildung ist seit einigen Jahren für die niedergelassenen Allgemein- und Fachärzte anerkannte und gelebte Praxis. Fortbildungsveranstaltungen werden von den Ärztekammern zertifiziert und mit „Fortbildungspunkten“ bewertet, die von den Ärzten gesammelt und nachgewiesen werden müssen. Qualitätszirkel für bestimmte Krankheiten wie z. B. Diabetes oder für bestimmte Programme der Krankenkassen (z. B. DMP = Disease Management Programme) sorgen dafür, dass eine inhaltliche und methodische Nachhaltigkeit erzielt wird. Damit das ganze auch auf deutsche Art organisatorisch abgesichert wird, hat jeder Vertragsarzt seinen persönlichen Strichcode, mit dem er seine Anwesenheit dokumentieren und so seine Fortbildung nachweisen kann und muss.

Das System wird von den Ärzten anerkannt, denn Fortbildung mit dem Ziel, seinen Patienten besser helfen zu können, entspricht auf natürliche Weise der ärztlichen Berufsethik.

Motivation (der Ärzte)

In meiner Praxis muss ich jetzt ein QM-System einführen! Ich habe drei Helferinnen, mit meinen Patienten rede ich direkt und nehme mir Zeit dafür. Was soll da diese Bürokratie?

Erstens: Sie kostet Geld und wir füttern ein paar Abzocker mehr. Zweitens: Geld haben wir nicht und brauchen tun wir es auch nicht, natürlich das QM.

Was wissen wir vom QM: nicht viel. Autozulieferer müssen es auf Wunsch der Autohersteller machen. Wir sind also die Zulieferer, der Empfänger ist wer? Wie sich in letzter Zeit herausgestellt hat, ist wohl in naher Zukunft nicht mehr die KV sondern die Krankenkasse der Empfänger, denn was stellen wir her? Papier. Wenn wir was anderes herstellen als Papier, was könnte das sein: Befunde? Wer bekommt die, der Facharzt? Natürlich nicht, der kann's ja besser. Also was sind wir in den Augen der Gesundheitspolitiker: ja das Zauberwort heißt Koordinator. Medizin machen wir nebenher.



Dies klingt alles recht absurd. Aber halten wir fest: Gesundheit kann man weder kaufen noch wird jemals der leidende Mensch Kunde sein. Wettbewerb kann und darf es so nicht geben. Ergebnis der Überlegung: ihr könnt mich alle mal...

So einfach hat es uns leider der Gesetzgeber nicht gemacht. Was bleibt übrig, wir müssen die Dinge selbst in die Hand nehmen und das QM so anwenden, dass es in unsere Vorstellung eines vernünftigen Praxisbetriebes passt, uns nicht einengt und eventuell auch nutzt, denn Qualität ist ja nicht schlecht, nur die Begriffsverwirrung schadet.

2. Qualitätsmanagement als Muss

In seinem zweiten Teil legt § 135 a SGB5 fest, dass Vertragsärzte verpflichtet sind, einrichtungsintern ein QM einzuführen und weiter zu entwickeln.

Betrachtet man die Struktur der niedergelassenen Ärzte und ihrer Praxen, kann man gut nachvollziehen, welche Verunsicherungen und Ängste durch diese neue gesetzliche Vorschrift ausgelöst wurden. Auch schienen erste Angebote von einschlägigen Beratern die Befürchtungen vieler Ärzte zu bestätigen, dass QM-Systeme, die für weit größere Organisationen konzipiert worden waren, ohne Verständnis für die Besonderheiten von Arztpraxen auf diese übertragen worden waren. Eine Konkretisierung der Anforderungen ergab sich durch die „QM-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Oktober 2005, die die gesetzlichen Vorgaben konkretisierte. Sie verlangt die Einführung eines QM in 3 Phasen, die bis 2009 abgeschlossen sein müssen.

Eine „Phase der fortdauernden Weiterentwicklung“ mit jährlicher Selbstbewertung muss sich im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses anschließen.

Erwartungen (der Patienten)

Mein Hausarzt macht jetzt auch QM. Da gibt es dann wohl auch bald so einen Fragebogen, wo man schreiben kann, dass das Wartezimmer schöner sein könnte und die Zeitschriften aktueller und bunter. Und das die Wartezeiten zu lang sind. Ob ich auch ankreuzen kann, dass es mich ärgert, dass er mir nicht mehr die Tabletten aufschreibt, die ich will, sondern andere, billigere? Aber eigentlich tut das Praxisteam mir ja leid! Jetzt haben sie noch weniger Zeit für uns Patienten.

Leidensdruck (der Ärzte)

Einerseits verzichtet die Richtlinie auf die befürchtete formale Zertifizierung, andererseits sind ihre Vorgaben teilweise sehr eng gefasst. Den kassenärztlichen Vereinigungen werden dabei weitreichende Überwachungs- und Kontrollrechte eingeräumt, die sich leicht zu Instrumenten eines bürokratischen Dirigismus entwickeln können. „Big Brother“ lauert schon! Sollen wir uns tatsächlich jetzt ins QM-Getümmel stürzen? Oder ist es nicht schlauer zu warten, bis der Pulverdampf sich verzogen hat?



3. Die Entstehung des Projekts

Der Ehemann einer Ärztin hatte sein kleines Unternehmen vor 3 Jahren nach der neuen Norm ISO 9001:2000 zertifizieren lassen und dabei wertvolle Erfahrungen im Umgang mit QM sammeln können. Kurz entschlossen hatten sich beide an die Konzeption eines passenden QM-Systems gemacht und dies in der Praxis der Ehefrau eingeführt. Aus Gesprächen im Kreis der Kollegen entwickelte sich der Gedanke, ein gemeinsames System aufzubauen, das dem einzelnen genügend Freiheit gewährt, aber bei Aufwand und Kosten deutlich unter den Angeboten liegen sollte, die den Ärzten fast täglich ins Haus flatterten.

Im Februar 2006 war es dann soweit: 6 Einzelpraxen und 1 Doppelpraxis im Raum Bad Kissingen mit insgesamt über 30 Mitarbeitern beschlossen, in einem Pilotprojekt ein gemeinsames QM-System einzuführen: das Projekt „QM für das Ärzte-Netzwerk Münnerstadt“ konnte beginnen.

Herausforderungen (für den QM-Berater)

Die wollen doch gar kein Qualitätsmanagement, sondern nur ein Feigenblatt für ihren Individualismus.

Andererseits: Die Möglichkeit, zusammen mit Kollegen Abläufe in den einzelnen Praxen durchzusprechen und einen Konsens über deren beste Ausführung zu erzielen, stellt schon eine Herausforderung mit besonderem Reiz dar. Respekt, wie sie damit umgehen!

4. Der Ablauf des Projekts

Grundlage für das Projekt war das QM-System, das im Vorfeld für eine der beteiligten Praxen entwickelt worden war. In einem ausführlichen Vorbereitungsworkshop wurde es den beteiligten Ärzten detailliert erläutert und im Kontext zu den Anforderungen der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses besprochen. Im Anschluss daran wurde die Rollen- und die Aufgabenverteilung festgelegt. Der Ehemann der Kollegin übernahm die Rolle des externen Beraters und für die Dauer des Projektes die Rolle des QMB und des Projektleiters. Nach Abschluss des Projektes ging die Rolle des QMB auf den Arzt der sogenannten Leitpraxis über, der das Qualitäts-Management-System des Netzwerkes zukünftig als Moderator eines „Qualitätszirkels QM“ betreuen wird.

Die einzelnen beteiligten Vertragsärzte schlüpfen jeweils in die Rolle des QB für ihre Praxis und übernahmen den Aufbau ihres jeweiligen Systemteils.

Nachdem die Rollen verteilt waren, wurde der weitere Ablauf und der zeitliche Rahmen festgelegt, in dem das Projekt in den folgenden Monaten durchgeführt wurde (vgl. Bild 1).

Im Basis-Workshop im Februar 2006 wurden die Grundlagen und die Methodik eines QM vorgestellt, an Hand von Beispielen erläutert und intensiv über die Bedeutung transparenter und messbarer Qualitätsziele für die Praxen gesprochen. Die erste „Hausaufgabe“ – das Ausarbeiten einer Praxispräsentation – brachte erste interessante Einblicke: so gut hatte man sich ja gar nicht gekannt ...

Ab dem ersten Praxis-Workshop waren nicht mehr nur die Ärzte sondern auch die Praxis-Teams beteiligt. Schwerpunkt des ersten Praxis-Workshop waren Selbstverständnis und



(Qualitäts-) Ziele der einzelnen Praxen. Im zweiten Workshop lag der Focus auf medizinisch-technischen Abläufen, im dritten auf den Themen Praxisteam-Patienten-Beziehung und effiziente Organisation.

Zu diesen Themen wurden in den vorhergehenden Workshop jeweils Grundlagen vermittelt und „Hausaufgaben“ verteilt, deren „Lösung“ als Powerpoint-Präsentation vorgetragen wurden und die schrittweise – wie Mosaiksteinchen – das QM-System des Netzwerkes ergaben.

Befindlichkeiten (der Ärzte)

Nachbarn laufen nicht scheu aneinander vorbei, sondern gehen aufeinander zu, reichen sich die Hand und bauen Türen in ihre Zäune. So könnte man das neue Bewusstsein zwischen den verschiedenen QM-Matrix Ärzten beschreiben.

Da die Aufgaben auf 7 Praxis-Schultern verteilt werden konnten, hielt sich der Aufwand für uns auch in Grenzen und unser ehrgeizige Zeitplan konnte eingehalten werden. Und der kleine Event, mit dem wir das System offiziell in Kraft gesetzt haben, der hat auch Spaß gemacht.

5. Das QM für das Netzwerk der Praxen

Das QM-System spiegelt konsequent die Leitidee des Projektes wieder: die 7 Praxen schließen sich projektbezogen zu einem QM-Netzwerk zusammen. Der Kern des Systems ist für alle beteiligten Praxen gleich, für praxisindividuelle Besonderheiten bleibt aber ausreichend Platz. Die Praxisorganisation wird damit da standardisiert, wo es Sinn macht, die individuellen Regelungen bleiben praxisgerecht, werden aber im Kollegenkreis besprochen und werden so schrittweise normgerecht.

Mit diesem Aufbau wird ein einfacher, aber wirksamer Regelkreis etabliert: wer mit den Kollegen zusammen viele einheitlichen Regelungen umsetzt, der hat mit QM vergleichsweise wenig Arbeit und Stress, wer viel individuell gestalten will, der hat viel für sein QM zu tun. Wichtiger Grundsatz ist dabei, dass kein Kollege begründen muss, warum er es nicht macht wie alle anderen und deren Lösung nicht einfach übernimmt.

Das ganze System ist grob in 3 Teile gegliedert (vgl. Bild 2). **Teil A** enthält alle Festlegungen zum Konzept des Systems, zum Inhalt und zur Handhabung. In ihm finden sich die notwendigen Formalien, aber auch z. B. eine Präsentation zu den beteiligten Praxen und eine Beschreibung des Projektablaufs.

Hinsichtlich des formalen Aufbaus wurde entschieden, von textlich langatmigen Passagen und Ablaufschemen Abstand zu nehmen und statt dessen Power-Point Präsentationen nach einem einheitlichen Schema zu erstellen. Die Sprache des QM sollte möglichst wenig formalistisch und normorientiert und auch nicht verwissenschaftlicht sein. Statt dessen wurde eine aktive und motivierende Sprache gewählt.

Teil B stellt das „öffentliche“ Postfach dar. In ihm sind die inhaltlichen Regelungen zusammengefasst, die für alle oder einen Teil der Praxen gleich und verbindlich sind. Es gliedert sich in die Teilbereiche **Leitbild und Führung** (“Wie wir gemeinsam besser führen”), **Organisatorische Prozesse** (“Wie wir uns gemeinsam besser organisieren”) und **Patientenorientierte Prozesse** (“Wie wir mit unseren Patienten zusammenarbeiten”).



Die Teile C – J sind spiegelbildlich zum Teil B aufgebaut und stellen jeweils das praxisindividuelle „persönliche“ Postfach dar. Für den Inhalt ist jeweils der QB der Praxis, in der Regel die Ärztin oder der Arzt, verantwortlich.

6. Das QM für die Patienten

„Ich und mein Patient – mein Kunde“ war die Überschrift über einem zentralen Teil des Projekts.

Warum machen wir jetzt QM? „Weil der Gesetzgeber es fordert!“ Und wofür? „Für uns und unsere Patienten!“ Aber – so waren sich Ärzte und Helferinnen einig: „Patienten sind mehr als Kunden und Gesundheit kann man weder verkaufen, noch kaufen.“

Nach diesen Überlegungen war es konsequent, dass die Teilnehmer die gängige Lösung, QM aus einer Kunden- bzw. Patientenbefragung heraus zu entwickeln, einhellig ablehnten und stattdessen viel Zeit in die Formulierung der Qualitätsziele investierten, die als Messlatte letztendlich eine ganzheitliche summarische Bewertung durch die Patienten und eine Abstimmung „mit den Füßen“ vorsehen (siehe Kasten).

Patientenbefragungen sollen zukünftig da eingesetzt werden, wo konkrete, prozessorientierte Probleme zur Lösung anstehen.

Parallel zu diesen grundsätzlichen Überlegungen wurden vielzählige praktische Verbesserungen eingeführt: Checklisten für die tägliche Arbeit, neue, freundlichere und informativere Informationen für die Patienten, Ablaufbeschreibungen für komplexere Untersuchungen, neue Regeln zur Datensicherung u.v.m. Nach dem System Best Practice wurden Ideen aus anderen Praxen übernommen und ins eigene QM eingepasst und so der Aufwand gering gehalten.

Befürchtungen und Erfahrungen (der Helferinnen)

Zunächst haben wir unseren Praxischef ja nicht mit tosendem Applaus belohnt, als er verkündete, dass ab sofort ein QM eingeführt wird. Aber mit steigender Beschäftigung mit der Materie ist uns klar geworden, dass die Vorteile die Nachteile doch überwiegen.

Jetzt können wir nachschauen, wie die anderen ein Thema organisiert und dokumentiert haben, können uns Anregungen für die eigene Arbeit holen und die Ergebnisse im nächsten „Qualitätszirkel QM“ einbringen. „Best Practice“ heißt das neue Zauberwort!

7. Ausblick

Als Ausblick ergeben sich z.B. die Möglichkeiten gemeinsame Anschaffungen kostengünstiger zu erwerben, seien es Verbrauchsartikel oder größere Anschaffungen,



indem man einem Anbieter gegenüber als Gruppe auftreten kann. Möglich wären auch verstärkte Zuweisungen untereinander (zu spezifischen in den Einzelpraxen angebotenen Leistungen) nachdem man sowohl die Personen, als auch die Strukturen der beteiligten Praxen besser kennen gelernt hat.

Die Helferinnen kamen untereinander ins Gespräch, so dass auch auf deren Ebene ein entspannterer Austausch stattfindet. Denkbar ist hier z.B. neben Tipps im Umgang mit der Praxissoftware auch eine Hospitation von Auszubildenden oder Helferinnen.

Erlebte Veränderungen

Das war ein harter Kampf! Wir haben richtig um die besten Lösungen gerungen – aber wenn wir sie gefunden hatten, dann waren wir auch stolz!

Für uns Ärzte und unsere Praxisteams ergab sich eine neue Erfahrung: vom Individualistentum zum „Wir-Gefühl“ einer Gruppe. Der längst vermisste kollegiale Austausch, den man noch aus der Klinik kannte, konnte plötzlich wiederbelebt werden. So können „alte Hasen“ Newcomern im harten Alltag des niedergelassenen Arztes wertvolle Tipps geben. Eingefahrene Abläufe im Praxisalltag werden hinterfragt und können gegen gemeinsam erarbeitete bessere ausgetauscht werden. Zentral ist, dass die innere Struktur der Einzelpraxis erhalten bleibt.

Ein Gesamturteil? Da braucht man eigentlich nur zu wiederholen, was eine Helferin sagte: Die Arbeit am QM hat uns dazu gebracht, neue und pfiffige Abläufe zu entwickeln und uns auch daran zu halten! Unsere Patienten finden das gut! Und wir auch! Für uns hat sich der Aufwand gelohnt!“

Die Autoren:

Dr. med. Rudolf Schikora, Arzt für Allgemein Medizin
Roland Famulla, Arzt für Allgemein Medizin

beide mit ihrer Praxis Teilnehmer am Projekt

Martin Kuchler, Dipl.-Wirtschafts-Ingenieur
Geschäftsführender Gesellschafter PERSONAL PARTNER externe Personalabteilung GmbH



Qualitätsziele der Praxen

Ein wichtiger Teil unserer Arbeit besteht darin, dem Patienten zu vermitteln, was er selbst zu seiner Besserung beitragen kann. Das ist für den Patienten nicht immer angenehm. Ein Beispiel ist die Aufforderung an den Patienten, sein Gewicht zu reduzieren und sich mehr zu bewegen, statt Medikamente und Massagen bezahlt zu bekommen.

Entsprechend unserem Leitbild stehen unsere Patienten für uns im Mittelpunkt unseres Handelns. Fundierte Aus- und Weiterbildung mit dem Ziel, die Ergebnisqualität unserer Arbeit zu verbessern, sind für uns selbstverständlich. Unsere Patienten behandeln wir nach bestem Wissen und Gewissen. Dabei beachten wir die Vorgaben der Sozialgesetzgebung bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Dadurch lassen sich nicht alle Wünsche der Patienten erfüllen.

Messkriterium unserer Arbeit kann deshalb nicht eine Umfrage bei den Patienten sein, da viele möglichen Kritikpunkte sich von uns nicht ändern lassen ohne gegen Vorgaben des SGBV zu verstoßen.

Die Zufriedenheit unserer Patienten messen wir deshalb indem wir sie „mit den Füßen“ abstimmen lassen, ob sie mit der Art, wie wir sie behandeln zufrieden sind oder einen Kollegen aufsuchen.

Unsere Messzahlen sind die Fallzahl der Patienten, die wir mit der Quartalsabrechnung erhalten und die Anzahl der Privatpatienten pro Quartal. Diese Messzahl – die Fallzahl der Patienten – bereinigen wir um Vertretungs- und Notfallpatienten.

Jeder Praxisinhaber legt für sich selbst eine Zielgröße fest: Halten der Fallzahl, Steigen der Fallzahl oder Absenken der Fallzahl, und überwacht die Zielerreichung.

Bild 1 - Ablauf des Projekts

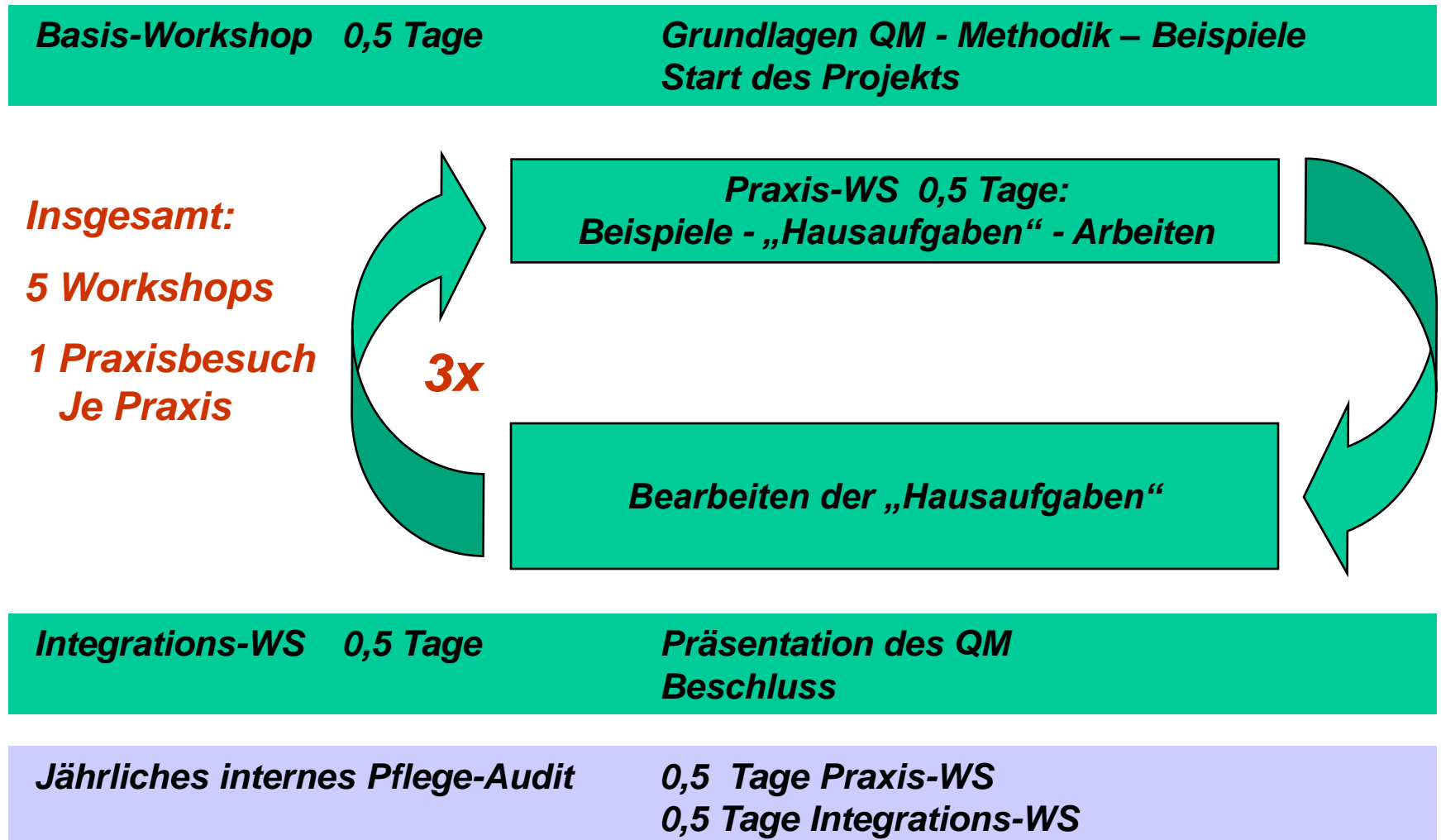
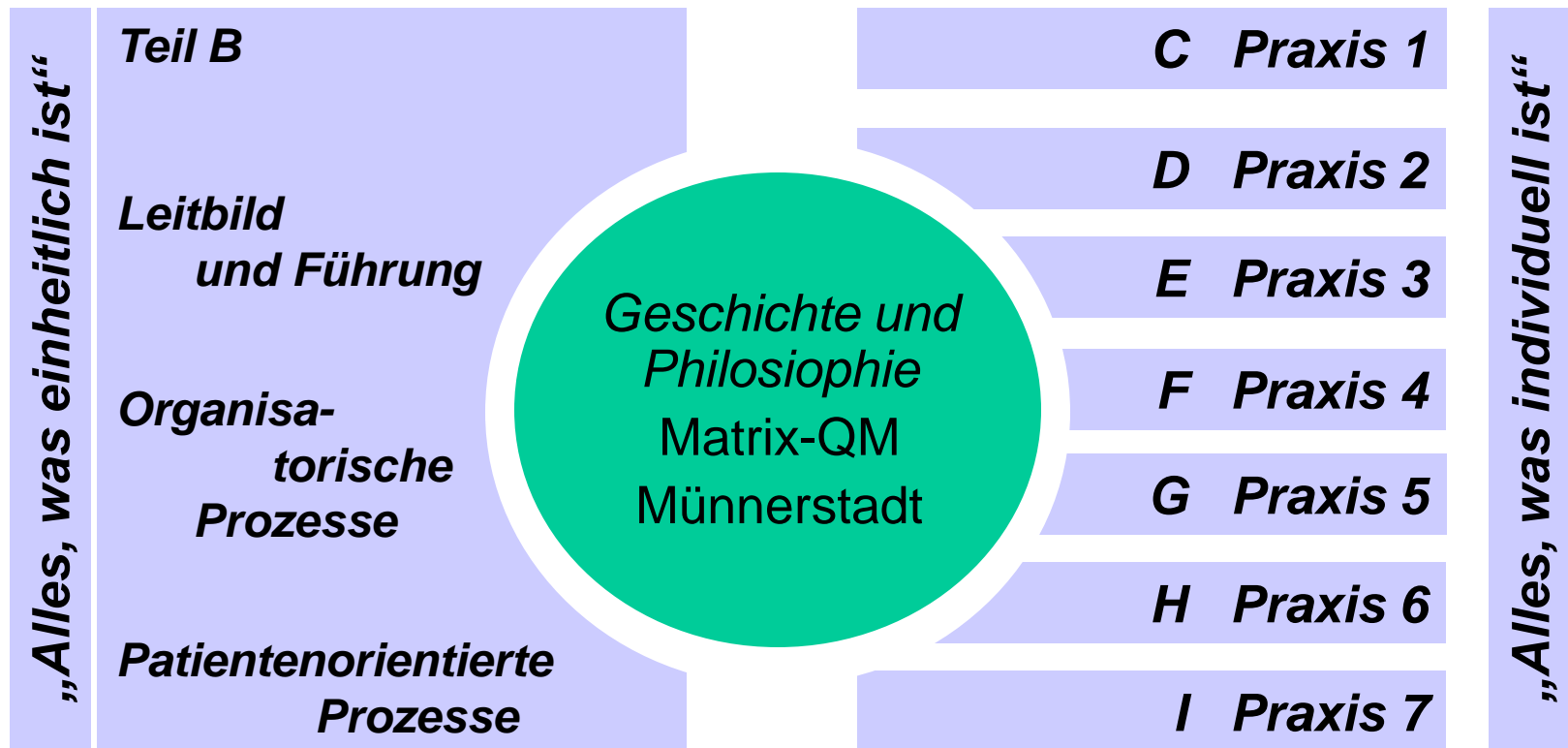


Bild 2 - Konzept des QMH



Teil A Konzept - Inhalt – Handhabung – Geschichte des Projekts
„Wie wir mit dem QMH arbeiten“

**→ Die Teile A und B gelten für alle,
die – individuellen – Teile nur für jeweils eine Praxis**