

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, Kopf- und Halschirurgie
Katholisches Marienkrankenhaus Hamburg, Akademisches Lehrkrankenhaus
Prof. Dr. med. Wolfgang Kehrl, Leitender Arzt

Retrospektive Analyse der Entwicklung und Einführung eines
praxisorientierten Qualitätsmanagements (PQ HNO) für niedergelassene
HNO-Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung
des §135a(2) des SGB V (Gesetz zur Modernisierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung)

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin /Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Bernward-Maria Heidland
aus Hildesheim

Hamburg 2012

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: *7. November 2012*

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Wolfgang Kehrl

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:

Prof. Dr. med. Thomas Grundmann

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:

Prof. Dr. med. Michael Jaehne

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Zielsetzung	5
2. Einleitung	
2.1. Begriffsbestimmungen.....	6
2.1.1. Qualität	7
2.1.2. Qualitätsmanagement	11
2.2. Historie des Qualitätsmanagement	17
2.3. Qualitätsmanagement unter Bezug auf die Etablierung in einer Fachgruppe.....	19
2.4. Quellenlage und Literaturübersicht	19
2.4.1. Modelle für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS)	19
2.4.1.1. DIN EN ISO 9001:2000	20
2.4.1.2. European Foundation for Quality Management (EFQM)	21
2.4.1.3. EPA	22
2.4.1.4. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)	22
2.4.1.5. Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)	22
2.5. Modell für ein fachspezifisches Qualitätsmanagement-System für eine HNO-Praxis ..	23
2.6. Rahmenbedingungen	23
2.6.1. Politische Vorgaben.....	23
2.6.2. Gesetzliche Vorgaben	24
2.6.3. Medizinische Vorgaben	26
2.6.4. Ökonomische Vorgaben	26
3. Material und Methode	
3.1. Entwicklung eines Qualitätsmanagements (QM) für eine fachspezifische Arztpraxis..	28
3.1.1. Anforderungen an eine Arztpraxis im Allgemeinen.....	28
3.1.2. Anforderungen an eine HNO-Praxis im Besonderen.....	28
3.1.3. Bildung einer Arbeitsgruppe	28
3.1.4. Aufgabenanalyse und -verteilung	29
3.1.5. Erstellung eines QM-Musterhandbuches für eine HNO-Praxis.....	32
3.1.6. Erstellung des Anhangs.....	34
3.1.6.1. Verfahrensanweisungen	34
3.1.6.2. Arbeitsanweisungen	35
3.1.6.3. Formblätter	37

3.2.	Planung und Struktur von Intensivseminaren für ein „praxisorientiertes Qualitäts-Management für HNO-Praxen“ (PQ HNO)	38
3.3.	Datenerhebung	33
3.3.1.	Teilnehmer an den PQ HNO - Intensivseminaren	43
3.3.2.	Vermarktung und Vertrieb der PQ HNO-Lizenzen.....	43
3.3.3.	Evaluationsbogen	43
3.3.4.	Nachleseprotokoll zum Intensivkurs	45
3.3.5.	Fragebogen	46
3.3.6.	Kennzahlen zur Zielgruppe.....	49
4.	Ergebnisse	52
4.1.	Auswertung der Evaluationsbögen	52
4.2.	Auswertung der Fragebögen	42
5.	Diskussion	67
6.	Ausblick	78
7.	Zusammenfassung	79
8.	Literaturverzeichnis	81
9.	Anhang	86
9.1.	Abkürzungsverzeichnis	86
9.2.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	87
9.3.	Web-Verzeichnis	88
10.	Anlagen	89
11.	Danksagung	95
12.	Lebenslauf	96
13.	Erklärung	97

Redaktioneller Hinweis: In allen Fällen, in denen eine geschlechtsspezifische Schreibweise gewählt wurde, sind immer Frauen und Männer gemeint.

1. Zielsetzung

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung und Einführung eines praxisorientierten Qualitätsmanagementsystems (QMS) für niedergelassene HNO-Ärzte/innen in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung des § 135a (Absatz 2) beschrieben und analysiert. Es wird die Erstellung eines QMS beschrieben. Dieses QMS besteht aus einem Musterhandbuch und dem dazugehörigen Anhang. Anschließend wird der Grad der Akzeptanz und der Einführung dieses kohärenten Systems in der Zielgruppe überprüft und bewertet.

Nach einem Literaturüberblick über die Definitionen der Begriffe Qualität und Qualitätsmanagement und einer Darstellung der medizinischen, gesetzlich politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, die für die niedergelassenen HNO-Ärzte/innen in der Bundesrepublik Deutschland von großer Bedeutung sind, ist die Analyse und Bewertung der folgenden Thesen vornehmtes Ziel dieser Arbeit:

- Das praxisorientierte Qualitätsmanagementsystems (PQ HNO) hat die Zielgruppe der in der Bundesrepublik Deutschland tätigen HNO-Ärzte/innen erreicht.
- Der eigene Erkenntnisgewinn, der Informationsgehalt und die klinische Relevanz von PQ HNO für die Teilnehmer an den PQ HNO-Intensivkursen ist unstrittig.
- Die durch Unkenntnis und Unsicherheit geprägte Einstellung der Betroffenen zum QM wird durch die PQ HNO-Intensivkurse positiv beeinflusst.
- PQ HNO ist als fachspezifisches QMS einfach und dadurch in der Praxis besser umsetzbar.
- Die klare Strukturierung durch das PQ HNO-Musterhandbuch erleichtert organisatorische Prozesse und hilft bei der Führung der Mitarbeiter.
- QM mit System hat keinen Einfluss auf die ärztliche Kunst, ist aber durchaus geeignet Freiräume zu schaffen.
- Patientenorientierte Praxisprozesse werden durch das QMS unterstützt, nicht verbessert.
- Der Erfolg eines QMS bemisst sich daran, wie häufig mit ihm in der Praxis wirklich gearbeitet wird.

2. Einleitung

Vom dem Schriftsteller und Hochschullehrer für Experimentalphysik, Georg Christoph Lichtenberg, der als Ordinarius Ende des 18. Jahrhunderts in Göttingen lehrte, ist folgendes Zitat überliefert: „Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird. Aber es muss anders werden, wenn es besser werden soll.“

Eine Änderung der Qualität von Abläufen und Organisationsstrukturen ist eine unbedingte und implizite Forderung eines jeden Qualitätsmanagements mit System.

Der Begriff Qualität ist zwar völlig neutral und wertfrei, wird allgemeinen im Sprachgebrauch fast immer wertend benutzt. Dabei wird Qualität subjektiv mit Güte gleichgesetzt. Im Ergebnis wird ein Produkt bzw. eine Dienstleistung in diesem Sinne mit dem Begriff Qualität belegt, sofern die Beschaffenheit des Produktes bzw. der Dienstleistung den Erwartungen entspricht.

Die in der Niederlassung tätigen HNO-Ärzte/-innen - zunächst im Raum Hamburg, im späteren Verlauf dann im gesamten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland - zu einer Änderung ihrer Praxisabläufe und damit zu einer Qualitätsänderung im Sinne einer Verbesserung anzuregen, war Aufgabe des Arbeitskreises Qualitätsmanagement (AKQM) unter Leitung des Autors. Die Vorgabe, dass eine stetige Verbesserung der Qualität der medizinischen bzw. ärztlichen HNO-Dienstleistung nur durch Schaffung von optimierten, strukturierten Praxisabläufen sichergestellt werden kann, war Leitmotiv dieser Arbeitsgruppe. Sie wurde im Januar 2005 im Rahmen einer Mitgliederversammlung des HNO-Qualitätsförderungsnetzes Hamburg e.V. gebildet und beauftragt. Das HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. (im weiteren Text als HNO-Netz Hamburg bezeichnet) ist eine gemeinnützige Organisation, deren Mitglieder im Raum Hamburg tätige HNO-Ärzte/innen sind.

Die Arbeitsgruppe entwickelte ein an die Bedürfnisse einer HNO-Praxis angepasstes Qualitätsmanagementsystem (QMS). Dieses „praxisorientiertes Qualitätsmanagement für HNO-Praxen“ (PQ HNO) als HNO-spezifisches Instrument zur Anwendung in HNO-Praxen sollte nicht nur die gesetzlichen Auflagen erfüllen sondern im Besonderen die Position der fachärztlichen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im niedergelassenen Bereich stärken und sichern helfen. Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, die Arbeitsverteilung und -erledigung waren die Garanten für den Erfolg dieses spezifischen QMS.

2.1. Begriffsbestimmung

2.1.1. Qualität

Der Begriff „Qualität“ kommt aus dem Lateinischen Vokabular. Nach dem Lateinischen Schulwörterbuch (Langenscheidt 2007) bedeutet „qualitas“ ursprünglich so viel wie Beschaffenheit, Eigenschaft. Im Fremdwörterbuch (Duden – Fremdwörterlexikon 2010) steht unter dem Begriff Qualität: Beschaffenheit, Güte, Wert. Die große Brockhaus-Enzyklopädie (Brockhausredaktion 1992) steht unter Qualität: Gesamtheit der charakteristischen Eigenschaften (einer Person oder Sache), Beschaffenheit, Güte. Je nach besonderem Zusammenhang - z.B. in der Philosophie, der Phonetik oder der Wirtschaft - werden mit dem Begriff Qualität eine besondere Eigenschaften bewertet.

Der Begriff „Qualität“ ist ein Paradigma; Paradigma bedeutet als Fremdwort: Beispiel, Muster; Erzählung, Geschichte mit beispielhaftem, modellhaftem Charakter; Denkmuster, das das wissenschaftliche Weltbild, die Weltsicht einer Zeit prägt (Duden – Fremdwörterlexikon 2010).

Qualität kann sich auf ein Produkt (dazu gehören auch Dienstleistungen), eine Eigenschaft und/oder einen Zustand beziehen. Die Tatsache, dass „Qualität“, obwohl der Begriff an sich keine Bewertung beinhaltet, im Alltag oft wertend gebraucht wird, führt dazu, dass Qualität etwa als Gegenstück zu Quantität verstanden wird (Quantität ist nicht gleich Qualität). „Quantität“ bezeichnet in Wahrheit lediglich die Menge von qualitativen Eigenschaften und drückt sich daher in Mengen- oder Messwerten aus. Die Redewendung bezieht sich jedoch darauf, dass in der Alltagssprache Qualität oft ein Synonym für Güte ist (Vogg 2008)

. Da dies ungenau ist, sollte besser von „guter“ oder „schlechter“ Qualität die Rede sein. Kauft ein Kunde ein Produkt oder nimmt er eine Dienstleistung in Anspruch und erfüllen diese ihre Zwecke für den Kunden, so haben sie im allgemeinen Sprachgebrauch eine „gute Qualität“. Für den größten Teil der Anwender/Kunden bleibt die Bewertung der qualitativen Eigenschaften eines Produktes/einer Dienstleistung ein subjektiver Vorgang. Ob die Anforderungen, die die betreffende Person an die Qualität eines Produktes/einer Dienstleistung stellt, erfüllt werden, begründet sich in der Kongruenz möglichst vieler Punkte im persönlichen virtuellen Raster. Bei dem Versuch eine einheitliche Nomenklatur zu schaffen, muss bedacht werden, dass jede methodische und definitorische Diskussion mit dem alltagsbezogenen Verständnis von Qualität interferiert (Schrappe 2010a). Die Definition von Qualität ist eine Frage des Standpunktes. Die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung „ist kaum jemals absolut, sondern immer nur relativ – in Bezug auf die konkreten Anforderungen zu definieren“ (Johannes und Wölker 2012).

Der NA 147 Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im Deutschen Institut für Normung (DIN) ist das zuständige deutsche Gremium für das Dokument DIN EN ISO 9000ff und 9001ff. Dieser Ausschuss nimmt die Normungsarbeiten (international, europäisch und national) in erster Linie für das Fachgebieten Qualitätsmanagement wahr: Erarbeitung von Normen des Qualitätsmanagements als Grundlage zur Erreichung des Ziels, dass Einheiten (materielle und immaterielle einschließlich der Dienstleistungen sowie Tätigkeiten und Prozesse, erwünschte wie auch unerwünschte) die an sie gestellten Forderungen erfüllen (Internet: <http://www.nqsz.din.de> [Stand: 26.6.2012]).

Die DIN EN ISO 9001:2000ff definiert Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“. Die Version von 2000 war wesentliche Grundlage der Erstellung des PQ HNO-Musterhandbuches. Die aktuelle Version von 2008 liegt seit Dezember vor und ersetzt die Vorgängerversion. Sie enthält im Vergleich zur Vorgängerversion unwesentliche Änderungen. Ziel war eine Ergänzung und Präzisierung der bestehenden Norm (Bayrisches Staatsministerium 2008).

Die Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Qualität existierte bereits in der Antike. „Schon in der griechischen Philosophie (Demokrit 460-371 v. Chr., Begründer der Abbildtheorie) wurde zwischen objektiver und subjektiver Qualität unterschieden. Objektive Qualität als Eigenschaften, die einem Objekt von Natur aus anhaften und eigen (inhärent) sind und subjektive Qualität als Eigenschaften, welche erst bei individueller Wahrnehmung und Einschätzung einem Objekt zugeordnet werden können“ (Nüllen und Noppeney 2007).

Folgt man dem Ansatz, dass Qualität vor allem subjektiv wahrgenommen wird, gibt es theoretisch so viele subjektive Bewertungen, wie es Anwender gibt. Eine solche Vorgehensweise eignet sich deshalb auch nur sehr begrenzt für die Bewertung eines Produktes und/oder einer Dienstleistung, die in großen Stückzahlen angeboten wird. Dieses subjektive, kundenbezogene Qualitätsverständnis lässt sich nur sehr schwer insbesondere durch Marktforschung erfassen.

Viele Autoren haben sich mit dem Paradigma Qualität beschäftigt und es finden sich zahlreiche Versuche, den Begriff Qualität zu definieren und/oder in Kategorien. Wegen der oben beschriebenen Subjektivität bei der Bewertung der Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung gibt vermutlich so viele Definitionen der Qualität wie es Autoren gibt, die sie definieren. Es besteht keine Einigung darüber, was Qualität ist oder sein sollte (Imai 1993).

Objektive Qualität wird mit Begriffen der Zweckeignung (Beschaffenheit, Eignung), Fehlerfreiheit, störungsfreier Funktion und Zuverlässigkeit verbunden unter dem Aspekt der technisch-produktbezogenen Leistungseffizienz, welche anhand der Einhaltung der entsprechenden Normforderungen, Spezifikationen und technischen Daten gemessen wird. Wissenschaftlich-technische Daten, wie beispielsweise die Keimdichte als Maß für die Sterilität eines Operationssaales, beschreiben die objektive Qualität dieses Prozesses.

Die subjektive Qualität, oftmals auch mit Güte gleichgesetzt, ist abhängig von der Wahrnehmung und den Erwartungen des Betrachters. Das Wahrnehmungsempfinden und die Qualitätsanforderungen und/oder Qualitätserwartungen der Betrachter können sich durchaus unterscheiden.

Philip B. Crosby entwickelte einen Ansatz, nach dem die Qualität eines Produktes/einer Dienstleistung über die Differenz des Istzustandes vom Sollzustand beurteilt wird (Crosby 1996). Anders ausgedrückt ist die Frage zu klären, ob das Produkt oder auch die Dienstleistung den zuvor festgelegten Anforderungen entspricht. Damit wurde die Subjektivität der Anwender vermindert, es konnten objektive Kontrollen eingeführt werden.

In der Vergangenheit haben sich im deutschen Sprachgebrauch viele, mehr oder weniger schwer verständliche Ausformulierungen für den Begriff Qualität ergeben. Diese wurden erforderlich, weil

Deutsche Industrie Normen (DIN) und später Europäische Normen (EN) bzw. deren Fusion eine Berechtigung für ihre Existenz finden mussten. Dabei kann festgestellt werden, dass die modernen Formulierungen eher allgemeiner als spezieller werden.

Ollenschläger verneint wegen der Komplexität des Gesundheitswesens die sinnvolle Möglichkeit der Beurteilung der Gesamtqualität einer Gesundheitsdienstleistung oder einer Einrichtung des Gesundheitswesens. Er schlägt eine Charakterisierung von Teilaspekten vor und spricht von „so genannten Teilqualitäten“. Teilqualitäten sind für Ollenschläger: Die Qualität der präventiven Intervention / Betreuung, die Serviceleistung einer Institution des Gesundheitswesens, das Image einer Institution des Gesundheitswesens, die Führung, die Zusammenarbeit und die Ausführungsplanung. Schlussfolgernd definiert er „gute Qualität“ als das Erreichen des erreichbaren Zieles, die Vermeidung unnötiger Risiken und unnötigen Aufwandes (Ollenschläger 2001).

Zur Beschreibung und Messung der medizinischen Qualität bedient sich Donabedian einer Hilfskonstruktion. Er unterteilt die Qualität in drei Kategorien (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und erläutert diese folgendermaßen (Donabedian 1966, 1980 und 1992):

- Die Strukturqualität umfasst die räumliche, technische und personelle Ausstattung der Organisation sowie die Ablauforganisation (z.B. Teilnahme an Schulungen, Qualitätszirkeln, Qualitätssicherungsmaßnahmen). Sie ist Voraussetzung für die Leistungserbringung der Organisation und wirkt unterstützend bei der Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen.
- Die Prozessqualität beschreibt die Leistungsdurchführung (diagnostisch und therapeutisch) innerhalb eines Behandlungspfades unter Berücksichtigung der individuellen Patientenmerkmale auf Basis von Gesetzen, Normen, Standards, Referenzbereichen, Richt- und Leitlinien.
- Die Ergebnisqualität beschreibt das Behandlungsergebnis. Das Ergebnis ist in kurz- und langfristig zu differenzieren.

Donabedian verkettet die Qualitätskomponenten (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), lässt diese aber einzeln für sich bestehen. Die Strukturqualität ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Prozessqualität und die Prozessqualität ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Ergebnisqualität. Jeder Komponente ordnet er jedoch das Ziel Behandlungserfolg zu mit den Qualitätsaspekten Erreichbarkeit, Organisation, Arzt-Patientenverhältnis und Kontinuität. Von Nachteil ist es dann, Probleme im Prozessablauf unabhängig vom und nicht im Hinblick auf die Ergebnisqualität zu diskutieren und zu bewerten. Die Verknüpfung von Prozess- und Ergebnisqualität ist ein wichtiger Bestandteil der Qualitätsmessung. Ohne eine Qualitätsmessung der Prozessqualität ist eine unmittelbare und valide Ergebnisqualitätsmessung kaum möglich. Fehlen messbare Kriterien für die Ergebnisqualität kann die Prozessqualität nicht endgültig bewertet werden, eine Qualitätsbestätigung ist nicht möglich. Zwar ist eine streng wissenschaftliche Gesetzmäßigkeit zwischen diesen drei Faktoren nicht belegbar, doch sind Zusammenhänge erkennbar. Diese sind durchaus als Grundlage für praxistaugliche Qualitätssicherungssysteme geeignet (Oberender und Daumann 2007). Wölker ergänzt diese klassische Einteilung um einen weiteren Faktor, die Erlebnisqualität. Gemeint ist das Erleben der persönlichen Kompetenz des Praxisteam, deren auch Erreichbarkeit, Engagement und die Abwicklung von Patientenwünschen (Wölker 2007).

Jaster führt qualitätsrelevante Kennzahlen (z.B. Qualität der Dokumentation, Risikoscore für mögliche Komplikationen, Überprüfung der Indikationsstellung und Wartezeiten) an, welche zur Qualitätsbeurteilung und Messung herangezogen werden können (Jaster 1997a).

Die subjektive Qualität ist eine summarische Größe und kann nur indirekt über Qualitätsparameter gemessen werden, welche beispielsweise über eine Kundenbefragung erhoben werden können (Wüthrich-Schneider 2000).

Der Versuch einer Operationalisierung des Begriffs Qualität findet sich bei Fleßa. Er unterscheidet zwischen einem produktorientierten, kundenorientierten, herstellerorientierten und einem wertorientierten Qualitätsansatz (Fleßa 2007). Nüllen und Noppeney ergänzen einen weiteren - den transzendenten Qualitätsansatz – (Nüllen und Noppeney 2007). Dieser transzendente Ansatz geht von einer absoluten, zeitlosen Qualität aus, die erfahrbar, wohl aber nicht quantifizierbar ist (Eichhorn 1997).

- Der produktorientierte Ansatz beschreibt die Ergebnisqualität, bei der alle vorher festgelegten Produkthanforderungen und Annahmekriterien erfüllt sind.
- Der kundenorientierte Ansatz stellt die Kundenforderungen in den Mittelpunkt. Die Erfüllung der Kundenforderung ist das Maß für die erreichte Qualität. Der Kunde entscheidet über den Erfüllungsgrad, welcher eng zusammenhängt mit Kundenzufriedenheit und Lebensqualität.
- Der herstellerorientierte Ansatz beschreibt die Prozessqualität, bei der alle geforderten Standards eingehalten und die vorher definierten Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Die Qualitätsanforderungen wurden vor der Festlegung einer Machbarkeitsprüfung unterzogen. Der wertorientierte Ansatz betrachtet die Qualität unter dem Aspekt des PreisLeistungsverhältnisses. Die Leistung eines Qualitäts-Produktes wird in das Verhältnis zu seinem Preis gesetzt.
- Der transzendente Ansatz sieht in der Qualität eine nicht definierte, absolute und universelle Größe, erkennbar nur durch Erfahrung. Dieser Ansatz ist nicht zielführend, da er eine detaillierte Beurteilung und Verbesserung der erreichten Qualität nicht ermöglicht.

Abweichungen von den Qualitätsanforderungen und/oder Qualitätserwartungen sind Fehler und führen zu fehlerhaften Abläufen von Prozessen. Dies können minimale Abweichungen sein, die das Ergebnis nicht verändern. Es können schwerwiegende Fehler sein, die das Erreichen des Ergebnisses verhindern. Sollte das angestrebte Ergebnis nicht erreicht werden, hat das Konsequenzen. Diese Konsequenzen sind möglicherweise das Ausbleiben von wirtschaftlichem Erfolg und/oder Haftung für Schäden, die der Unternehmer und/oder der Kunde erleiden.

Ein Fehler- und Risikomanagement ist das eigentliche Wesen eines Qualitätsmanagements, das Streben nach immer weniger Fehlern zur Steigerung der Effizienz von Prozessen und Arbeitsabläufen. Eine Nullfehlerstrategie ist erstrebenswert und minimiert das Risiko entsprechend. Das rechtzeitige Erkennen von Fehlermöglichkeiten und die Entstehung von Beinahefehlern ebenso wie die Nachbearbeitung von gemachten Fehlern ist Voraussetzung, Abläufe zu verbessern. Zur besseren Handhabbarkeit schlagen Nüllen und Noppeney (2007) vor, Fehler zu kategorisieren. Sie unterscheiden Bagatellfehler, personengebundene Fehler, systematischer Fehler, QMS-bezogene Fehler, externe Fehler und technische Fehler (Nüllen und Noppeney 2007). Schrappe et al. (2007) verwenden andere Begrifflichkeiten, sie unterscheiden zwischen unerwünschten Ereignissen (UE) und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen (VUE). Dabei definieren sie ein UE als „Behandlungsergeb-

nis, das Folge der medizinischen Behandlung und nicht dem zugrunde liegendem Gesundheitszustand geschuldet ist. Ein VUE ist ein unerwünschtes Ereignis, das auf einen Fehler zurückgeht (Schrappe 2010b) Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn zusätzlich mangelnde Sorgfalt nachgewiesen werden kann.“ Hoffmann und Rohde (2010) ergänzen in einer Tabelle weitere Begriffe und ihre Definitionen: „Ein kritisches Ereignis ist ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ergebnis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht. Ein Fehler ist eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition irrelevant. Ein Beinaheschaden ist ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.“ Qualitäts- und Fehlermanagement sind demnach wesentlich um Abläufe und Strukturen zu verbessern.

Unerwünschte Ereignisse und Fehler erfordern immer einen Blick auf das System. Die Perspektive ist von größter Bedeutung. Es ist eine Frage der Definition, ob ein Fehler vorliegt. Geschieht ein Fehler, ging diesem oft eine Kaskade unerwünschter Vorfälle und/oder Ereignisse voraus. Man wäre zudem schlecht beraten, würde man sich - frei nach dem Motto “den Letzten beißen die Hunde“ - nur auf den letzten und/oder den sichtbaren, benennbaren Fehler am Ende einer Kette konzentrieren (Girts 2010).

2.1.2. Qualitätsmanagement

Auf der Suche nach einer Definition für „Qualitätsmanagement“ findet die Internetsuchmaschine Google nach weniger als 1 Sekunde Suchzeit mehr als 2.350.000 Einträge auf der Suche nach dem Begriff „Qualitätssicherung“ sogar mehr als 15.200.000 Einträge (<http://google.de> [Stand: 26.06.2012]).

Darunter folgender Eintrag der Internetplattform Wikipedia: „Bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen in Organisationen soll Qualitätsmanagement sicherstellen, dass Qualitätsbelange den zugewiesenen Platz einnehmen. Qualität bezieht sich dabei sowohl auf die vermarkteten Produkte und Dienstleistungen, als auch auf die internen Prozesse der Organisation und ist definiert als das Maß, in dem das betrachtete Produkt oder der betrachtete Prozess den Anforderungen genügt. Diese Anforderungen können explizit definiert sein, sie können aber auch implizit vorausgesetzt werden (Erwartungen). Qualität ist das Ausmaß an Übereinstimmung von Anforderungen (explizit formuliert) und Erwartungen (nicht explizit formuliert) mit einem Produkt oder einer Dienstleistung. Im Laufe der Zeit werden dann die Anforderungen zu Erwartungen. Qualitätsmanagement führt somit nicht zwangsläufig zu einem höherwertigen Ergebnis, sondern steuert nur die Erreichung der vorgegebenen Qualität. Auch etwa der Herstellungsprozess eines Billigprodukts kann somit durchaus einem vollständigen Qualitätsmanagement unterliegen. Auch Qualitätszertifizierungen etwa nach ISO sagen somit nichts über die Produktqualität aus, wie teilweise durch Werbung suggeriert, sondern nur über das Qualitätsmanagement im Herstellungsprozess.“ (Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Qualitätssicherung> [Stand: 20.11.2011]).

Um Qualität nachzuweisen, ist die Schaffung von Transparenz und die Messung von Qualität unabdingbare Voraussetzung. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass es ohne Qualitätsmanagement keine nachweisbare Qualität gibt (Nüllen und Noppene 2007).

Auf die Frage: „Was ist Qualitätsmanagement?“ im Anschluss einige mögliche Antworten:

- Instrument zur Verbesserung der Effizienz auf dem Weg zu einem guten Produkt.

- Instrument zur Freilegung von ungenutzten Reserven auf dem Weg zur günstigeren Herstellung beziehungsweise günstigeren Dienstleistung.
- Ein systematischer Weg, Zufälle und Risiken zu eliminieren, Fehler und Probleme zu vermeiden, um somit eine Zeit- und Kostenersparnis und bessere Patientenversorgung zu erreichen. Dies führt zu einer effektiven und wirtschaftlichen Praxisführung.

So schwer die Definition, die Messung und damit Nachweisbarkeit von Qualität ist, so schwer und beschwerlich ist der Weg dorthin. Nach Jaster (1997a) ist unter dem Begriff Qualitätsmanagement derjenige Aspekt der Gesamtführungsaufgabe zu verstehen, welcher die Qualitätspolitik, die Aufrechterhaltung des jeweiligen Leistungsstandards und die Sicherung der Ergebnisse festlegt und verwirklicht; also die Koordination aller Teilbereiche der Qualitätserbringung.

Flexibilität, Prozessoptimierung, Mitarbeiterbeteiligung, Patientenorientierung, Transparenz und Information gehören zu den wichtigsten Komponenten des Qualitätsmanagementsystems in Klinik und Arztpraxis (Nüllen und Noppeney 2007, Frodl 2004, Bleses 2005, Gerlach FM 2001)).

Eine von den Beteiligten angestrebte Qualität kann stetig verbessert werden. Das Messen bzw. Ermessen der medizinischen Ergebnisqualität ist ohne subjektive Bewertung aller Beteiligten kaum ausreichend möglich. Objektive Messungen der Funktionalität sind sicher in den meisten Fällen möglich, reichen aber nicht aus. Das subjektive Empfinden und/oder die subjektive Einschätzung, gute Arbeit geleistet, und das subjektive Empfinden und/oder die subjektive Einschätzung, gute Arbeit erhalten zu haben, sind nach wie vor oftmals der erste Maßstab für hochwertige Qualität

Nach Meinung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ist auch nach international gefestigter Nomenklatur Qualität keine feststehende Größe. Qualität ist vielmehr das Ergebnis von Abstimmungsprozeduren zwischen Kunde und Lieferant, Dienstleister und Empfänger der Leistung. Aus medizinischer Sicht muss demnach der Nutzen für den Patienten der Ausgangspunkt für Qualitätssicherungsmaßnahmen sein. Qualitätsmanagement ist die Gesamtheit aller Maßnahmen in einer Arztpraxis, die systematisch die Lücke zwischen dem aktuellen Leistungsstand und den angestrebten Zielen verkleinern helfen (Johannes und Wölker 2012). In einer Arztpraxis beurteilen unterschiedliche Personen und Einrichtungen die Qualität der ärztlichen Dienstleistung. Sie messen Ergebnisse an den Erwartungen und eigenen Zielvorgaben. Dabei sind sowohl die beurteilenden Personen als auch die Erwartungen und Zielvorgaben ausgesprochen verschieden. Zu berücksichtigen ist ferner die Tatsache, dass eine Arztpraxis als Dienstleistungsunternehmen wirtschaftlich sein muss. Schurr et al. (2008) betrachten den Zusammenhang zwischen Qualität und Kosten. hier findet sich die Annahme, dass die Kosten sinken, stellt man die Qualität in den Vordergrund, dass im anderen Fall die Qualität sinkt, stellt man die Kosten in den Vordergrund.

Im Folgenden möchte ich auf entscheidende, den Prozess beeinflussende und/oder am Prozess beteiligte Institutionen/Einrichtungen/Personen eingehen:

- Gesundheitsministerium / Gesetzgeber
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV/PKV)

- Kassenärztliche Vereinigung
- Patient
- Arzt/Ärztin
- Mitarbeiter der Arztpraxis

Gesundheitsministerium / Gesetzgeber

Am 1. Januar 2004 trat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung oder kurz Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in Kraft. Diese Reform des Gesundheitswesens sollte vor allem die Kosten reduzieren. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems wurde hier gleichzeitig gesetzliche Pflicht. Erstmals hatte die Politik ein Instrument geschaffen, das die Kontrolle von Strukturen und Abläufen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Die zusätzliche Androhung von Sanktionen in Form von Honorarkürzungen, bei fehlender und/oder fehlerhafter Umsetzung der gesetzlichen Forderungen, sollte zu der politisch angestrebten Kostenreduktion führen. Damit versuchte die Exekutive das Verhalten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen erheblich zu beeinflussen.

Gesetzliche und Private Krankenversicherung (GKV und PKV)

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und ihren Versicherten verpflichtet. Sie ist Teil eines Solidarsystems. In der Bundesrepublik Deutschland sind 90% der Einwohner in der gesetzlichen Krankenversicherung. Anders als bei den privaten Versicherern zahlen die Versicherten ihre Beiträge in der GKV einkommensabhängig. Die Beiträge werden in der Regel paritätisch vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber geleistet. Gesetzliche Grundlage ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Die Versicherten erhalten Versicherungsleistungen in Form von Sachleistungen.

Die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung erwarten qualitativ hochwertige Diagnostik- und möglichst optimale Behandlungsleistungen für ihre Versicherten zum möglichst günstigsten Preis. Qualitätsmanagement steht hier synonym für ein Instrument der Kostenreduktion, d.h. mehr Leistung der Leistungserbringer für weniger Geld. Durch politische Vorgaben und die Budgetierung der Honorare ist der Versicherungscharakter der GKV praktisch nicht mehr zu erkennen. Die Schere zwischen medizinischen Fortschritt und bereitgestellten Mitteln öffnet sich beständig weiter. Darüber hinaus sind Vertragsärzte gemäß § 12 des SGB V ausdrücklich zur Wirtschaftlichkeit im Sinne der GKV verpflichtet.

Im Gegensatz hierzu ist der Versicherungscharakter in den privaten Krankenversicherungen deutlich erkennbar. Die PKV ist in der Lage, ihre Einnahmen an das Risiko der Versicherten anzupassen. Die Versicherungsprämien werden auf der Grundlage des individuellen Risikos des Versicherten zu Beginn der vertraglichen Bindung kalkuliert und laufend an die Kosten des Gesamtsystems angepasst. Bislang existieren keine sanktionierenden Kontrollmechanismen in diesem System. Die gültigen Qualitätsanforderungen sind in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) definiert. Sie beziehen sich auf die Berufsordnung der jeweils zuständigen Ärztekammer. Für die Ärzte und Ärztinnen im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Hamburg gilt hier §5 der Berufsordnung in der Fassung vom

20. 02. 2006 (in Kraft getreten am 11.05.2012): „Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammern eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen“.

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Selbstverwaltungsorganisationen der in eigener Praxis niedergelassenen Ärzte/innen, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren (MVZ). In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 17 Kassenärztliche Vereinigungen. Ihre Rechtssubjektivität verdanken sie nicht der Privatautonomie, sondern einem Hoheitsakt; damit ist Ihre Verfassung öffentliches Recht. Vertragsärzte/innen sind Vertragspartner der jeweils für sie zuständigen KV; die KVen sind Vertragspartner der Krankenkassen und damit zuständig für 90% der Einwohner Deutschlands. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte auf Bundesebene. Die KBV entstand in ihrer heutigen Form 1955 in Folge des Gesetzes über das Kassenartzrecht (GKAR). Die Arbeitsgemeinschaft der KV-Landesstellen (seit 1953 unter dem Namen Kassenärztliche Bundesvereinigung) - also ärztliche Vertreter - hatte seinerzeit für eine geeignet erscheinende Fassung eines Gesetzentwurfes zum Kassenartzrecht gesorgt (Gerst 2005). Per Gesetz erhielten die KVen den Sicherstellungsauftrag bei der ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Die Ärzteschaft hatte durch das GKAR entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der ambulanten Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung oder kurz Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 wurde der Ärzteschaft dieses Beteiligungsrecht abgesprochen. Gesetzesänderungen sind seitdem durch die KVen umzusetzen. Dieses gilt explizit ebenso für die Einführung eines Qualitätsmanagements in den Praxen, das im § 135a des Sozialgesetzbuches V (SGB V) vorgeschrieben ist. In der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/innen, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“ vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006 ist die Umsetzung geregelt. Die KV ist nunmehr ausführendes Organ ohne Ermessensspielraum.

Patient

Die Beurteilung der Qualität durch den Patienten ist in erster Linie subjektiv und hängt ab vom Kenntnisstand des Betroffenen. Patienteninformation ist eine Schlüsselgröße geworden (Wüstenbecker 2007), diesem relevanten Informationsbedarf tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen Rechnung. Unter dem Stichwort „Patientenorientierung“ werden in den einzelnen KVen verschiedene Möglichkeiten wie Bürgertelefone, Onlinearztsuchsysteme, Beratungsstellen und Ähnliches angeboten. Inwieweit die Erwartungen erfüllt werden, kann annäherungsweise durch Patientenbefragungen ermittelt werden. Auftreten, Freundlichkeit und Service (z.B. Wartezeit, Erreichbarkeit) sind erhebliche Faktoren, die bei der Einschätzung der ärztlichen Kompetenz durch Patienten eine große Rolle spielen (Thill 2008). Für die eigentliche Gesundheit allerdings Wertigkeit besitzen sie nur eine fragliche Bedeutung. Ob die medizinische Qualität der erbrachten Leistungen ausreichend, zweckmäßig,

wirtschaftlich und notwendig ist – wie im § 12 des SGB V geregelt -, können betroffene Patienten in der Regel nicht beurteilen. Sie beurteilen neben der wahrgenommen Prozessqualität vor allem das Ergebnis, d.h. Wohlgefühl, Schmerzfreiheit und Funktionalität erkrankter Organe.

Arzt/Ärztin

Der Arzt orientiert sich bei der Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistung an medizinischen Standards, an Leitlinien und an den Vorgaben der wissenschaftlichen Gesellschaften und Verbände. Er hat in seinem Studium und in der ärztlichen Weiterbildung ein entsprechendes Wissen vermittelt bekommen. In Prüfungen zum Staatsexamen und im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung wurde dieses Wissen überprüft und nachgewiesen. In ärztlichen Fortbildungen wird dieses Wissen ständig aktualisiert.

Auf das sechsjährige Studium der Humanmedizin folgt in der Regel eine klinische und praktische Weiterbildung. Die Weiterbildung zu einem Facharzt erfolgt nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung. Verantwortlich für den Inhalt und die Form der Weiterbildung ist die Bundesärztekammer. Die Weiterbildung erfolgt durch weiterbildungsberechtigte Ärzte in einer Klinik und/oder einer Praxis und endet mit der Facharztprüfung durch die zuständige Ärztekammer.

Mit in Kraft treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 wurden der Ärzteschaft in verschiedenen Bereichen neue Pflichten auferlegt. Ein sehr gewichtiger Punkt ist die im §95d SGB V neu geregelte Pflicht zur fachlichen Fortbildung, die neben der Fortbildungsordnung der Ärztekammern seit dem 1. Januar 2004 verbindlich ist. Die Landesärztekammer Hamburg schreibt zu diesem Thema auf ihrer Internetseite: „Die Bundesärztekammer hatte rasch auf die neue Gesetzgebung reagiert und unter Mitwirkung der Landesärztekammern eine (Muster-) Fortbildungssatzung erarbeitet, die auf dem 107. Deutschen Ärztetag im Mai 2004 in Bremen mit breiter Mehrheit verabschiedet wurde. Die Hamburger Kammerversammlung hat die daraufhin notwendig gewordene Novellierung der Fortbildungsordnung für Hamburger Ärztinnen und Ärzte (FBO) am 23. Juni 2004 beschlossen. Die neue FBO ist im Juli von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit genehmigt worden und konnte rückwirkend zum 1. Juli 2004 in Kraft treten.“

Bereits vor Einführung des GMG war der Vertragsarzt zur fachlichen Fortbildung verpflichtet und musste dies auf Nachfrage ggf. seiner Ärztekammer nachweisen. Im §4 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen steht hierzu: „(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. (2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat nachweisen.“ Seit dem 1. Januar 2004 besteht gemäß § 95 SGB V eine diese Nachweispflicht auch gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Der Stand der Wissenschaft und der Anspruch auf eine sich an diesem Stand orientierende bestmögliche Behandlung der Patienten haben für Vertragsärzte Grenzen. Die medizinischen Entscheidungen des in der Niederlassung tätigen Arztes unterliegen immer auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 des SGB V. Dieser Paragraph regelt, dass die erbrachten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder

unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht erbringen und die Krankenkassen nicht bewilligen. Die Qualität der medizinischen und/oder ärztlichen Leistung strebt eine optimale Versorgung an; also „Qualität als Maßstab für die Bewertung von Leistungen, die auf eine optimale medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erfolgt und letztendlich auch auf die langfristige Zufriedenheit der Patienten zielt“ (Frank 2005). Während das SGB V lediglich eine „ausreichende“ Versorgung fordert, ist nach Frank mit Hilfe eines QM-Systems bereits eine „optimale“ Versorgung durch die ausführenden Ärzte angestrebt, dies macht auch die bestehende Diskrepanz zwischen dem gesetzlich vorgeschriebenen und dem aktuell in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion geforderten Umfang der Versorgung deutlich (Frank 2005).

Zusätzlich umfasst der Terminus Qualität auch das, was der Patient an persönlichen Erwartungen an eine Arztpraxis stellt. Je höher diese Übereinstimmung von Patientenerwartung und gemachter Erfahrung ist, umso höher wird die Qualität der Dienstleistung bewertet.

Ein großes Problem, fast ein Dilemma besteht darin, die Qualität der ärztlichen Behandlung objektiv zu messen. Das mag in vielen Fällen gelingen, ist aber gerade unter Berücksichtigung der sehr großen Menge an physischen und psychischen Erkrankungsmöglichkeiten und chronischen Beeinträchtigungen und deren noch größeren Anzahl an Kombinationen nicht möglich. Die Bewertung der Behandlung durch den Betroffenen (Patienten) wird immer subjektiv gefärbt sein. An dieser Stelle spielen sowohl die besondere Arzt – Patient -Beziehung als auch die persönliche Lebenssituation des Patienten eine entscheidende Rolle. Da diese zahlreichen Parameter gegenwärtig nicht konsequent erfasst und bewertet werden können, wird der Weg zur "Patientenzufriedenheit" dadurch erfasst, dass alle Vorbereitungen für den Kontakt und der eigentliche Kontakt bewertet werden. Alle am Prozess Beteiligten stellen sich vor, dass dann zumindest alle ärztlicherseits beeinflussbaren Variablen in einem günstigen Kontext stehen.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Gesichtspunkt besteht in der objektiven und subjektiven Risikobereitschaft des Arztes. Das Abwägen von Nutzen und Risiko hängt wesentlich davon ab, ob eine Tätigkeit (hier eine ärztliche Leistung) fremd- und/oder selbst bestimmt ist. Im täglichen Leben sind Menschen bei selbst bestimmten Tätigkeiten bereit, höhere Risiken einzugehen als bei fremdbestimmten Tätigkeiten. Ein Autofahrer - mit der Möglichkeit auf unerwartete Situationen im Straßenverkehr zu reagieren – schätzt Risiken geringer ein als der Beifahrer, der diese Möglichkeit nicht hat. Dieses Beispiel für unterschiedliche Risikobereitschaft ist durchaus auf andere Situationen und auf medizinische Tätigkeiten übertragbar.

Mitarbeiter der Arztpraxis

Mitarbeiter in einer Praxis sind zumeist ausgebildete Fachkräfte und/oder in der Ausbildung, selten Praktikanten und/oder angelesene Mitarbeiter. Die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten / zur Medizinischen Fachangestellten sieht ausdrücklich Lernziele zum Qualitätsmanagement vor. Im § 4 dieser Verordnung (Ausbildungsberufsbild) steht im Abs. 5.2 explizit der Begriff Qualitätsmanagement. Es sind im Rahmen der Ausbildung Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten durch die Berufsschule und die ausbildende Praxis zu vermitteln. Im Ausbildungs-

rahmenplan gemäß Anlage 1 der Verordnung ist der Abs. 5.2. zum Qualitätsmanagement weiter aufgeteilt:

- a) Bedeutung des Qualitätsmanagements für den Ausbildungsbetrieb an Beispielen erklären
- b) Maßnahmen zur Qualitätssicherung im eigenen Verantwortungsbereich planen, durchführen, kontrollieren, dokumentieren und bewerten
- c) Patientenzufriedenheit ermitteln und fördern
- d) bei Umsetzung von Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Betriebs- und Behandlungsorganisation mitwirken und dabei eigene Vorschläge einbringen; Verhältnis von Kosten-Nutzen beachten
- e) zur Sicherung des betriebsinternen Informationsflusses beitragen

In Kenntnis ihres Wissens und ihres Ausbildungsstandes bewerten die Praxismitarbeiter die Praxisabläufe nunmehr weniger subjektiv.

2.2. Historie des Qualitätsmanagements (QM)

Bereits um 1900 wurde Qualitätsmanagement von Henry Ford und Frederick Winslow Taylor in Form einer Qualitätskontrolle am Ende des Produktionsprozesses eingeführt. Diese Kontrolle am Ende beschränkte sich zunächst auf das Aussortieren fehlerhafter Produkte.

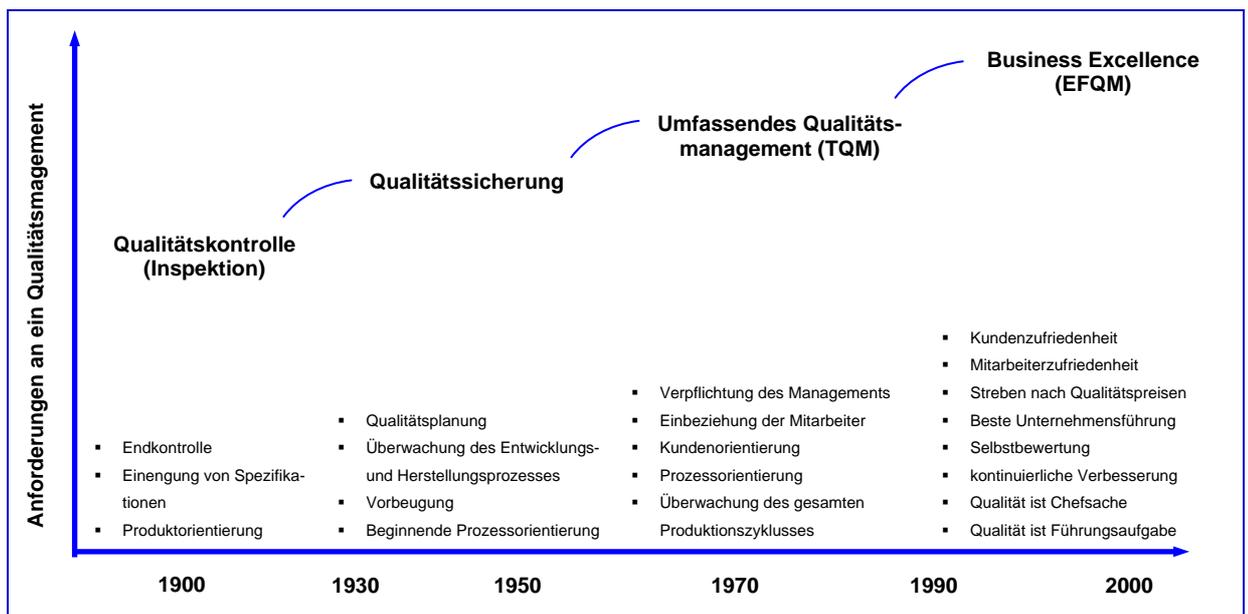


Abb. 1: Anforderungen an das QM in den Jahren ab 1900 (eigene Darstellung nach Zoldonz 2011)

Im Vordergrund bei dieser Art des Qualitätsmanagements stand ausschließlich die Produktqualität. Das Produkt musste in der damaligen Zeit fehlerfrei und wenn möglich lange haltbar sein. Die Märkte waren überwiegend Verkäufermärkte, d.h. die Nachfrage war größer als das Angebot und der Käufer daher nicht in der Lage sich mit der Qualitätsfrage allzu kritisch auseinanderzusetzen (Jaster 1997a). Die Globalisierung und die zunehmende Massenfertigung in Europa führten zu einem ausreichenden Angebot an Waren. Damit entwickelte sich der Markt zum Käufer- und Kundenmarkt. Der Kunde entwickelte dadurch ein ständig erweitertes Qualitätsbewusstsein und die Industrie entdeckte die Qualität als ein hervorragendes Instrument, sich von der Konkurrenz abzuheben. Die

Integration des neuen Qualitätsbewusstseins in die Unternehmensphilosophie zeigte sich als unabdingbar, um die Qualitätsansprüche der Kunden erfüllen zu können (Jaster 1997b). Kundenwünsche und Kundenerwartungen sind für die Entwicklung eines guten Produktes, einer guten Dienstleistung und / oder einer medizinischen Dienstleistung die Grundlage (Thill 2008, Wüstenbecker 2007).

Die ständigen technologischen Fortschritte im Bereich der Datenverarbeitung und Messtechnik, sowie der Einsatz der produktionsbegleitenden statistischen Prozessregelung halfen, die Produktqualität stetig und nachhaltig zu steigern.

Qualität wurde nicht länger nur nach außen gerichtet betrachtet, sondern auch bei der unternehmensinternen Umsetzung bestimmter Prozesse berücksichtigt. Vornehmes Ziel des Qualitätsmanagements wurde die Herstellung von Kundenzufriedenheit. Daher muss die oberste Leitung eines Betriebes, einer Arztpraxis sicherstellen, dass Kundenanforderungen ermittelt und in der Folge mit dem Ziel der Kundenzufriedenheit erfüllt werden (Nüllen und Noppeney 2007).

Durch die Vereinheitlichung zunächst materieller, später auch immaterieller Gegenstände und Dienstleistungen wurde die Qualität von Produkten und/oder Dienstleistungen durch das Deutsche Institut für Normung (DIN) - ein eingetragener Verein - in Deutschland befördert. Eine DIN - Studie aus dem Jahr 2000 beziffert den Beitrag der Normen an der Wachstumsrate des Bruttosozialproduktes in Deutschland auf 0,9% (DIN 2000). In Deutschland veröffentlichte im März 1918 das Deutsche Institut für Normung die erste DIN-Norm: „DIN 1 - Kegelstifte“. 1927 erschien die 3000. Norm, das Normenwerk umfasste im Jahr 1948 insgesamt 8200 Normen, im Jahr 2004 bereits 28.900 gültige DIN-Normen. Es gibt DIN-Normen zu vielen Themengebieten, unter anderem Maschinenbau, Bauwesen, Luft- und Raumfahrt, Informationstechnik, Umweltschutz, Feinmechanik, Optik und Dienstleistungen.

Das Normenwerk ist ständig in Bewegung, pro Jahr erscheinen über 2.000 DIN-Normen neu. Spätestens alle fünf Jahre wird bei jeder Norm turnusmäßig überprüft, ob sie noch gebraucht wird und ob sie dem aktuellen Stand der Technik entspricht. Die Norm bleibt dann entweder unverändert, wird zurückgezogen oder überarbeitet. Das Deutsche Normenwerk besteht im Jahr 2010 aus über 32.000 Dokumenten. Die im deutschen Sprachraum wohl bekannteste DIN Norm ist die für Papierformate, z.B. DIN A4 (Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/DIN-Norm> [Stand: 21. 12. 2011]).

In zunehmendem Maße setzt sich das DIN-Normenwerk aus nationalen Übernahmen internationaler und europäischer Normen zusammen. Der Anteil der rein nationalen Normen nimmt dagegen ab. Heute gibt es nur noch knapp 15 Prozent rein Deutsche Normen (Weber 2008).

DIN-Normen können nationale Normen, Europäische Normen oder internationale Normen sein. Welchen Ursprung und damit welchen Wirkungsbereich eine DIN-Norm hat, ist aus deren Bezeichnung zu ersehen.

Jedes Normdokument verfügt über eine DIN-Nummer. Diese wird im Nummernfeld wiedergegeben, das sich auf der Titelseite rechts oben befindet. Die DIN-Nummer setzt sich aus dem Kurzzeichen und der Zählnummer zusammen. Seit 2004 ist das Nummernfeld oben mittig angeordnet (ehemals

Titelfeld), im Feld rechts steht nur noch das „DIN-Zeichen. Der Titel steht seit 2004 mittig auf der Titelseite der Norm.

Wenn nicht eine Europäische oder internationale Norm übernommen wird, steht als Kurzzeichen nur das Verbandszeichen der DIN. Auf das Verbandszeichen folgt eine höchstens sechsstellige Zahl. Diese Zählnummer hat keine klassifizierende Bedeutung.

Der Wandel von der industriellen Produktionsgesellschaft zur Dienstleistungsgesellschaft hat u. a. zur Folge, dass Dienstleistungen als Produkte standardisiert werden. Eine sehr bekannte und erfolgreiche Internationale Norm ist die DIN EN ISO 9001 zum Qualitätsmanagement; sie ist im vorletzten Jahr 20 Jahre alt geworden. Die letzte Revision erfolgte im Jahr 2008, daher jetzt DIN EN ISO 9001:2008.

Die korrekte Bezeichnung der Normenreihe lautet DIN EN ISO 9000:2000 ff (hier steht DIN für Deutsches Institut für Normung, EN für Europäische Norm und ISO für International Organisation for Standardization).

2.3. Qualitätsmanagement unter Bezug auf die Etablierung in einer Fachgruppe.

Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg über das Leistungsspektrum niedergelassener HNO-Vertragsärzte, die nicht operativ tätig sind, zeigen, dass über 90% der erbrachten Leistungen gleich sind (Interview mit Frau Leinroth, KV Hamburg [Telefonat geführt am 21.12.2011]).

Daher scheint die Erstellung eines QM-Musterhandbuches für eine typische HNO-Praxis nicht nur gut möglich, es ist in der Folge auch eine große Akzeptanz in der Zielgruppe zu erwarten, wenn es zeit- und kostengünstig individualisiert werden kann. Um erfolgreich zu sein muss ein QM-System Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal eines QMS ist unverzichtbar, gelebt wird es nur, wenn es von den Anwendern – der Praxisleitung, den Ärzten und Mitarbeitern – akzeptiert wird. Erfolgreich ist es dann, wenn es vernünftig, einfach und schnell umsetzbar ist (Daniel 2007).

2.4. Quellenlage – Literaturübersicht

2.4.1. Modelle für QM-Systeme

In der Vergangenheit haben sich verschiedene Systeme des Qualitätsmanagement etabliert. Diese fußen auf dem jeweiligen Anforderungsprofil (Industrie, Dienstleistung, Gesundheitswesen) und versuchen, ihren Bereich umfassend und Ziel orientiert abzudecken. Es folgen einige Beispiele.

Die konkrete Umsetzung der EN ISO 9004 ist das EFQM-Modell. Es ist keine Norm, sondern ein umfassendes ganzheitliches Qualitätsmanagementsystem im Sinne „total quality Management“ (TQM).

2.4.1.2. European Foundation for Quality Management (EFQM)

EFQM steht für "European Foundation for Quality Management". Die European Foundation for Quality Management verbreitet das EFQM-Modell, ein europäisches Managementsystem für Qualitätsmanagement. Sich orientierend an erfolgreichen Quality Awards in Japan (Deming Prize) und in den USA (Malcom Baldrige Award) verleiht diese Organisation jährlich seit 1992 den European Quality Award (EQA) (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009).

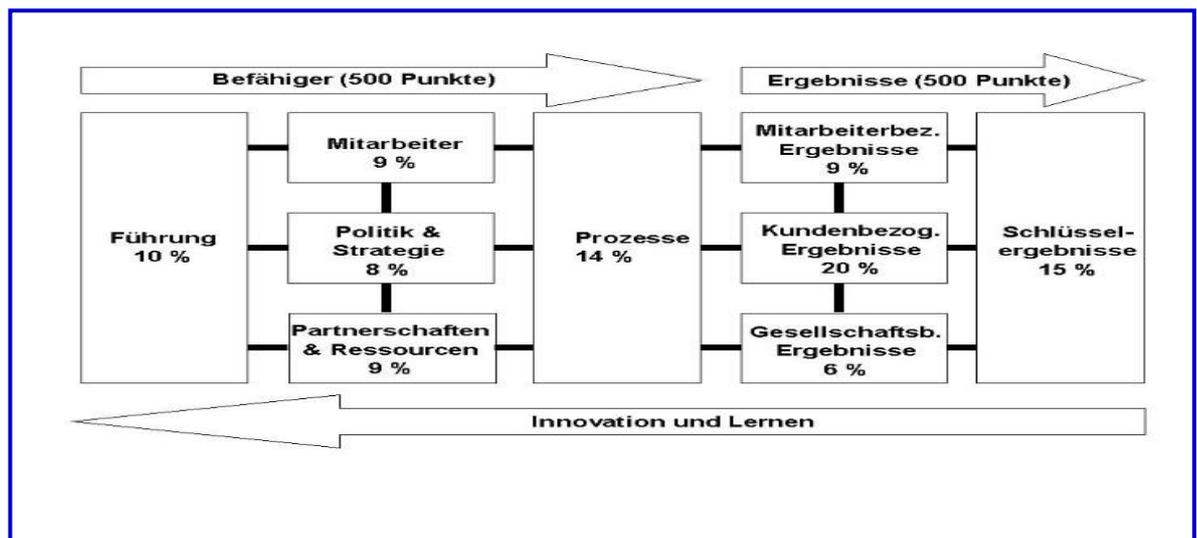


Abb. 3: Das EFQM-Modell (Deutsches EFQM-Center 2002)

Im Zentrum des QM stehen die Prozesse, sie machen 14% des QM aus, zusammen mit den Befähigern (36%) stehen sie für die Hälfte des Modells, die anderen 50% auf der rechten Seite des Modells sind das Ergebnis der Prozesse. Für die Einführung eines QM-Systems in einer Arztpraxis ist das EFQM wegen fehlender Strukturvoraussetzungen weniger geeignet. Denn die vorwiegende Zahl von Arztpraxen sind Einzelpraxen mit wenigen Angestellten. Um ein bestehendes QM-System weiter zu entwickeln, ist es durchaus geeignet.

Deming entwickelte anschauliches Flussdiagramm (Abbildung 4), dessen Prinzip sich in allen gängigen QM-Systemen wieder findet. Der Grundsatz der kontinuierlichen Verbesserung und ständigen Weiterentwicklung spielt die zentrale Rolle. In einem iterativen System erfolgen Planung, Planumsetzung, Kontrolle und Reagieren in einem ständigen Kreislauf.

Durch wiederholte Anwendung des Zyklus resultiert ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP), der theoretisch solange fortgeführt werden kann, bis das Unternehmen besser ist als alle anderen Mitbewerber (Wernitz und Pelz 2011).

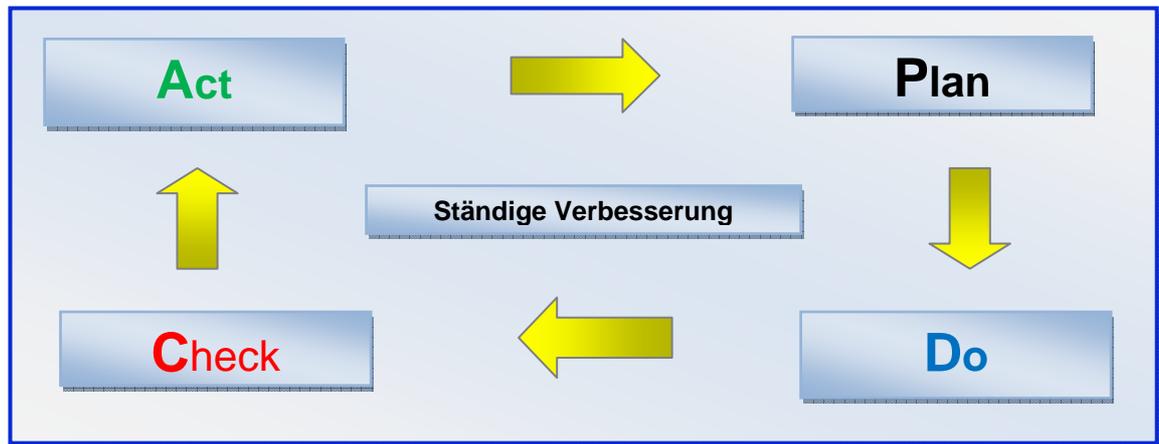


Abb. 4: PDCA-Zyklus (eigene Darstellung nach Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009)

2.4.1.3. Europäisches Praxis-Assessment (EPA)

In den Jahren 2000 bis 2005 wurde unter Leitung von Prof. Richard Gron vom Centre of Care Research der Universität Nijmegen eine Arbeitsgruppe geleitet, die mit Unterstützung der Bertelsmannstiftung das Europäische Praxis-Assessment (EPA) entwickelte. EPA verlangt keine schriftliche Darlegung von Praxisabläufen.

2.4.1.4. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)

In Folge der Gesetzeslage (§§ 135a, 137 SGB V) hat sich die "Kooperation zur Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems für das deutsche Krankenhauswesen" zusammengefunden. Dieser Kooperation gehörten Spitzenverbände der GKV, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und seit 2005 der Hartmannbund (für den niedergelassenen Bereich) an. Nach einer Probephase wurde das System offiziell ab dem 1.1.2002 eingeführt. Seitdem ist die KTQ eine GmbH und damit eine eigene Rechtsperson. Zunächst nur für den stationären Bereich konzipiert, bietet KTQ seit Herbst 2004 ein Zertifizierungsprogramm für den niedergelassenen Bereich an (Klakow-Frank 2005).

2.4.1.5. Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in den letzten Jahren unter Mitwirkung von externen Beratern ein Qualitätsmanagementsystem für Arztpraxen im niedergelassenen Bereich entwickelt. „QEP ist das Qualitätsmanagementsystem, das die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) speziell für vertragsärztliche und –psychotherapeutische Praxen entwickelt haben (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Im Rahmen einer Pilotphase wurde das Verfahren ab Frühjahr 2004 in 61 Praxen aller Fachgruppen getestet und extern unter der Federführung von Prof. Selbmann, Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, evaluiert (Internet: <http://www.kbv.de/qep/11469.html> [Stand: 03.11.2010]). Im Dezember 2008 waren nach Angaben der KBV 147 Praxen nach QEP zertifiziert, ein Jahr später waren es 415 Praxen (Internet: <http://www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html> [Stand: 28.05.2010])

QEP veröffentlichte 2005 den „Qualitätszielkatalog kompakt“, der komplett die zu erfüllenden Ziele sowie Kernziele definiert (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Der Katalog ist angelehnt an die Systematik der Richtlinie des G-BA vom 18. Oktober 2005. Diese trat mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger (Nr. 248: S. 17 329) am 1. Januar 2006 in Kraft. Zusätzlich wurde ein Handbuch (QEP®-Manual) angeboten, welches Vorlagen zur Erstellung von Arbeitsanweisungen, Prozessbeschreibungen, Formblättern, Verfahrensanweisungen und Fließdiagrammen enthielt. Das QEP®-Manual inklusive einer CD kann beim Deutschen Ärzteverlag oder über den Buchhandel zum Preis von 199,- € (Stichtag 31.12.2009) bezogen werden (ISBN-Nummer: 3-7691-3271-8, seit 01/07 neue ISBN-Nummer: 978-3-7691-3271-7). Im Lieferumfang eingeschlossen ist ein Leerordner, der das eigene QM-Handbuch aufnehmen kann (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2007). Im Wesentlichen müssen die betroffenen medizinischen Einrichtungen (Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, Praxisgemeinschaften) zur Komplettierung den gesamten Handbuchinhalt selbst erstellen. Zur Erleichterung der Einarbeitung, wurden von QEP Kurse angeboten. Diese Kurse wurden von so genannten QEP-Trainern durchgeführt. Im Vorwege wurden diese QEP-Trainer von QEP ausgewählt und ausgebildet, ebenso wie die Auditoren. Auditoren überprüfen nach erfolgter Komplettierung des QEP-Systems in den Einrichtungen die Prozessabläufe und deren Beschreibungen im QM-Handbuch. Eine Zertifizierung nach QEP erfolgt im Anschluss durch eine unabhängige Zertifizierungsstelle.

Obwohl QEP wesentlich umfangreichere Forderungen an die Praxis stellt als DIN ISO 9001:2000, ist QEP nicht als ISO-konform einzustufen, jedoch können umgekehrt ISO-basierte umfassende QM-Systeme die Erfordernisse von QEP erfüllen (Nüllen und Noppeney 2007).

2.5. Modell eines fachspezifischen QM-Systems für eine HNO-Praxis

Zum Zeitpunkt der Arbeitsgruppenbildung zur Entwicklung von PQ HNO im Dezember 2004 waren keine HNO-fachspezifischen QM-Systeme bekannt. 2007 veröffentlichte Beimert aus München (niedergelassener HNO-Arzt) ein eigenes HNO spezifisches QM System, das er ein Jahr zuvor vorgestellt hatte (Beimert 2006).

2.6. Rahmenbedingungen

2.6.1. Politische Vorgaben

Zum Ende des 20. und zu Beginn dieses Jahrhunderts wurde seitens der Politik die Qualität zu einem zentralen Thema. Verschiedene Gesetze wurden verabschiedet, die sich auf die Qualität im Gesundheitssystem beziehen; zunächst das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) und etwas später das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG). Ziel war es, die steigenden Kosten im Gesundheitssystem zu kontrollieren und gleichzeitig einen hohen medizinischen Standard sicherzustellen. Der Trend Standards in der klinischen Medizin zu etablieren lassen die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) sinnvoll erscheinen (Metz-Schimmel et al 2002). Durch das Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 1. Januar 2004 verpflichtet der Gesetzgeber im §135a Sozialgesetzbuch (SGB V) alle

Arztpraxen, also niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren praxisintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Der Begriff Qualität tritt aus seiner impliziten Handhabung heraus und wird zu einem expliziten Steuerungselement auf der Basis eines Qualitätskonzeptes (Vogg und Fleßa 2011). Der Qualitätsgedanke ist nicht mehr allein auf das Ergebnis der erbrachten Leistung des Arztes fixiert, sondern bezieht die gesamte medizinische Versorgung des Patienten mit ein und erstreckt sich auf die gesamte Organisation und alle Mitarbeiter, welche diese Versorgung erbringen (Schrappe 2010a). Das Ergebnis der erbrachten Qualität wird nicht nur von dem Leistungserbringer (Arzt und Personal), sondern auch von dem Leistungsempfänger, dem Kunden (Patienten, Krankenkasse) bewertet hinsichtlich der Erfüllung von Anforderungen. Eine qualitativ hochwertige Leistung soll unter dem Aspekt der Kundenorientierung an dem Erfüllungsgrad der Kundenforderungen bewertet werden. Hierbei waren folgende externe und interne Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

- **Externe Rahmenbedingungen:**
 - wissenschaftliche
 - berufsrechtliche
 - gesetzliche
 - vertragsarztrechtliche
- **Interne Rahmenbedingungen:**
 - Interessen
 - des Praxisinhabers und
 - der Praxismitarbeiter

Dabei stellen der Gesetzgeber und die Organe im Gesundheitssystem zunächst Forderungen an die Qualität der Organisationsstruktur. Wie aus den oben beschriebenen theoretischen Grundlagen soll sich dadurch ein erhöhtes Qualitätsniveau ergeben.

In der Bundesrepublik Deutschland wird die ambulante Versorgung von Patienten zum überwiegenden Teil von niedergelassen Ärztinnen und Ärzten sichergestellt. Viele Ärzte arbeiten alleinverantwortlich in einer Einzelpraxis. Sie beschäftigen mitunter nur eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter, oft wenige Angestellte in Teilzeit. Das hat zur Folge, dass der Arzt nicht nur die tägliche Arbeit am Patienten selbst, sondern zusätzlich die gesamte Administration, einschließlich der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems bestreiten muss. Die Tendenz zur Bildung größerer Versorgungseinheiten ist allerdings zu erkennen und aus Kostengründen auch gewünscht bzw. unumgänglich.

2.6.2. Gesetzliche Vorgaben

Das SGB V fordert die Überwachung und ständige Verbesserung der erbrachten Qualität. Der Nachweis der Effektivität und Effizienz der Qualität, wie oben beschrieben, gelingt nur, wenn die Qualität messbar wird, Anforderungskriterien an die Qualität der Versorgungsleistung definiert und diese mit der Ergebnisleistung abgeglichen werden, um letztendlich eine kontinuierliche Verbesserung zu erreichen (Fleßa 2007). Dabei hat die Verknüpfung von Prozess- und Ergebnisqualität wesentliche Bedeutung für die Qualitätsmessung (Kaltenbach 1993).

Die für die Betreiber einer Praxis mit geltenden Vorschriften und Gesetze sind zahlreich und unterliegen einem ständigen Wandel. Zu erkennen im beispielhaftem Inhalt von Formblatt 27 des PQ HNO-Musterhandbuches, welcher unten in Tab.1 aufgeführt ist. Wie jeder Unternehmer ist auch der Betreiber einer Arztpraxis selbst verantwortlich für die Beachtung der mitgeltenden Gesetze in seinem Betrieb.

Was	Aushangpflicht in der Praxis
Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)	
Qualitätsmanagement-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung	
Sozialgesetzbuch V	
Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Schweigepflicht , Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis	
Aufbereitung von Instrumenten und Materialien in Krankenhaus und Praxis	
Händedesinfektion und Händehygiene	
Hygieneanforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen	
Validierung und Hygieneüberwachung von Prozessabläufen bei maschinellen Reinigungsverfahren mit thermischer Desinfektion für thermostabile Medizinprodukte nach prEN ISO 15883-1 und prEN ISO 15883-2	
OP Kleidung und Patientenabdeckung	
Personalschutz bei Blutabnahmen	
Prävention blutübertragbarer Virusinfektionen	
Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen	
Anlage, Anforderungen der Hygiene beim ambulanten operieren in Krankenhaus und Praxis	
Anforderungen der Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums	
Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfGS)	
Gesetz über Medizinprodukte (MPG)	
Arbeitsgerichtsgesetz	
Arbeitsschutzgesetz	aushangpflichtig
Arbeitszeitgesetz	aushangpflichtig
Beschäftigtenschutzgesetz	aushangpflichtig
Bürgerliches Gesetzbuch	
Bundesdatenschutzgesetz	
Bundeserziehungsgeldgesetz	
Jugendarbeitsschutzgesetz	aushangpflichtig
Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung	
Mutterschutzgesetz	aushangpflichtig
Reichsversicherungsordnung	
Arbeits-Stättenverordnung	aushangpflichtig
Druckbehälterverordnung	aushangpflichtig

Was	Aushangpflicht in der Praxis
Gefahrstoffverordnung	aushangpflichtig
BGV A2	aushangpflichtig
BGV A6	aushangpflichtig
BGV A7	aushangpflichtig
Unfallverhütungsvorschrift BGV C 8 der BG	aushangpflichtig
Juristischer Ratgeber für die Arztpraxis	
Deutsche Norm DIN EN ISO 9001	
Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000	
Strahlenschutzverordnung	Aushangpflichtig, falls Strahlenquellen benutzt werden
Röntgenverordnung	Aushangpflichtig für Betreiber einer Röntgeneinrichtung
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	aushangpflichtig
Ladenschlussgesetz	Aushangpflichtig, falls ein Laden innerhalb der Praxis besteht

Tabelle 1: FB 27, Anhang des PQ HNO Handbuchs, Version 01, 2007

2.6.3. Medizinische Vorgaben

Im Vordergrund der ärztlichen Tätigkeit steht die fachgerechte Behandlung der Patienten, die sich an ethischen und wissenschaftlichen Leitlinien orientiert. Letztere werden von der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)**, die ihren Sitz in Düsseldorf hat erarbeitet und veröffentlicht (Internet: <http://www.awmf.org/die-awmf.html> [Stand: 21. 12. 2011]). Die AWMF ist das Netzwerk der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland der 1962 gegründeten Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). In ihr sind derzeit 163 wissenschaftlich arbeitende medizinische Fachgesellschaften organisiert. Die Berücksichtigung der ethischen Aspekte in der Versorgung der Patienten obliegt dem Arzt selbst, hier hat er die Vorgaben Auflagen der Berufsordnung zu erfüllen.

2.6.4. Ökonomische Vorgaben

Ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis unterliegt wie jedes Unternehmen wirtschaftlichen Regeln und Zwängen. Das Honorar für die medizinischen Leistungen muss neben den Kosten für die Bereitstellung des Instrumentariums, der Räumlichkeiten, der Mitarbeiter nicht zuletzt für den Unterhalt des Praxisinhabers ausreichen. Jedes Unternehmen, auch jedes Unternehmen im Gesundheitswesen kann auf Dauer nur existieren, wenn Einnahmen und Ausgaben langfristig ausgeglichen sind bzw. wenn Gewinne erwirtschaftet werden. Bei Sicherstellung dieser wirtschaftlicher Effizienz bestehen Qualitätsziele im Gesundheitswesen darin, eine wirksame und komplikationsfreie Behandlungsleistung bei größtmöglicher Patientenzufriedenheit zu erbringen (Wernitz und Pelz 2011). Zur Sicherstellung der ökonomischen Wettbewerbsfähigkeit bei gleichzeitig hoher Patientensicherheit ist ein integriertes Risiko-Qualitätsmanagement unverzichtbares Werkzeug (Zenk et al 2011).

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten in der Bundesrepublik Deutschland ist gesetzlich versichert; die Honorierung der ärztlichen Leistungen erfolgt durch die gesetzlichen Krankenkassen über die KV (Kassenärztliche Vereinigung) an die Vertragsärzte. Dieses ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. In § 12 des SGB V stehen detailliert die Bedingungen für die Ärztinnen und Ärzte als Leistungserbringer und die veranlasste Diagnostik und Therapie:

„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

Die wachsenden Finanzierungsprobleme des GKV Systems werden immer deutlicher. Der medizinische Fortschritt und die Erhöhung der Lebenserwartung mit wachsender Morbidität im Alter und demographisch verursachte Schrumpfung der Finanzierungsbasis stellen die Gesundheitspolitik vor große Probleme.

Der aktuelle Weg der Politik diese Probleme zu lösen besteht u. a. in der Einführung von Zuzahlungsregelungen für Patienten, Einbringen von Steuermitteln und weiterhin in der tatsächlichen weiteren Absenkung des pekuniären Wertes der ärztlichen Leistung sowohl ambulant und stationär.

Nicht zuletzt wegen dieser ökonomischen, sondern auch wegen der politischen, gesetzlichen und medizinischen Vorgaben wurde im Dezember 2004 vom HNO-Netz eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Diese erhielt im Januar 2005 vom HNO-Netz Hamburg den Auftrag, für die Netz-Mitglieder eine effiziente Vorlage eines QM-Musterhandbuches zu erstellen, welches eine schnelle, einfache und kostengünstige Erfüllung der gesetzlichen Auflagen ermöglicht (vgl. Kapitel 2 und 3.1.3).

Ökonomisch betrachtet muss man die Zeit für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems als Investition betrachten – irgendetwas muss man also in der Folge weniger tun, um die für das QMS investierte Zeit zurück zu gewinnen (Pfeiffer 2009).

3. Material und Methode

3.1. Methodik der Entwicklung eines Qualitätsmanagements für eine fachspezifische Arztpraxis am Beispiel einer Praxis für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Das Vorgehen bei der Erstellung eines Musterhandbuches für eine typische HNO-Praxis soll beschrieben werden. Dieses Musterhandbuch enthält in seinem Anhang Arbeitsanweisungen (für konkrete Praxisabläufe), Verfahrensanweisungen (für komplexe Praxisabläufe und Schnittstellen in der Praxis) und Formblätter (zur Dokumentation von Ergebnissen), die Abläufe und Ergebnisse in einer Praxis sichtbar machen.

3.1.1. Anforderungen an eine Arztpraxis im Allgemeinen

Die Anforderungen an ein QM-Handbuch ergeben sich aus den gesetzlichen Vorgaben zum Qualitätsmanagement. Im Sozialgesetzbuch V (SGB V, § 135a) ist die Einführung eines Qualitätsmanagements verpflichtend vorgeschrieben. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 5 SGB V hat die Durchführung spezifiziert und Fristen festgelegt.

Qualitätsmanagement ist eine Managementaufgabe und damit ureigenste Aufgabe der Praxisleitung. Dabei wird angenommen, dass die Praxisleitung durch eine Ärztin oder einen Arzt wahrgenommen wird; dies ist aber nicht zwangsläufig so. Teile der Umsetzung können an Mitarbeiter delegiert werden. Erfolg hat die Umsetzung nur, wenn alle Betroffenen das QM als Hilfe empfinden. Durch klare Festlegung der Rahmenbedingungen und Ziele, die formuliert werden, wird die Umsetzung deutlich erleichtert (Knon und Ibel 2005)

3.1.2. Anforderungen an eine HNO-Praxis im Besonderen

Neben den typischen - häufig vergleichbaren - verwaltungs-/organisations- und abrechnungstechnischen Anforderungen aller Praxen von niedergelassenen Vertragsärzten/innen, finden sich in einer HNO-Praxis umfangreiche diagnostisch und therapeutische Prozesse, die in einem QM System organisiert und dargestellt werden müssen. In allen konservativ behandelnden HNO Praxen sind ca. 90% der abgerechneten Leistungen identisch (Interview mit Frau Leinroth, KV Hamburg [Gespräch geführt am: 21.12.2011]). Das ermöglicht und erleichtert die Erstellung eines Handbuches für eine typische HNO-Praxis; mit wenigen Änderungen kann dieses dann individualisiert werden.

3.1.3. Bildung einer Arbeitsgruppe

Raymond Meredith Belbin - ein Experte auf dem Gebiet der Team- und Führungsentwicklung - untersuchte in den 1970er Jahren die Auswirkungen der Teamzusammensetzung aus verschiedenen Persönlichkeitstypen auf die Teamleistung. Ausgehend von der Annahme, dass das Persönlichkeitsprofil eines Menschen auf unterschiedlich stark ausgeprägten Eigenschaften beruht, analysierte Belbin die Ergebnisse von Teams aus Kursteilnehmern am Henley Management College und identifizierte so acht verschiedene Teamrollen, welche sich aus den Verhaltensmustern der Mitglieder ergeben. Diese fasste er 1981 in einem Modell zusammen und ergänzte seinen Katalog später noch um eine neunte Rolle, die Rolle des Spezialisten (Belbin 1996).

Theoretische Überlegungen dieser Art waren teilweise Grundlage der Entstehung einer Arbeitsgruppe, die sich im Dezember 2004 zusammenfand. Das HNO-Netz Hamburg beauftragte diese Arbeitsgruppe (AKQM, Arbeitskreis Qualitätsmanagement des HNO-Netzes Hamburg) in seiner Jahressitzung Anfang 2005, ein QM-System für seine Mitglieder zu entwickeln (vgl. Kapitel 2). Der AKQM übernahm unter Leitung des Autors die Verantwortung für Inhalt und Ausgestaltung des spezifischen QM-Systems. Der Name für dieses spezifische QM-System wurde mit PQ HNO (praxisorientiertes Qualitätsmanagement für HNO-Praxen) festgelegt. Der Name wurde urheberrechtlich geschützt.

Die vier Gruppenmitglieder, darunter auch der Autor, hatten alle langjährige Erfahrung als HNO-Arzt in Klinik und in niedergelassener Praxis, ein Gruppenmitglied hatte zudem das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 2007) absolviert. Diese Person übernahm Rolle des Spezialisten.

3.1.4. Aufgabenanalyse und Verteilung

Die Analyse der seinerzeit bereits genutzten QM-Systeme ergab, dass alle einen theoretischen Teil (meist Handbuch genannt) sowie einen Anhang besaßen, der aus Arbeitsanweisungen, Prozessbeschreibungen, Formblättern (auch Checklisten genannt) sowie Schnittstellenbeschreibungen (Verfahrensanweisungen) bestand.

Zunächst wurde im AKQM analysiert, welche Regelungen in einem HNO-spezifischen Praxis-QM System am wichtigsten und am häufigsten erforderlich sind, um nachfolgend zunächst die am sichersten beherrschten Arbeitsabläufe in Arbeitsanweisungen (AA) zu beschreiben. Diese redaktionellen Aufgaben wurden von Arbeitssitzung zu Arbeitssitzung unter den Mitgliedern des AKQM verteilt, die neu formulierten AAs in der folgenden Sitzung gemeinsam gesichtet, korrigiert und abgenommen. Analog wurde mit den Formblättern (FB) und den Verfahrensanweisungen (VA) verfahren. Erst später - nach Fertigstellung bereits eines Großteils des Anhangs - theoretischer Überbau das Handbuch erstellt. Grundvorgabe war ein möglichst für HNO Praxen allgemeingültiger Inhalt und eine praxistaugliche Struktur, so dass die späteren Nutzer mit möglichst geringem Aufwand die individuellen, formalen und inhaltlichen Aspekte der eigenen Einrichtung einarbeiten konnten.

Die Charakterisierung der Grundtendenzen und Kernbotschaften moderner Managementkonzepte und die dazugehörigen, möglichen Ansätze sind bei der Wahl des richtigen QMS ein hilfreiches Instrument (Simon 2001).

Grundtendenzen	Mögliche Ansätze
Qualitätsorientierung.....	TQM, ISO 9000, EFQM
Wettbewerbsorientierung.....	Benchmarking, Outsourcing
Mitarbeiterorientierung.....	Gruppenarbeit, Dezentralisierung
Prozessorientierung.....	Reengineeringkonzepte
Kundenorientierung.....	Interner Kunde

Qualitätsphilosophien	TQM (Total Quality Management), Kaizen (jap. <i>Kai</i> = verbessern, <i>zen</i> = gut), KVP (kontinuierlicher Verbesserungsprozess) u. a. m.
Qualitätsmanagementsysteme	DIN EN ISO 9000 ff, EFQM, ServAs u. a. m.
Qualitätswerkzeuge	Fehlerlisten, Fehlermöglichkeiten- und Einfluss-Analyse u. a. m.
Qualitätsstandards	DIN ISO Normen, Anzahl von Hotelsternen, Weinklassen u. a. m.
Führungsinstrumente zur Qualitätsförderung	Qualitätszirkel, Projektgruppen, Vorschlagswesen u. a. m.

Gut (2001) bewertet in seinem Beitrag „Qualitätsmanagement als Strategie“ die Entscheidung für ISO 9001 rückblickend als richtig: „Die klare Vorgabe der einzelnen Normkapitel hat das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZEPRA) als kleine und daher zwar sehr flexible, in Grundzügen aber auch chaotische Organisation gezwungen, Klarheit zu schaffen“. In diesem Sinne ist die DIN EN ISO 9001: 2000 Grundlage der Systematik des PQ HNO-Musterhandbuches. Später - im Prozess der Erstellung - wurden die Vorversionen des „Qualitätszielkatalog kompakt“ von QEP kontinuierlich mit in das Handbuch eingearbeitet (Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005), so dass in der Endversion von PQ HNO sowohl die kompletten Forderungen von DIN ISO wie auch von QEP (Qualitätszielkatalog kompakt, Version 2005) eingearbeitet waren.

Alle Texte sollten für die Nutzer frei änderbar sein. Hierzu wurden die Textdateien, die Tabellen und Zeichnungen mit dem Textverarbeitungsprogramm WORD[®] erstellt und im Format MSWord97[®] elektronisch gespeichert. Einige wenige Dateien, die von Instituten / Behörden / Gesundheitsämtern frei zugänglich zur Verfügung stehen, wurden als so genannte .pdf Dateien als Formblätter integriert. Das von der Firma Adobe[®] entwickelte „portable document format – PDF“ ist ein plattformübergreifendes Dateiformat für Dokumente, die nicht mehr weiterbearbeitet werden sollen. Das Formblatt 64 des PQ HNO-Musterhandbuches „Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf Impfkomplikation) nach IfSG (Infektionsschutzgesetz)“ oder auch das Formblatt (FB 54) des PQ HNO-Musterhandbuches „vertrauliches Meldeformular einer meldepflichtigen Krankheit gemäß §§6,8,9 IfSG“ sind in diesem „pdf-Format“ gespeichert.

Das PQ HNO-Musterhandbuch umfasst im Wesentlichen zwei große Komplexe:

- **Das eigentliche Handbuch;** es beinhaltet
 - den theoretischen Überbau, das Leitbild
 - das Konzept der medizinischen Einrichtung; darüber hinaus
 - die Visionen, Ziele und
 - die Gestaltung der Unterstützungsprozesse (Finanzmittel, Führung von Mitarbeitern, Praxisräume etc.).

- **Der umfangreiche Anhang;** er beinhaltet ausführlich und musterhaft beschrieben
 - Arbeitsanweisungen,
 - Verfahrensanweisungen und
 - Formblätter.

Nachdem ab dem Jahr 2005 die KBV mit QEP ein eigenes QM System für Ärzte und Psychotherapeuten etablierte, stellte sich die zusätzliche Aufgabe, eine Vergleichbarkeit mit PQ HNO herzustellen. Dieses gelang durch ein ergänzendes Kapitel (Kapitel 7 des PQ HNO-Musterhandbuches): die Zuordnungsmatrix (oder auch „Crosswalk“). Diese in Tabellenform erstellte Zuordnungsmatrix verbindet die Anforderungen des QEP-Qualitätszielkataloges mit den jeweiligen Antworten von PQ HNO.

- **Die Zuordnungsmatrix;** sie enthält in Tabellenform
 - in Spalte 1 die Anforderungen gemäß G-BA,
 - in Spalte 2 die Ergebnisse und Fundorte im PQ HNO-Musterhandbuch und
 - in Spalte 3 die Anforderungen des QEP-Zielkataloges.

Durch die Verteilung und Erledigung der Aufgaben durch eine Gruppe (AKQM) konnten das Musterhandbuch, 47 Arbeitsanweisungen, 21 Verfahrensanweisungen und 76 Formblätter erstellt werden.

Praxisname/-logo		 PQ HNO <small>praxisorientiertes Qualitätsmanagement für HNO-Praxen</small>
Zuordnungsmatrix		
QM-Richtlinie des G-BA	PQ HNO	QEP® Qualitätsziel-Katalog kompakt, Version 2005
1. Patientenversorgung G-BA	Fundorte (LINK)	1. Patientenversorgung
	2 Praxisportrait V01 HNOQM.doc [Praxisflyer im Ordner sonstige Dokumente]]	1.1. Zugang zur Patientenversorgung
	..\02_Arbeitsanweisungen\AA_002_V01_Patientenannahme.doc ..\02_Arbeitsanweisungen\AA_035_V01_Anrufannahme.doc ..\02_Arbeitsanweisungen\AA_036_V01_telefonische_Patientenanfragen.doc ..\03_Verfahrensanweisungen\VA_007_V01_Rezeption.doc	1.1.1. Leistungsspektrum
	..\02_Arbeitsanweisungen\AA_012_V01_Termine_und_Dringlichkeit.doc ..\02_Arbeitsanweisungen\AA_036_V01_telefonische_Patientenanfragen.doc	1.1.2. Anmeldung
	4 Zentrale Praxisdienstleistungen.doc ..\04_Formblätter\FB_013-V01_Patientenzufriedenheit.doc ..\03_Verfahrensanweisungen\VA_009_V01_Umgang_mit_Patienten_und_Pat-unterlagen.doc ..\02_Arbeitsanweisungen\AA_035_V01_Anrufannahme.doc ..\02_Arbeitsanweisungen\AA_036_V01_telefonische_Patientenanfragen.doc ..\04_Formblätter\FB_025-V01_Telefongesprächsnotiz.doc	1.1.3. Terminvergabe

Version: Version: V01 14.11.2006 / Autor: AKQM
Gültig ab: [] Freigabe: [QM-Beauftragter]

Seite 1 von 19

Abb. 5: Zuordnungsmatrix Ausschnitt (G-BA - PQ HNO - QEP)

Die Gruppen-Team-Mitglieder trafen sich ab Dezember 2004 bis Februar 2007 monatlich. Die Arbeitssitzungen folgten in ihrem Ablauf immer dem gleichen Schema. Die Ergebnisse wurden protokolliert. Diese Protokolle waren Ergebnisprotokolle, die tabellarisch die erledigten Aufgaben und die jeweils von den Gruppenmitgliedern zu erledigenden Aufgaben enthielten. Damit war das Protokoll Grundlage der Tagesordnung für die nächste Sitzung. Gleichzeitig wurde ein Zeitplan erstellt, der eine Fertigstellung Mitte 2006 zum Ziel hatte.

Nach 29 Arbeitssitzungen im Team und ca. 2000 Stunden Einzelarbeit der Team-Mitglieder war das PQ HNO-Musterhandbuch mitsamt Anhang im Februar 2007 fertig gestellt. Abbildung 5 zeigt das Inhaltsverzeichnis. Die einzelnen Kapitel und ebenso alle Dokumente im Anhang sind jeweils separat als EDV-Datei abgespeichert. Durch elektronische Hilfsmittel, wie mobile Speichermedien (USB-Speichersticks) und die Möglichkeit per elektronischen Datenaustausch über das Internet konnte die Fertigstellung erheblich beschleunigt werden.

3.1.5. Erstellung des PQ HNO Musterhandbuchs als Vorlage für eine HNO-Praxis

Damit war im Grunde ein HNO-fachspezifisches Musterhandbuch erstellt. Das HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. hatte sich in seiner Satzung zu Förderung der Qualität der HNO-Medizin verpflichtet. Mit dem Musterhandbuch war ein Instrument geschaffen, um diese Forderung zu unterstützen. So musste ein Weg zur endgültigen Gestaltung und der Weitergabe des Musterhandbuches an die Mitglieder gefunden werden.

Der Name PQ HNO und das Logo des Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. – beide urheberrechtlich geschützt - wurden Bestandteil aller erstellten Dateien und Dokumente. Handbuchkapitel und Dokumente im Anhang wurden jeweils in eigenen EDV-Dateien abgespeichert. Hierdurch wurde die Gefahr versehentlicher Löschungen und Fehlverarbeitung in der EDV minimiert. Das PQ HNO Musterhandbuch bestand im Februar 2007 aus insgesamt 165 EDV-Dateien in 9 EDV-Ordern.

Name	Änderungsdatum	Typ	Größe
Momentan auf dem Datenträger vorhandene Dateien (9)			
00. Vorwort zum Handbuch	04.12.2006 10:10	Dateiordner	
01. Handbuch	04.12.2006 10:10	Dateiordner	
02. Arbeitsanweisungen	04.12.2006 10:10	Dateiordner	
03. Verfahrensanweisungen	04.12.2006 10:09	Dateiordner	
04. Formblätter	04.12.2006 10:09	Dateiordner	
05. Sonstige Dokumente	04.12.2006 10:09	Dateiordner	
06. Mitgeltende Dokumente	04.12.2006 10:09	Dateiordner	
07. Zeichnungen und Organigramme	04.12.2006 10:09	Dateiordner	
08. Vorlagen	04.12.2006 10:09	Dateiordner	

Abb. 6: Struktur der EDV-Ordner im PQ HNO-Musterhandbuch

Ausgedruckt hatten die Dateien den Umfang eines typischen Büroordners. Die Ordnerregister in diesem physischen Ordner entsprachen den Ordnern in der EDV.

Das eigentliche Handbuch für eine typische HNO-Praxis besteht aus dem theoretischen Teil für die Beschreibung der Abläufe in der Praxis. Hier sind die Geschäftsidee, Visionen und Ziele der Praxisleitung dokumentiert. Insbesondere das Praxisportrait mit dem Leitbild der Praxis, dem Praxisaufbau und einem graphischen Praxismodell, im 3. Kapitel die Managementprozesse, im 4. Kapitel die zentralen Praxisdienstleistungen und im 5. Kapitel die Unterstützungsprozesse. Um eine Veränderung in der Praxis beurteilen zu können, müssen Daten erhoben und Messungen vorgenommen werden. Dieses ist in Kapitel 6 dargestellt.

Praxisname/-logo	
HNO-Qualitätsmanagement Handbuch	
Inhaltsverzeichnis	
1. <u>Einführung</u>	
1.1. <u>Umgang mit der QM-Dokumentation</u>	
1.2. <u>Definitionen & Abkürzungen</u>	
2. <u>Praxisportrait</u>	
2.1. <u>Leitbild der Praxis</u>	
2.2. <u>Darstellung der Praxis</u>	
2.3. <u>Praxisaufbau</u>	
2.4. <u>Prozessmodell</u>	
3. <u>Managementprozesse</u>	
3.1. <u>Entwicklungsprozesse - Visionen – Ideen</u>	
3.2. <u>Führungsprozesse</u>	
3.3. <u>Geschäftsprozesse</u>	
3.4. <u>Qualitätsmanagementprozesse</u>	
3.5. <u>Management externer Partner</u>	
4. <u>zentrale Praxisdienstleistungen</u>	
4.1. <u>Einführung</u>	
4.2. <u>Organigramm</u>	
4.3. <u>Ablaufbeschreibung</u>	
5. <u>Unterstützungsprozesse</u>	
5.1. <u>Mitarbeiterbezogene Prozesse</u>	
5.2. <u>Ressourcenbezogene Prozesse</u>	
5.3. <u>Informationsprozesse</u>	
5.4. <u>Finanzprozesse</u>	
6. <u>Messungen und Daten (Praxisergebnisse)</u>	
7. <u>Zuordnungsmatrix (G-BA & QEP®)</u>	
8. <u>Anhang</u>	
8.1. <u>Arbeitsanweisungen</u>	
8.2. <u>Verfahrensanweisungen</u>	
8.3. <u>Formblätter</u>	
8.4. <u>sonstige Dokumente</u>	
<hr/>	
<small>Version: Version: V01 16.09.2006 / Autor: AKQM Gültig ab: [] Freigabe: [QM-Beauftragter]</small>	
<small>0 Inhaltsverzeichnis V01 HNOQM.doc</small>	

Abb. 7: Inhaltsverzeichnis des PQHNO-Musterhandbuch

Der Text ist üblicherweise schwarz. Bei verlinkten Textstellen - diese sind blau und unterstrichen dargestellt - besteht die Möglichkeit, die Datei in der EDV per Maus-Click direkt aufzurufen.

3.1.6. Erstellung des Anhangs

Schwierigkeiten bei der Erstellung des Anhangs waren im Wesentlichen die erforderliche Detailgenauigkeit für die differenzierten Vorgänge und die dringende Prüfung auf Relevanz der einzelnen, zu beschreibenden Schritte. Medizinischen Einrichtungen, Arztpraxen sind unterschiedlich komplex; nach dem gültigen Vertragsarztrecht (bis vor einigen Jahren Kassenarztrecht) sind verschiedene Formen der Berufsausübung möglich; eine Einzelpraxis, eine Gemeinschaftspraxis, ggf. mit verschiedenen Betriebsstätten, ein Medizinisches Versorgungszentrum mit angestellten Ärztinnen und Ärzten möglich und gesetzlich erlaubt (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VändG 2006). Sehr viele Vorgänge sind detailliert darzustellen. Erwähnt sei hier die Interaktion Mitarbeiter / Patient, die sich ständig verschärfenden gesetzlichen Vorschriften - nicht nur im Bereich der Hygiene - aber auch die Kommunikation und das Zusammenarbeiten des Personals in der Betriebsstätte.

3.1.6.1. Verfahrensanweisungen

Verfahrensanweisungen (VA) beschreiben Tätigkeiten, an denen mehrere Personen beteiligt sind (im Gegensatz zu den Arbeitsanweisungen, die Tätigkeiten beschreiben, an denen nur eine Person arbeitet). Verfahrensanweisungen definieren Schnittstellen.

Nr.	Verfahrensanweisung
1	Desinfektion und Hygiene
2	Bestellwesen und Logistik
3	Kommunikation
4	Praxisraumnutzung
5	Rezeption
6	Einstellung neuer Mitarbeiter
7	Umgang mit Pat. und Patientenunterlagen
8	IGel (Individuelle G esundheitsleistung) in der Praxis
9	Arbeitsschutz und -sicherheit
10	Stichverletzungen mit infektiösem Material
11	Katastrophenplan

Nr.	Verfahrensanweisung
12	Aufklärung Patienten
13	QM-Bewertung
14	Fortbildungsplanung
15	Interne Audits
16	Änderungsdienst
17	Geldverkehr in der Praxis
18	Notfälle
19	Mitarbeitergespräch
20	Erinnerung und Wiedereinbestellung
21	Lenkung von Dokumenten

Tab. 2: Aufstellung der Verfahrensanweisungen, vgl. Kapitel 8.2. im PQHNO-Musterhandbuch

3.1.6.2. Arbeitsanweisungen

Eine Arbeitsanweisung (AA) beschreibt Tätigkeiten, die nur von einer Person durchgeführt wird. Ausgehend von den täglichen Aufgaben in einer typischen HNO-Praxis und den gesetzlichen Vorgaben erarbeiteten die Mitglieder der Arbeitsgruppe (AKQM) zunächst eine Liste für Arbeitsanweisungen, die - wie in Kapitel 3.4. der vorliegenden Arbeit beschrieben – erstellt wurden. Für Praxisinhaber und für Praxismitarbeiter war der Sinn der Erstellung derartiger Prozessbeschreibungen plausibel und am leichtesten verständlich. Die einzelnen Arbeitsschritte der zu verrichtenden Tätigkeiten wurden chronologisch aufgeschrieben. In der Vorbemerkung zum eigentlichen Text des Ablaufes wurde auf die Verantwortlichkeit in der Praxis hingewiesen und die erforderlichen Mittel, Voraussetzungen und Materialien aufgeführt. In der Abschlussbemerkung wird explizit die Nachbereitung und Dokumentation beschrieben.

In der DIN EN ISO 9001:2008 steht hierzu in Kapitel 4.1 (Allgemeine Anforderungen): „Die Organisation muss entsprechend den Anforderungen dieser internationalen Norm ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen, dokumentieren, verwirklichen und aufrechterhalten und dessen Wirksamkeit ständig verbessern. Die Organisation muss

- a) die für das Qualitätsmanagement erforderlichen Prozesse und ihre Anwendung in der gesamten Organisation festlegen,
- b) die Abfolge und Wechselwirkung dieser Prozesse festlegen,
- c) die erforderlichen Kriterien und Methoden festlegen, um das wirksame Durchführen und Lenken dieser Prozesse sicherzustellen, die Verfügbarkeit von Ressourcen und Informationen sicherstellen, die zur Durchführung und Überwachung dieser Prozesse benötigt werden,
- d) diese Prozesse überwachen, soweit zutreffend messen und analysieren und
- e) die erforderlichen Maßnahmen treffen, um die geplanten Ergebnisse sowie eine ständige Verbesserung dieser Prozesse zu erreichen.“

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben wurden erst Arbeitsanweisungen, später parallel auch Formblätter und Verfahrensanweisungen für eine HNO-Praxis entwickelt.

Arbeitsanweisung	
1	Aufbewahrung von Patienteneigentum
2	Patientenannahme
3	Prick-Testung
4	Olfaktometrie
5	Rhinomanometrie
6	Spezifische Immuntherapie
7	Tonaudiometrie
8	Tympanometrie
9	TEOAE-Messung
10	Vestibularisdiagnostik
11	Hörgeräteanpassung (verkürzter Versorgungsweg)
12	Termine und Dringlichkeit
13	Praxisreinigung
14	Betäubungsmittelbuch
15	Epicutantestung
16	Nasale Provokation
17	Intracutantestung
18	BERA
19	Freifeld-Audiometrie
20	Sprachaudiometrie
21	Kinderaudiometrie
22	Instrumentenreinigung
23	Endoskop-Pflege
24	Posteingang

Arbeitsanweisung	
25	Blutentnahme
26	Infusionsvorbereitung
27	Mikrowellenbestrahlung
28	Einzelne Privatrechnung sofort
29	Op-Vorbereitung
30	Hausbesuch
31	Notfallkofferüberprüfung
323	Datensicherung
33	Besprechen des Anrufbeantworters
34	Moderation
35	Anrufannahme
36	Telefonische Patientenfragen
37	Meldepflichtige Erkrankungen
38	Praxisgebühr
39	Kasse
40	Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen
41	Ablage Patientenakten
42	Inhalation
43	Vorgehen bei Ausfall der Praxis-EDV
44	Probenmaterial
45	Dokumentation Kühlschranks-temperatur
46	Sterilisation
47	Thermodesinfektor

Tab. 3: Aufstellung der Arbeitsanweisungen, vgl. Kapitel 8.1. im PQHNO-Musterhandbuch

3.1.6.3. Formblätter

Formblätter (FB) sind im engeren Sinne Vorgabedokumente, die wie die AAs und die VAs im Anhang des Handbuches zu finden sind. Ausgefüllte Formblätter oder Aufzeichnungen sind Nachweisdokumente, die entsprechend der Praxisstruktur abgelegt werden.

Formblätter	
1	Fragebogen nach Epworth
2	Liste der Handbuchempfänger
3	Stellenbeschreibung
4	Checkliste Hausbesuchskoffer
5	Investitionsplan
6	Checkliste Notfallkoffer
7	Verschwiegenheitserklärung
8	Einarbeitung neuer Mitarbeiter
9	Fortbildungen
10	Bewertung Fortbildung
11	Patientenaufnahmebogen
12	Protokoll Teambesprechung
13	Patientenzufriedenheit
14	Zuständigkeit Bestellwesen
15	Personalplanungsverantwortliche
16	Wartungsplan
17	Hygieneplan
18	Lieferantenliste
19	Lagerort-Ware
20	Lieferantenbeurteilung
21	Geräteinweisung
22	Führungsbeurteilung
23	IGeL-Behandlungsvertrag
24	Abweichungs- und Kontrollbogen
25	Telefongesprächsnotiz
26	Beauftragtenliste
27	Mit geltende Vorschriften und Gesetze
28	QM-Plan
29	Audit Plan

Formblätter	
38	Bestandsverzeichnis technische Geräte
39	Medizinproduktebuch zum Gerät
40	Checkliste Medikamentenverfallsdatum
41	Management Bewertung
42	Zuweiserzufriedenheit (Fragebogen)
43	Prozesseigner
44	Auditprotokoll
45	Unfallbericht F1040 (BG)
46	Einarbeitung neuer Mitarbeiter
47	Olfaktometrie-orientierend
48	Sniffin Sticks Pat. Information
49	Sniffin Sticks Dokumentation
50	Sniffin Sticks Identifikation Karten
51	Sniffin Sticks Auswertung
52	Schlüsselempfänger
53	Dokumentation von Belehrungen
54	Meldung meldepflichtige Krankheit (PDF)
55	Protokoll QM Auswertungssitzung
56	Kassenbuch
57	Praxisgebührentnahme
58	Daten und Messgrößen
59	Hautschutzplan
60	Medizinisches Informationsmaterial
61	Mitarbeitergespräch
62	Nasale Provokation
63	Unerwünschte Arzneimittel Nebenwirkungen (PDF)
64	Impfschaden-Meldebogen (PDF)
65	Sprechstundenbedarf
66	Anzeige einer Lärmschwerhörigkeit (BG)

Formblätter		Formblätter	
30	Verbesserungsmaßnahmen	67	Kühlschranktemperatur
31	Projektplan	68	Ausscheiden eines Mitarbeiters
323	Dienstplan	69	Aufbewahrungsfristen
33	Personalverzeichnis	70	Checkliste Sterilgut
34	Urlaubsplan	71	Liste zur Aufbereitung MP, HNO-Instrumente etc.
35	Einsatzplan	72	Regelmäßige QM-Termine
36	Stellenplan	73	Liste Anhang, alphabetisch
37	Belehrungen und Aushänge	74	Liste Anhang, sachorientiert

Tab. 4: Aufstellung der Formblätter, vgl. Kapitel 8.3. im PQ HNO-Musterhandbuch

Alle Dokumente, die im Rahmen des Qualitätsmanagements zum Einsatz kommen, werden bei den Anwendern auf ihre Gültigkeit, Relevanz und Aktualität überprüft. Zusätzlich und nachträglich aktualisierte Dokumente werden den Anwendern zur Nutzung auf der Homepage des HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. in einem geschlossenen Bereich zur Verfügung gestellt.

3.2. Planung und Struktur von PQ HNO – Intensivseminaren

Ursprünglich für die Mitglieder des HNO Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. konzipiert, wurde das Musterhandbuch für das „praxisorientierte Qualitätsmanagement in HNO-Praxen“ (im Folgenden als PQ HNO-Musterhandbuch bezeichnet) durch den Vorsitzenden der Landesgruppe Hamburg des deutschen HNO-Berufsverbandes im Rahmen einer Sitzung des Bundesvorstandes vorgestellt. In der Folge entwickelte sich eine bundesweite Zusammenarbeit mit dem deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte mit dem Ziel einer Stärkung und Verbesserung fachärztlich ausgeübter HNO-Medizin im niedergelassenen Bereich. Das gelingt umso besser, größer die Gruppe der Anwender ist. Die Messung, ob und ggf. in welchem Umfang die Einführung von PQ HNO das Ziel erreicht hat, ist u. a. Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Um den HNO Praxen die Einführung von PQ-HNO zu erleichtern, wurden ab Februar 2007 PQ HNO Intensivseminare angeboten. In diesen wurden allgemeine Grundlagen zu QM vermittelt (Historie, Definitionen, gesetzliche Grundlagen und Fristen), zusätzlich wurden PQ HNO spezifisch die Anpassung und Implementierung des PQ HNO-Musterhandbuch an die individuelle Praxis dargestellt und Übungen hierzu durchgeführt.

Damit wurde auch die Forderung des G-BA erfüllt, der in seiner Richtlinie Qualitätsmanagement für die Vertragsärzte eine Teilnahme an solchen Seminaren empfahl.

Darüber hinaus wurden über die Homepage des HNO Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. die Inhalte von PQ HNO einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht (Internet: ww.hno-netz-hamburg.de [Stand: 20.01.2011])

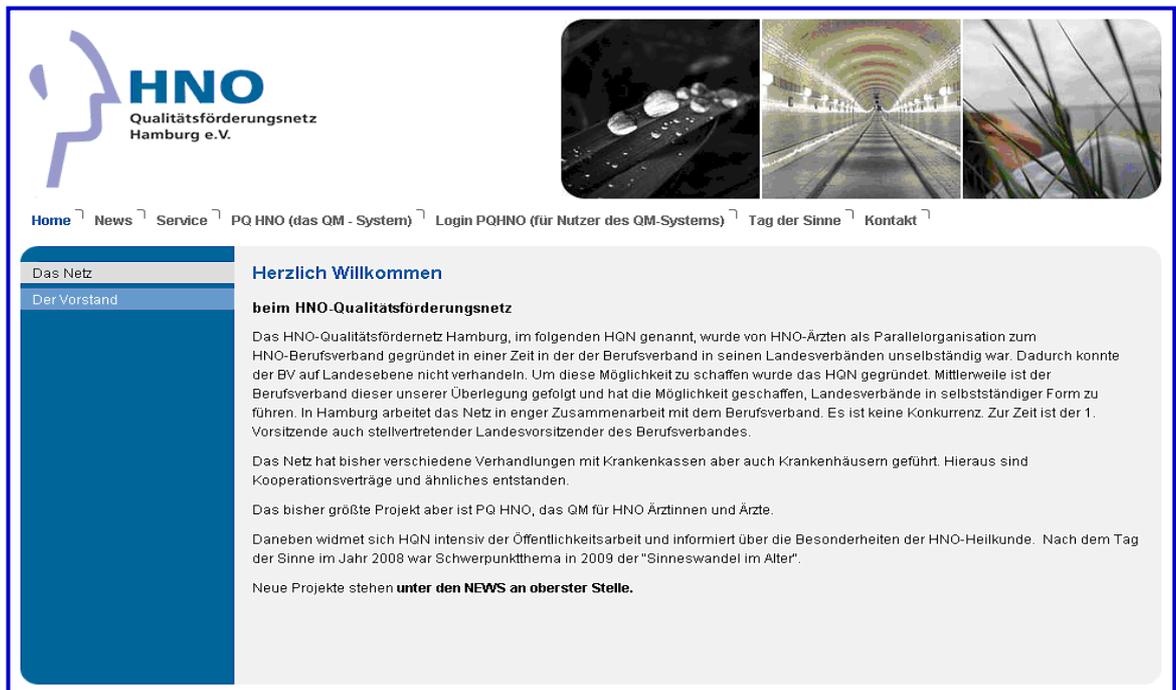


Abb. 8: Homepage des HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V.

Die zu den Intensivkursen erforderlichen Einladungen wurden an die niedergelassenen HNO-KollegenInnen in ganz Deutschland verschickt. Anfänglich wurden 7 Intensivkurse geplant; um der großen Nachfrage gerecht zu werden, wurden in den Jahren 2007, 2008 und 2009 über die Bundesrepublik verteilt insgesamt 32 Kurse angeboten. Die Kursorte wurden von der Arbeitsgruppe zunächst geographisch so verteilt, dass die niedergelassenen KollegenInnen möglichst kurze Anfahrtswege hatten. Dem Anschreiben beigelegt wurde der Flyer (s. Abb. 10a und 10b). Die Möglichkeit, sich schon vor dem PQ HNO-Intensivkurs mit dem PQ HNO-Musterhandbuch zu beschäftigen war durch den Erwerb der CD mit dem darauf gespeicherten Dateien des PQ HNO-Musterhandbuches gegeben.

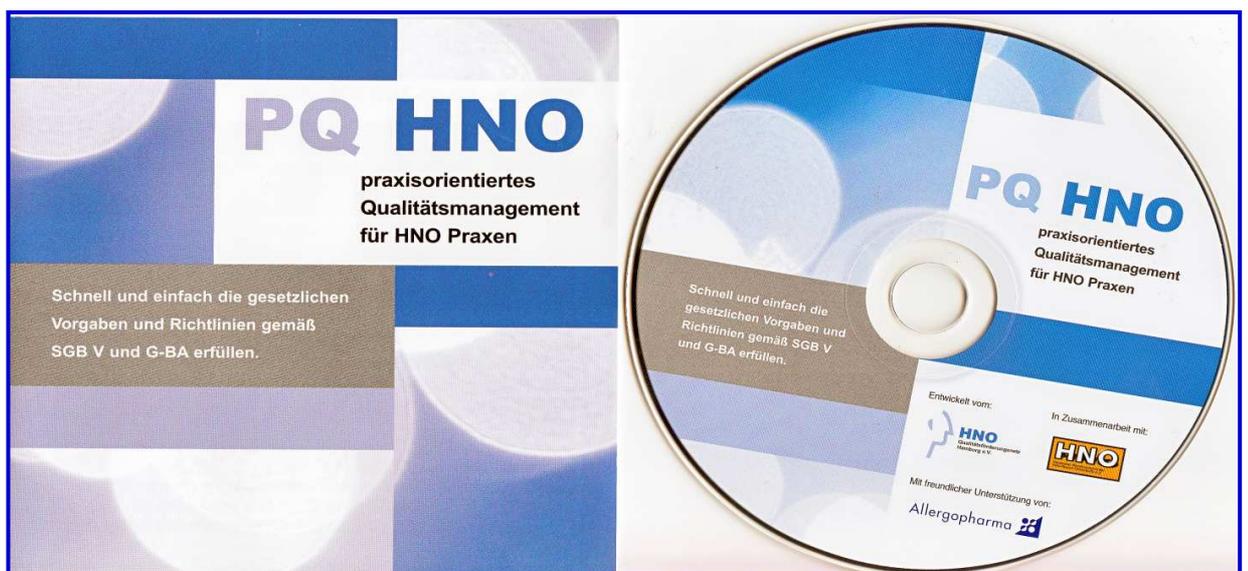


Abb. 9: PQ HNO – CD

Bei der Gestaltung der CD (s. Abb. 9), der sehr umfangreichen Planung und Administration der Intensivkurse, der Wahl der Kursorte und Tagungsstätten sowie dem Briefversand und der Erstellung

eines Flyers („von Kollegen für Kollegen“, s. Abb. 10a und 10b) wurde die Arbeitsgruppe durch die Firma Allergopharma Joachim Ganzer KG, Reinbek unterstützt.

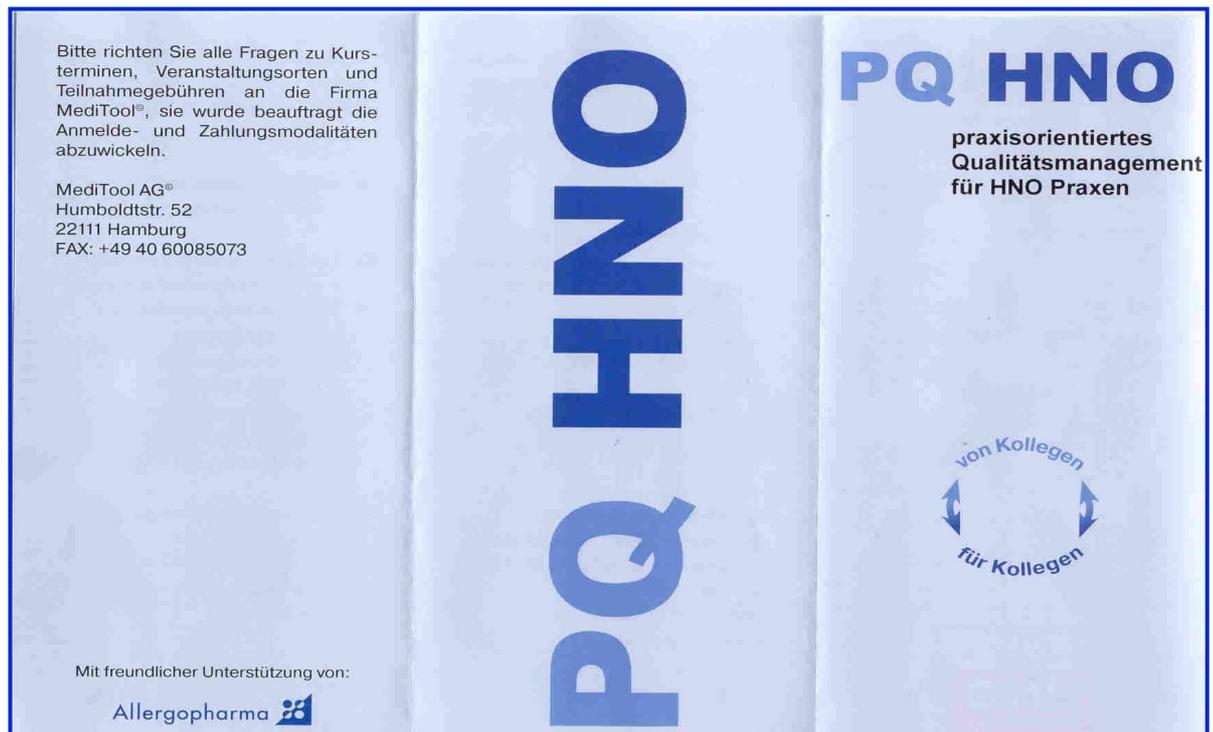


Abb. 10a: Außenseite des PQ HNO Flyers („von Kollegen für Kollegen“)

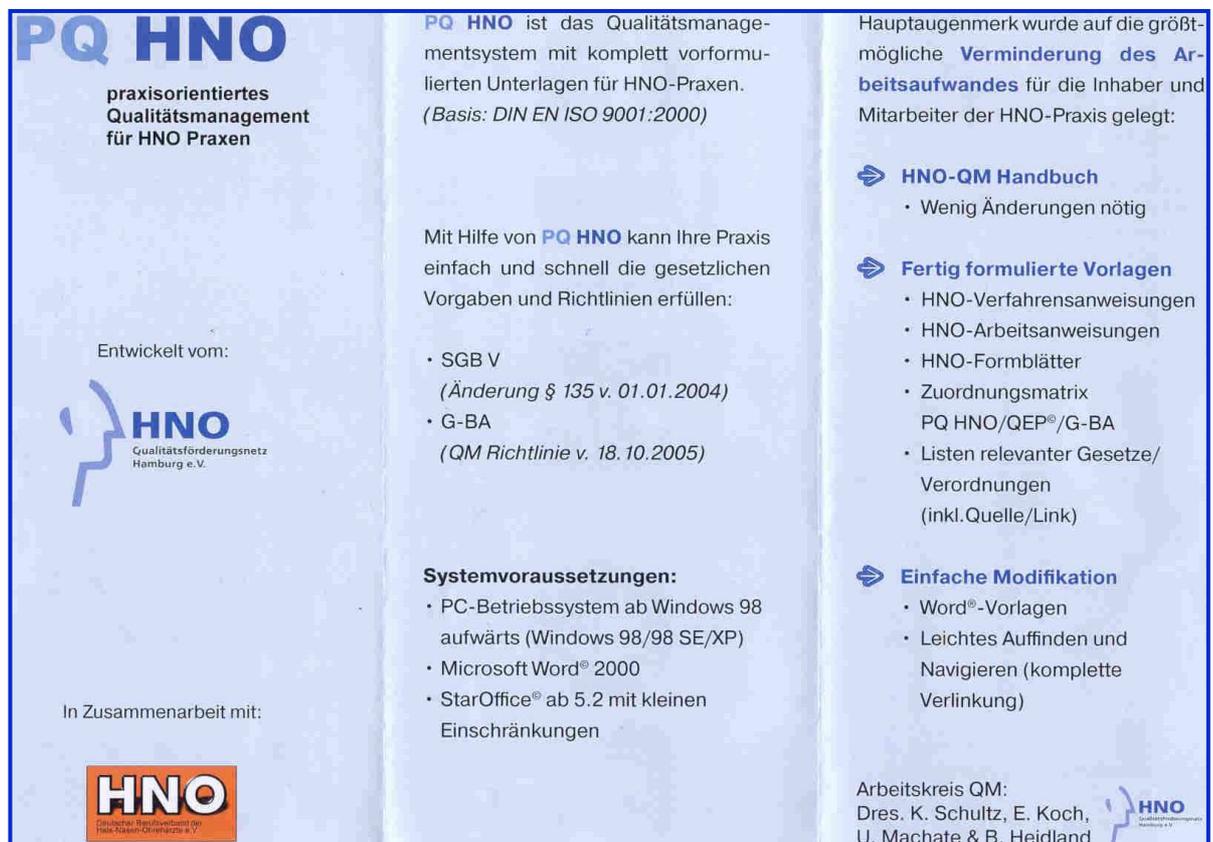


Abb. 10b: Innenseite des PQ HNO Flyers („von Kollegen für Kollegen“)

Die Korrespondenz mit den Kursteilnehmern und die zentrale Kursorganisation wurden über die Firma MediTool AG[®] Hamburg organisiert, insbesondere auch der Verkauf der lizenzierten PQ HNO Version auf CD. Die HNO-Praxen/Einrichtungen, die mit der CD eine Lizenz zur Nutzung erworben

hatten, erhielten Zugangsdaten für den geschlossenen Bereich PQ HNO der Homepage des HNO Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V.

Die Bestellung der CDs erfolgte per Telefax (s. Abb. 11) und wurde wie die Kurse durch die Firma MediTool abgewickelt.

PQ HNO

praxisorientiertes
Qualitätsmanagement
für HNO Praxen

Faxbestellung

CD des PQ HNO Musterhandbuches

An: 040 60085073

Hiermit bestelle ich die CD des PQ HNO Musterhandbuches.

Empfänger/in Name, Vorname:	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort:	
Tel.	
FAX:	
e-mail:	

Verkauf und Versand erfolgt durch die Firma

MediTool AG
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Fax: 040 - 600 850 73

Die CD kostet: **250,- €.**

Den Betrag in Höhe von 250,- € habe ich auf das Konto

MediTool AG
Kto.-Nr.: 0305941245
BLZ: 20090602 Deutsche Apotheke und Ärztebank Hamburg
Verwendungszweck: CD PQ HNO

im Voraus überwiesen.¹

Ort	Datum	Unterschrift	Stempel
-----	-------	--------------	---------

¹Sobald FAX **und** Überweisung eingegangen sind, wird die CD unverzüglich durch die Firma **MediTool AG** per Post an Ihre o. g. Adresse versandt.

Abb. 11: Bestellformular für die PQ HNO-CD per Telefax

Die Kurse wurden bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer angemeldet, zertifiziert und mit Fortbildungspunkten versehen (6-11 Fortbildungspunkte je nach Landesärztekammer). Die Landesärztekammer Hamburg hat 9, die Berliner Ärztekammer 8 Fortbildungspunkte vergeben.

PQ HNO

**praxisorientiertes
Qualitätsmanagement
für HNO Praxen**

Grußwort

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen

als Vorsitzender heiße ich Sie im Namen des
HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V.
zu unserem Intensivkurs „praxisorientiertes
Qualitätsmanagement in HNO-Praxen“ hier in
Berlin herzlich willkommen.

Ein praktikables und alltagstaugliches System
von Kollegen für Kollegen.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr
Dirk Heinrich

Entwickelt vom:



In Zusammenarbeit mit:



Programm

Samstag, den 24. Februar 2007

9:00 **Begrüßung und Einführung ins Thema**
K. D. Schultz

9:15 **Grundlagen und Historie vom Qualitätsma-
nagement**
E. Koch

9:45 **Gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingun-
gen zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen**
E. Koch

10:15 **Vorstellung des PQ HNO-Handbuchs –
Strategie zur Anpassung an die eigene Praxis**
B. Heidland

10:45 Pause (Kaffeepause)

11:00 **„HNO-QM-Praxis-Woche“ Anwendungsbeispiele
des QM-Systems im Alltag einer HNO-Praxis**
K.D. Schultz

12:00 Pause (Mittagsbuffet)

13:15 **Praktische Übungen in Kleingruppen - Erstel-
lung eigener Handbuchdokumente (Arbeitsanwei-
sungen, Verfahrensanweisungen, Handbuchkapitel,
Formblätter etc.) und Auswertung und Bewer-
tung der erstellten Dokumente - Repetitorium
der erlernten Methoden**
E. Koch / B. Heidland / K.D. Schultz

14:00 **Reflexion in kollegialen Diskussionszirkeln –
Ausblick – Gelegenheit für Fragen**
B. Heidland

14:45 Ende der Veranstaltung

Sponsoren
Wir danken der Firma Allergopharma aus Reinbek für die freund-
liche Unterstützung der
Veranstaltung.



Moderation / Referenten

Dr. med. Erich Koch
Ärztliches Qualitätsmanagement
Niedergelassener HNO-Arzt
Waisenhausdamm 4, 38100 Braunschweig

Dr. med. Ulrich Machate
Niedergelassener HNO-Arzt
Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg

Dr. med. Klaus D. Schultz
Niedergelassener HNO-Arzt
Jungfernstieg 7, 20354 Hamburg

Dr. med. Dirk Heinrich
Niedergelassener HNO-Arzt
Rennbahnstraße 32C, 22111 Hamburg

Bernward Heidland
Niedergelassener HNO-Arzt
Neue Große Bergstr. 7, 22767 Hamburg

Akkreditierung
Die Veranstaltung wurde von der Ärztekam-
mer Berlin als ärztliche Fortbildungsveran-
staltung anerkannt und ist mit 8 Punkten
bewertet.

Abb. 12: PQ HNO-Kursprogramm (Programm in Berlin, 24. 02. 2007)

3.3. Datenerhebung

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung und Einführung eines praxisorientierten Qualitätsmanagementsystems für niedergelassene HNO-Ärzte/-innen in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung des §135a (2) analysiert. In einem ersten Schritt wird die Erstellung eines Qualitätsmanagement-Systems (QMS) beschrieben. Dieses QMS besteht aus einem Musterhandbuch und dem dazugehörigen Anhang. In einem zweiten Schritt wird dann überprüft und analysiert, wie sich der Grad der Akzeptanz und der Einführung dieses QMS in der Praxis darstellt. Zeitraum und Umfang der Einführung des QMS werden ebenfalls betrachtet.

Die Einführung des QMS geschah primär über die Durchführung von Intensivkursen (hierbei waren sowohl Ärzte als auch nichtärztliche Mitarbeiter entsprechender Praxen Teilnehmer), eine entsprechende Handbuch-CD konnte sowohl vor als auch nach dem Kurs wie auch unabhängig vom Kurs erworben werden. Es fanden Teilnehmerbefragungen (Evaluationsbogen) jeweils am Ende der einzelnen Kurse statt, eine erste Analyse des einzelnen Kurses erfolgte jeweils in einem Nachleseprotokoll. Dies diente zur ständigen Verbesserung der nachfolgenden Intensivseminare.

2009 wurde an die Anwender ein standardisierter Fragebogen versendet (s. Abb. 15). Die zurück erhaltenen Fragebögen wurden einer detaillierten Auswertung unterzogen.

3.3.1. Teilnehmer an den Intensivkursen

Ab Februar 2007 bis zum November 2009 wurden insgesamt 32 Kurse durchgeführt. 29 der Kurse wurden vom HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e. 3 von der Fortbildungsgesellschaft des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte Neumünster organisiert. Zur Sicherstellung einer produktiven Arbeitsatmosphäre wurde die Teilnehmerzahl an den Kursen auf 30 begrenzt. Wegen der großen Nachfrage ließ sich dies nicht immer konsequent durchsetzen.

Zahl	Datum	Ort
1	17.02.2007	Hamburg
2	24.02.2007	Berlin
3	03.03.2007	Köln
4	10.03.2007	Dresden
5	17.03.2007	Frankfurt
6	24.03.2007	Hamburg
7	31.03.2007	München
8	14.04.2007	Hannover
9	21.04.2007	Aachen
10	05.05.2007	Karlsruhe
11	12.05.2007	Köln
12	02.06.2007	Hamburg
13	09.06.2007	Frankfurt
14	16.06.2007	Erfurt
15	16.06.2007	Kiel
16	23.06.2007	Ravensburg

Zahl	Datum	Ort
17	30.06.2007	Berlin
18	25.08.2007	Dortmund
19	01.09.2007	Hannover
20	15.09.2007	Fulda
21	29.09.2007	Nürnberg
22	13.10.2007	Halle
23	27.10.2007	Karlsruhe
24	03.11.2007	Mannheim
25	24.11.2007	Koblenz/St. Goar
26	29.03.2008	Hamburg
27	17.05.2008	Hamburg
28	05.07.2008	Hamburg
29	06.09.2008	Hamburg
30	01.11.2008	Mannheim
31	04.07.2009	Hamburg
32	31.10.2009	Mannheim

Tab. 5: Intensivkurse in den Jahren 2007 – 2009

3.3.2. Vermarktung und Vertrieb der PQ HNO-Lizenzen

Der Verkauf der CD mit den Dateien zum PQ HNO-Musterhandbuch erfolgte über die Firma MediTool. Durch Fachzeitschriften, Mitteilungen des Berufsverbandes über die HNO-Mitteilungen (an die Mitglieder des HNO-Berufsverbandes) und das Deutsche Ärzteblatt (an alle approbierten Ärztinnen und Ärzte) waren alle betroffenen Ärzte über die Pflicht zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in ihren Praxen informiert. Vor diesem Hintergrund reichte ein Rundbrief an alle HNO-Ärztinnen und –Ärzte aus, um ein nachhaltiges Interesse zu wecken. Interessierte HNO-Praxen hatten die Möglichkeit eine CD mit dem PQ HNO-Musterhandbuch nebst Anhang und damit die Lizenz zur Nutzung zu bestellen. Die CD konnte unabhängig vom Intensivkurs entweder vorher, im Kurs oder anschließend bestellt werden. Die Bestellbögen erhielten die Teilnehmer mit der Bestätigung der Kursteilnahme, sie lagen im Intensivkurs aus und standen auf der Homepage des HNO Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. zum Download bereit. Bis zum 31.12.2009 wurden insgesamt 696 Lizenzen zur Nutzung von PQ HNO vergeben.

3.3.3. Evaluationsbogen

Als Auflage der Ärztekammern, die für die Kurse Fortbildungspunkte vergaben, und zur Evaluation der Kurse und der Referenten erhielten die Teilnehmer an den Intensivkursen am Ende des Kurses einen Evaluationsbogen (s. Abbildung 13). Für die vorliegende Arbeit wurden die Antworten auf die Fragen nach klinischer Relevanz, eigenem Erkenntnisgewinn und Informationsgehalt berücksichtigt.

Evaluationsbogen für den Intensivkurs

„ praxisorientiertes Qualitätsmanagement für HNO Praxen“

Veranstaltungsort:		Datum:	
VNR:		zuständige Ärztekammer	

Für die Akkreditierung dieses Kurses benötigen wir auch eine Beurteilung durch Sie zur Evaluation. Wir bitten daher um Ihre Mitarbeit und die Beantwortung der unten angegebenen Fragen mit jeweils einem Kreuz pro Zeile.

Bewertung	1 sehr gut	3 befriedigend	5 mangelhaft
	2 gut	4 ausreichend	6 völlig unzureichend

	Bitte ankreuzen							
	1	2	3	4	5	6		
Technische Organisation (Anmeldemodalitäten, Ablauf)								
Auswahl / Aktualität / Zusammenstellung der Themen								
Auswahl der Referenten								
Präsentation der Vorträge (verwendete Medien, Verständlichkeit der Aussagen)								
Präsentation der Vorträge								
Einhaltung des Zeitrahmens								
Informationsgehalt								
klinische Relevanz / Relevanz für die Praxis								
Eigener Erkenntnisgewinn								
Möglichkeit zur Diskussion mit Referenten								
Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit Kollegen								
Gesamteindruck								
Wurde in Vorträgen die Produktneutralität gewahrt?	<input type="checkbox"/> Ja, <small>alle Vorträge</small>		<input type="checkbox"/> Überwiegend Ja <small>Mehrzahl der Vorträge</small>		<input type="checkbox"/> Überwiegend Nein <small>Mehrzahl der Vorträge</small>		<input type="checkbox"/> Nein, <small>alle Vorträge</small>	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Eval.bog.2007-00-leer.doc

Abb. 13: Evaluationsbogen zur Bewertung eines Intensivkurses PQ HNO

Diese Evaluationsbögen wurden jeweils im Anschluss an die Intensivkurse im Tausch gegen die Teilnahmebescheinigung eingesammelt und anonym ausgewertet. Um den Rücklauf dieser Bögen möglichst hoch zu halten wurde die Herausgabe der Teilnahmebestätigung an die Rückgabe gekoppelt. Die ermittelten Daten der Evaluationsbögen wurden auf der Homepage des HNO Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. veröffentlicht.

3.3.4. Nachleseprotokoll

Nach jedem PQ HNO-Intensivkurs erstellen die durchführenden Referenten ein Protokoll (s. Abbildung 14). Die Ergebnisse der Evaluationsbögen (s. oben, Abbildung 13) wurden berücksichtigt.

Nachlese PQ HNO Kurs



Ort: _____ **Datum:** _____

Referenten: _____



Was	Reflexion / Konsequenz	Wer macht's, ggf. bis wann?
1. Probleme bei CD-Ausgabe; nein, ja, ggf. welche		
2. Evaluation; Kritik im Kurs		
3. Vorträge		
4. Ablauf/Programm		
5. Pausen		
6. Teilnahmebeeinträchtigungen		
7. Übungen		
8. Räumlichkeiten/Essen		
Infos für Frau Stange		
<ul style="list-style-type: none"> - welcher Arzt / AH war angemeldet, ist aber nicht erschienen bzw. umgekehrt - Besonderheiten bei der CD-Ausgabe 		

Das war es in Kürze, Größe

Seite 1 von 1

2007-00-00.Nachlese - leer.doc

Abb. 14: Nachleseprotokoll der Referenten nach jedem Intensivkurs

3.3.5. Fragebogen

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung und Einführung eines praxisorientierten QM für niedergelassene HNO-Ärzte/-innen in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung des § 135a (2) analysiert. Darüber hinaus wird der Grad der Akzeptanz und der Einführung überprüft und bewertet. Amend (2005) weist in einer vergleichbaren Arbeit auf Vorteile der Verwendung eines Fragebogens bei der Datenerhebung hin. Es könnten größere Zahlen erreicht werden, die Ergebnisse sind vergleichbarer als bei Interviewbefragungen, der Zeitaufwand ist geringer. Um möglichst viele Rückantworten zu erhalten, wurde der Fragebogen zur Erhebung der für diese Arbeit relevanten Daten so gestaltet, dass die Fragen übersichtlich auf eine DIN A4 – Seite passten. Insgesamt wurden 9 Fragen, teilweise mit Unterfragen, gestellt. Die Formulierung und Zusammenstellung der Fragen hatte das Ziel, die Befragten möglichst eindeutig entscheiden zu lassen. Rost beschreibt in seinem Lehrbuch zur Testtheorie und Testkonstruktion zwei Arten von Antwortformaten (Rost 2004). Er unterscheidet das *freie Antwortformat* von dem *gebundenen Antwortformat*. Als Untergruppe des gebundenen Antwortformates beschreibt Rost das *Ratingformat*. Im *freien Antwortformat* steht die Erfassung spontaner Reaktionen im Vordergrund. Die Antwort wird frei formuliert. Im *gebundenen Antwortformat* werden verschiedene vorformulierte Antwortmöglichkeiten angeboten, die Antwortmöglichkeiten sind eingeschränkt und die Kategorien der Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Das Ratingformat als Untergruppe des gebundenen Antwortformates zeichnet sich nach Rost durch zwei Eigenschaften aus. Erstens gibt es mehrere Antwortkategorien, die von der befragten Person als Rangfolge wahrgenommen werden, zweitens sind die Antwortmöglichkeiten unspezifisch formuliert. Unter Berücksichtigung dieser theoretischen Erwägungen wurde ein Fragebogen zur Datenerhebung entwickelt.

Nach Rost (2004) hat sich in vielen Untersuchungen die Verwendung einer mittleren, neutralen Kategorie als ungünstig erwiesen. Daher wurde bei der Zusammenstellung bei den Fragen mit gebundenem Antwortformat eine gerade Zahl von Antwortkategorien gewählt. Abhängig von den Persönlichkeitseigenschaften der befragten Personen kann die Nutzung dieser mittleren Kategorie zwischen zwei Polen Ausdruck einer neutralen Haltung sein, aber auch Ausdruck dafür, dass die befragte Person die Frage für unpassend hält.

Die Fragen 3a, 4 und 6 sind im *freien Antwortformat*, die Fragen 1, 2, 3, 3b, 5,6,7,8 und 9 wurden im *gebundenen Antwortformat* abgefasst.

Frage 1 des Fragebogens: „Wie war Ihre Einstellung zum Qualitätsmanagement (QM) in Praxen vor Erwerb der Lizenz PQ-HNO bzw. Teilnahme am Kurs?“

Zum Einstieg eine Frage zur subjektiven Einschätzung des Nutzens von QM vor Teilnahme am Kurs. Es stehen 6 Möglichkeiten von sinnvoll absteigend bis zu unsinnig.

Frage 2 des Fragebogens: „Wie war Ihre Einstellung zum QM in Praxen nach Erwerb der Lizenz PQ-HNO bzw. Teilnahme am Kurs?“

Die zweite Frage zum direkten Vergleich mit Frage 1 zur subjektiven Einschätzung des Nutzens von QM nach Teilnahme am Kurs.

Fragenbogen PQ HNO 1/2009



1.	Wie war Ihre Einstellung zum Qualitätsmanagement (QM) in Praxen vor Erwerb der Lizenz PQ-HNO bzw. Teilname am Kurs?	Sinnvoll	<input type="checkbox"/>	unsinnig					
2.	Wie war Ihre Einstellung zum QM in Praxen <u>nach</u> Erwerb der Lizenz PQ-HNO bzw. Teilname am Kurs?	Sinnvoll	<input type="checkbox"/>	unsinnig					
3.	Haben Sie PQ HNO – Vorlagen (HB/FB/AA/VA) inzwischen für Ihr praxisinternes QM genutzt?	ja	<input type="checkbox"/>	nein			<input type="checkbox"/>		
a.	Wenn nein, nutzen Sie ein anderes QM-System in Ihrer Praxis?	Welches?						
b.	Wenn ja, wie hoch ist der Anteil der genutzten Vorlagen	1-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%			
		<input type="checkbox"/>							
4.	Wann nach dem CD-Kauf (Lizenz-erwerb) haben Sie mit der Nutzung / Einführung von PQ HNO-Vorlagen begonnen?	ca. nach Monaten							
5.	Haben Sie eigene FB/AA/VA nach PQ HNO-Vorlagen erstellt?	ggf. wie viele?	1 - 5	6 - 10	11 - 15	> 15			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6.	Wie weit hat die Nutzung von PQ HNO-Vorlagen die praxisinternen Abläufe / Prozesse verbessert?	erheblich	<input type="checkbox"/>	gar nicht					
a.	Was hat sich ggf. verbessert? (bitte kurze eigene Stichpunkte: z.B. Wartezeiten, Terminplanung)							
7.	Haben Sie das PQ HNO – System weiter empfohlen?	ja	<input type="checkbox"/>	nein			<input type="checkbox"/>		
8.	Zeitpunkt der Zertifizierung	bereits erfolgt	vorauss. in 2009	1. Hj. 2010	2. Hj. 2010	später			
		<input type="checkbox"/>							
9.	Letzte Frage: In welcher Praxisform sind Sie tätig?	Einzelpraxis	Gem.Praxis	Praxisgem.	MVZ				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Bitte alsbald zurücksenden an

HNO-Netz-Hamburg, B. Heidland, Neue Große Bergstr. 7, 22767 Hamburg oder besser

per **Fax an 040 / 600 850 73**. Vielen Dank

Abb. 15: Fragebogen zur Einführung und Akzeptanz von QM in HNO-Praxen

Frage 3, 3a und 3b des Fragebogens: „Haben Sie PQ HNO – Vorlagen (HB/FB/AA/VA) inzwischen für Ihr praxisinternes QM genutzt?“, Frage 3a des Fragebogens: „Wenn nein, nutzen Sie ein anderes QM-System in Ihrer Praxis?“ und Frage 3b des Fragebogens: „Wenn ja, wie hoch ist der Anteil der genutzten Vorlagen?“.

Diese Fragen dienen zunächst allgemein zur Einschätzung der Implementierungsrate von PQ HNO im Besonderen oder eines anderen QM Systems in den Praxisablauf. Teil zwei und drei m Speziellen die Frage nach der Nutzung der angebotenen Vorlagen von PQ HNO.

Frage 4 des Fragebogens: „Wann nach dem CD-Kauf (Lizenz-erwerb) haben Sie mit der Nutzung / Einführung von PQ HNO-Vorlagen begonnen?“

Hiermit wird der zeitliche Ablauf der Implementierung von PQ HNO Vorlagen eruiert.

Frage 5 des Fragebogens: „Haben Sie eigene FB/AA/VA nach PQ HNO-Vorlagen erstellt?“

Mit dieser Frage soll geklärt werden, wie umfassend und allgemein nutzbar die angebotenen Vorlagen für HNO-Praxen nutzbar waren, weiterhin ließen die Antworten ggf. Rückschlüsse auf die Effektivität der Intensivkurse zu.

Frage 6 des Fragebogens: „Wie weit hat die Nutzung von PQ HNO-Vorlagen die praxisinternen Abläufe / Prozesse verbessert?“ und Frage 6a des Fragebogens: „Was hat sich ggf. verbessert? (bitte kurze eigene Stichpunkte: z.B. Wartezeiten, Terminplanung).

Während der erste Teil der Frage eher die subjektive Einschätzung der Verbesserung der Prozesse ist, wird im zweiten Teil (Frage 6a) geklärt, welche konkreten Verbesserungen tatsächlich infolge der QM-Einführung resultieren.

Frage 7 des Fragebogens: „Haben Sie das PQ HNO – System weiter empfohlen?“

Diese Frage dient zur Überprüfung der individuellen Bewertung/Akzeptanz von QM überhaupt und PQ HNO im Besonderen.

Frage 8 des Fragebogens: „Zeitpunkt der Zertifizierung“

Hier wird der Zeitpunkt einer möglichen Zertifizierung gefragt. Gemäß gesetzlicher Vorgabe ist jede Medizinische Einrichtung verpflichtet bis Ende 2009 ein QM-System eingeführt zu haben. Es besteht aber bislang keine Verpflichtung, sich den Grad der Qualitätssicherung durch ein Zertifikat bestätigen zu lassen.

Frage 9 des Fragebogens: „In welcher Praxisform sind Sie tätig?“

Klärung der Verteilung der Praxis- bzw. Kooperationsform der Teilnehmer. Die Zahl der Einzelpraxen in der Bundesrepublik Deutschland ist rückläufig. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich sind in diversen Rechtsformen tätig; z.B. Partner in einer Gemeinschaftspraxis, als Angestellte/r in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer sonstigen Berufsausübungsgemeinschaft.

3.3.6. Kennzahlen zur Zielgruppe

Am 31.12.2009 waren nach Angaben der KBV in Deutschland 153.895 Vertragsärzte und – psychotherapeuten für die Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten tätig (Internet: <http://daris.kbv.de/daris.asp> [Stand: 10.11.2010]).

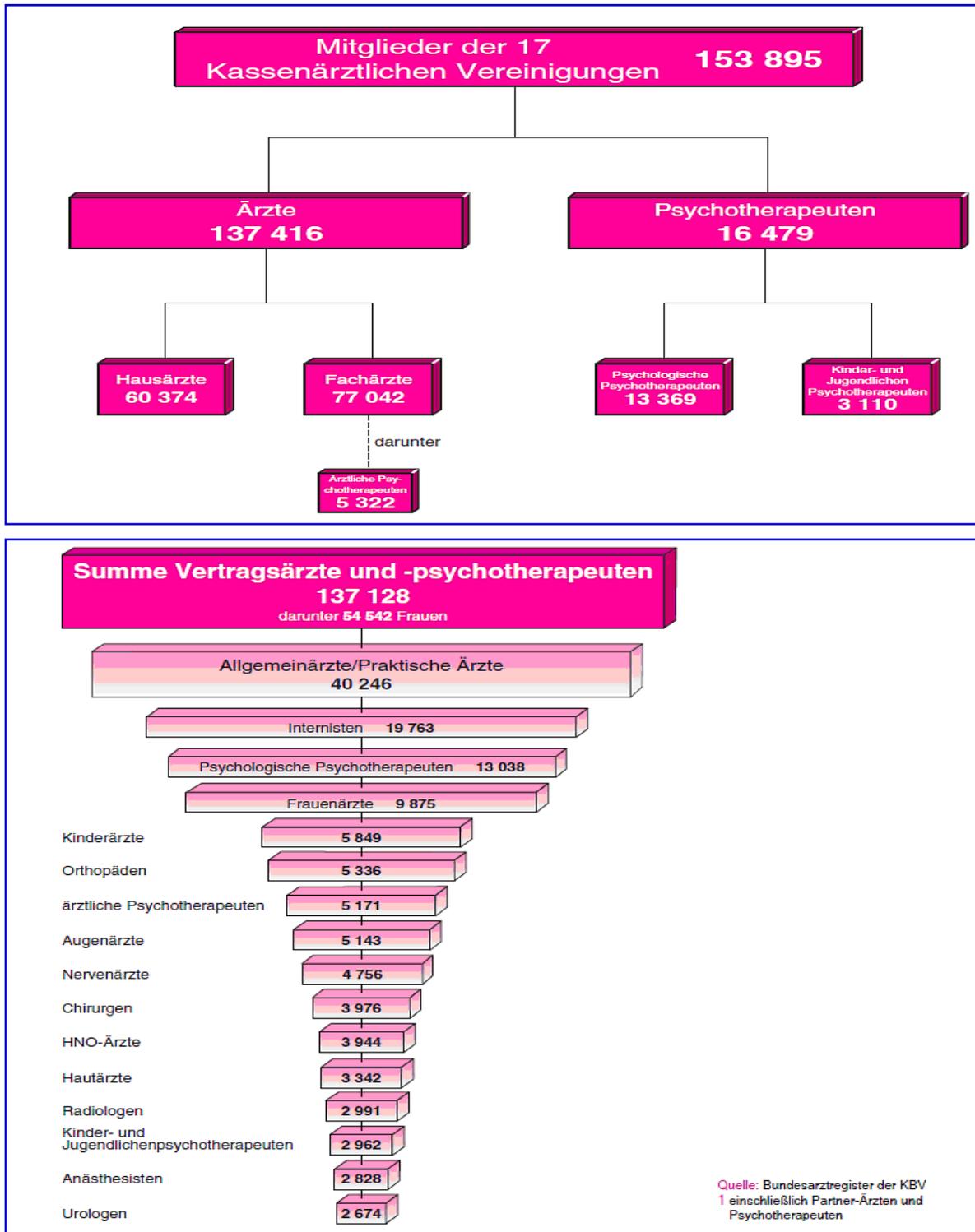


Abb. 16: Vertragsärzte und –psychotherapeuten in Deutschland am 31.12.2009

Die überwiegende Zahl der Einrichtungen waren mit 77% per Stand 31.12.2009 Einzelpraxen, der geringste Anteil medizinischen Versorgungszentren (MVZ), ihr Anteil betrug 2%. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen mit zwei oder mehr Ärzten betrug 22%.

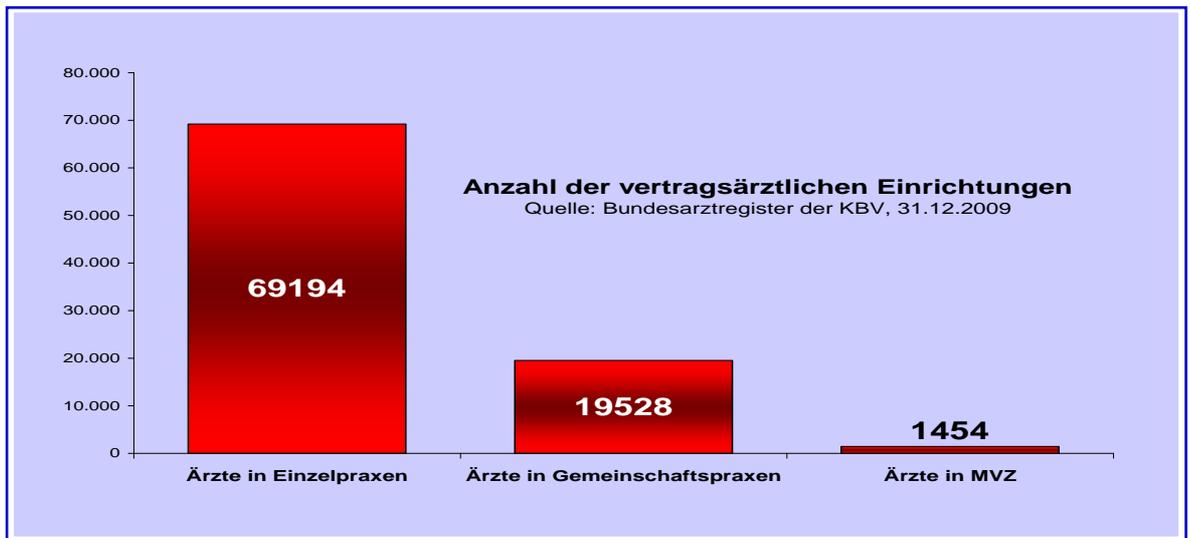


Abb. 17: Zahl der vertragsärztlichen Einrichtungen in Deutschland am 31.12.2009

Die Zahl der Ärzte, die gemeinschaftlich in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ tätig waren betrug am 31.12.2009 bereits 49882 mit steigender Tendenz (s. Tab. 18), ihr Anteil lag diesem Zeitpunkt bei 36% (Internet: <http://daris.kbv.de/daris.asp> [Stand: 10.11.2010]).

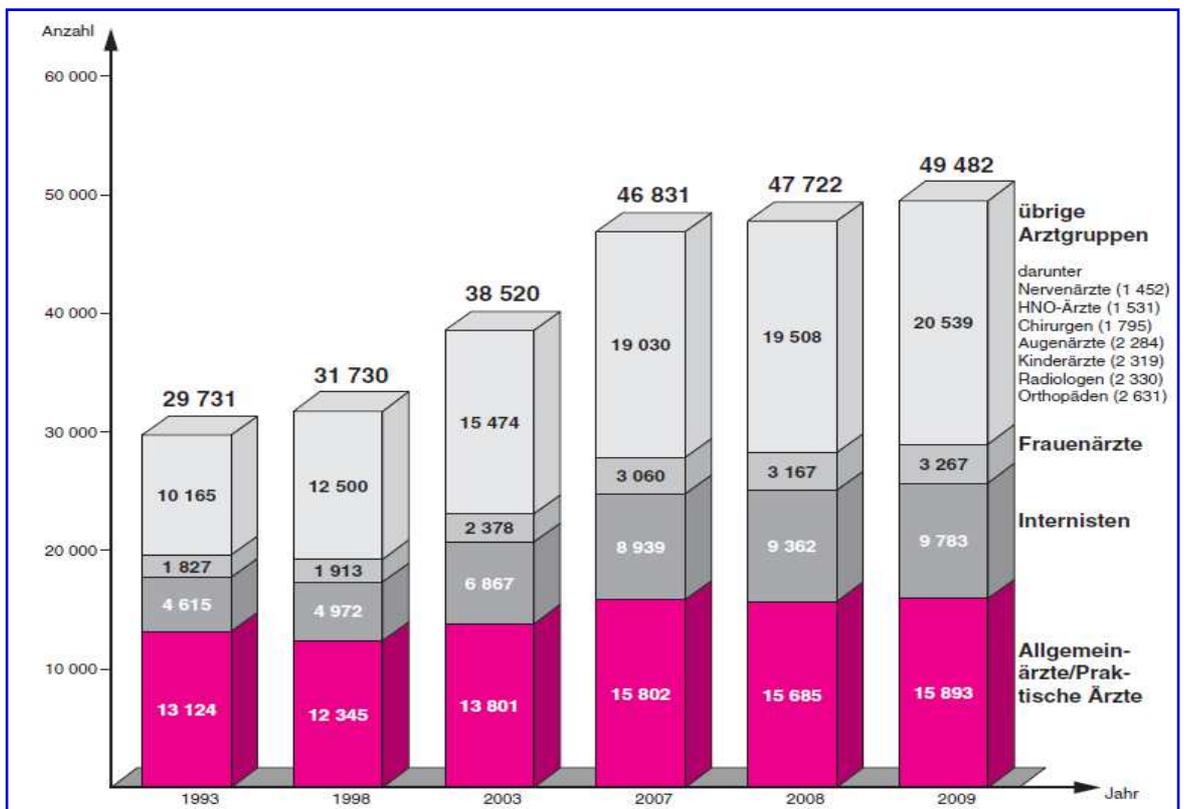


Abb. 18: Ärzte in Gemeinschaftspraxis in Deutschland am 31.12.2009

Die HNO-Ärzte liegen mit einem Anteil von 38,3% im Bundesdurchschnitt (s. Tab. 19).

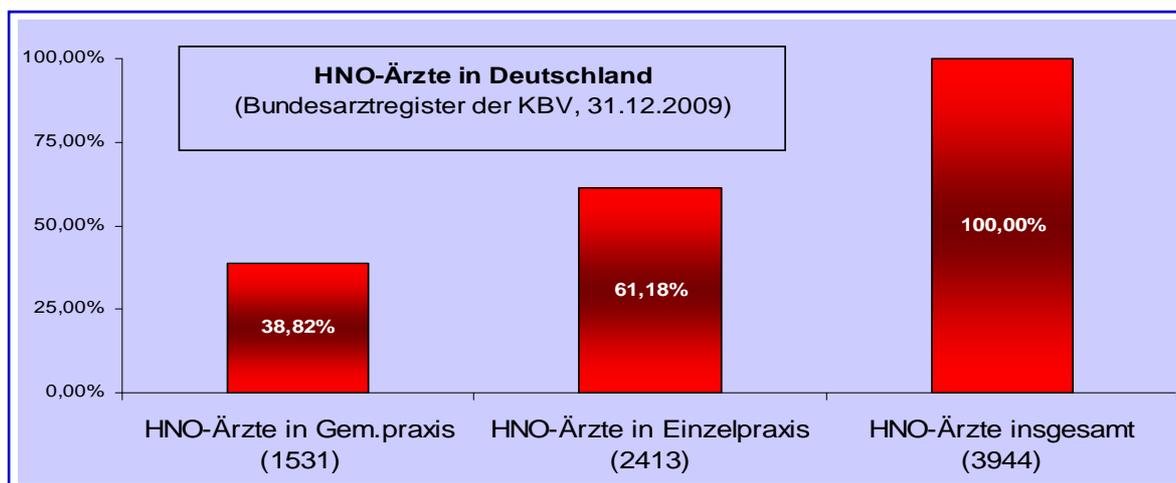


Abb. 19: Zahl der HNO-Praxen in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland bestehen für Vertragsärzte, d.h. für Ärzte die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV'en) Verträge zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten geschlossen haben, Zulassungsbezirke. Für diese Zulassungsbezirke führen die KV'en das Arztregister, auf Bundesebene führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Bundesarztregister. Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt ist die Eintragung ins das Arztregister. Zum Stichtag 31.12.2009 waren in der Bundesrepublik Deutschland 3944 Ärzte niedergelassen als HNO-Vertragsärzte tätig. 2349 HNO-Ärzte waren in einer Einzelpraxis tätig; dies entspricht einem Anteil von 60%. 1052 HNO-Ärzte waren in einer Gemeinschaftspraxis mit 2 Ärzten tätig; dies entspricht einem Anteil von 26%. Darüber hinaus bestanden zum 31.12.2009 gemäß Bundesarztregister 120 Wirtschaftseinheiten (HNO-Praxen) mit 3 oder mehr Ärzten. Die durchschnittliche Zahl der in einer HNO-ärztlichen Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte betrug 2,2.

4. Ergebnisse

Es haben 950 HNO-Ärztinnen und -Ärzte an den PQ HNO-Intensivkursen, die über die vom HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. organisiert wurden teilgenommen.

4.1. Auswertung der Evaluationsbögen

Der Evaluationsbogen (s. Abb. 13) in den von der Firma MediTool AG und dem HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. organisierten PQ HNO Kursen wurde auf Grund von Auflagen der Landesärztekammern ausgegeben sowie zur sukzessiven Qualitätssteigerung der eigenen Kurse genutzt.

Verwertbar waren 869 von 950 ausgegebenen Evaluationsbögen, dies entspricht einer Abgabequote von 91,47% (s. Abb. 20).

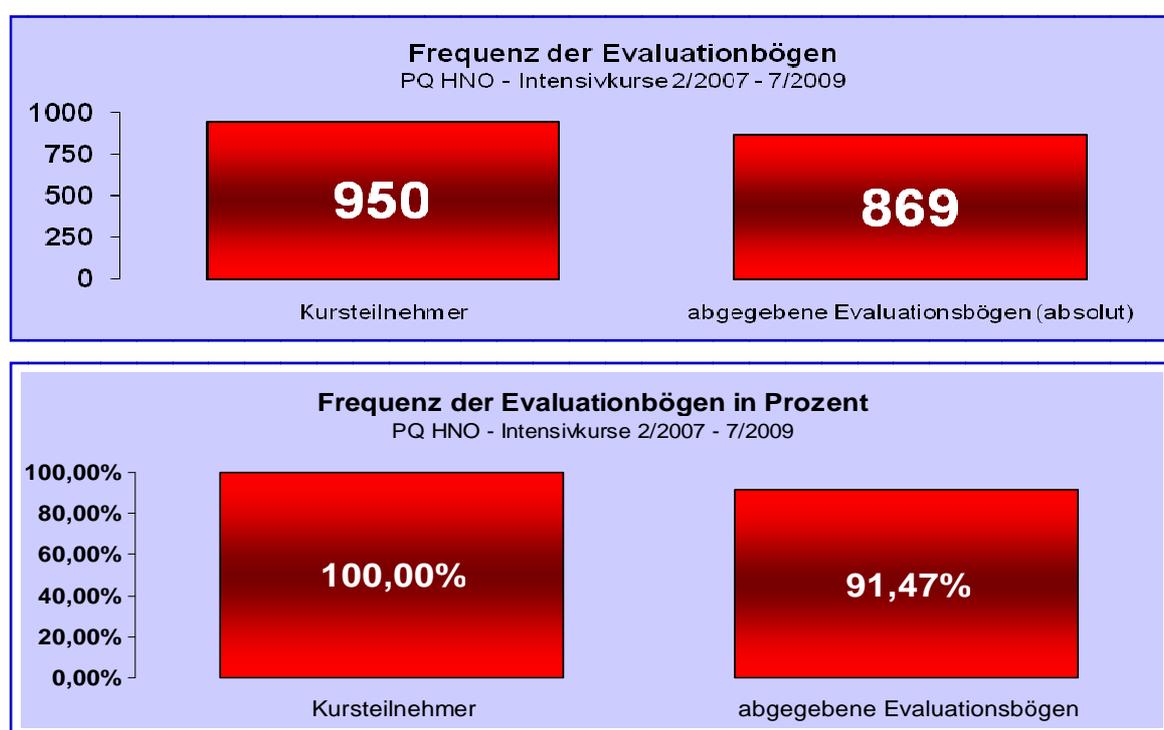


Abb. 20: Abgabequote der Evaluationsbögen nach dem Kurs

Relevant für die vorliegende Arbeit sind die Fragen nach dem Informationsgehalt, der klinischen und der Relevanz für die eigene Praxis und die Frage nach dem eigenen Erkenntnisgewinn.

Die Teilnehmer sollten anonym die Fragen beantworten, und dabei den Informationsgehalt, die klinische Relevanz für die eigene Praxis und den eigenen Erkenntnisgewinn nach Schulnoten bewerten. Demnach entsprachen eine 1 der Bewertung „sehr gut“ und eine 6 der Bewertung „ungenügend“.

4.1.1. Auswertung der Frage zur klinischen Relevanz

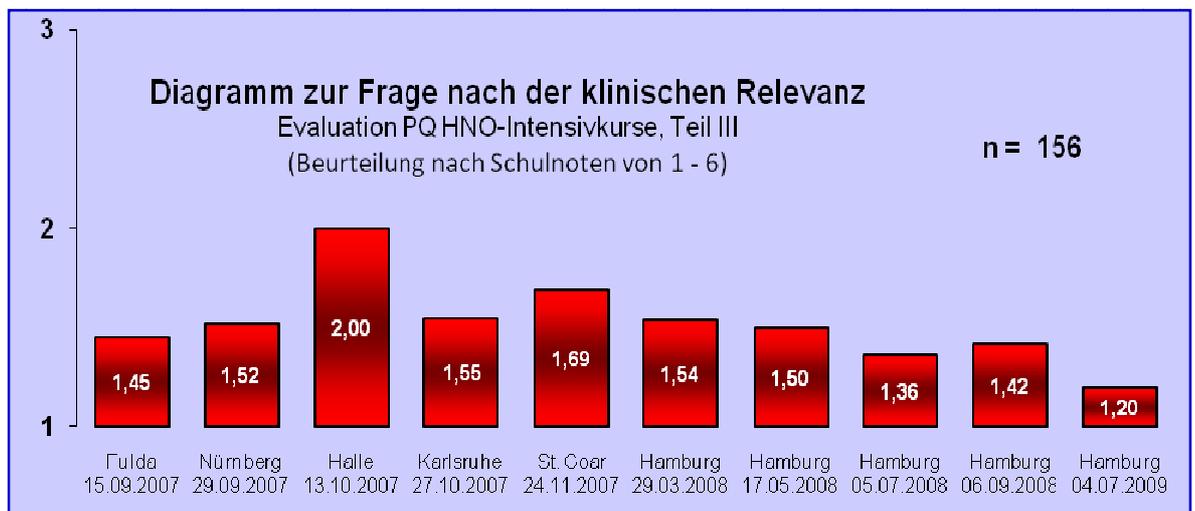
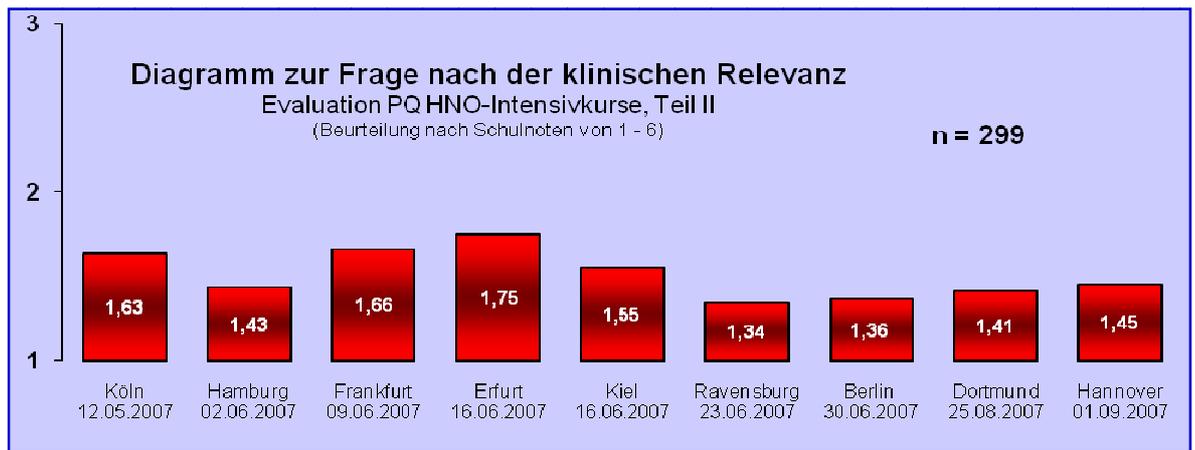


Abb. 21: Ergebnisse zur Frage nach der klinischen Relevanz im Evaluationsbogen nach Kursort

4.1.2. Auswertung der Frage zum eigenen Erkenntnisgewinn

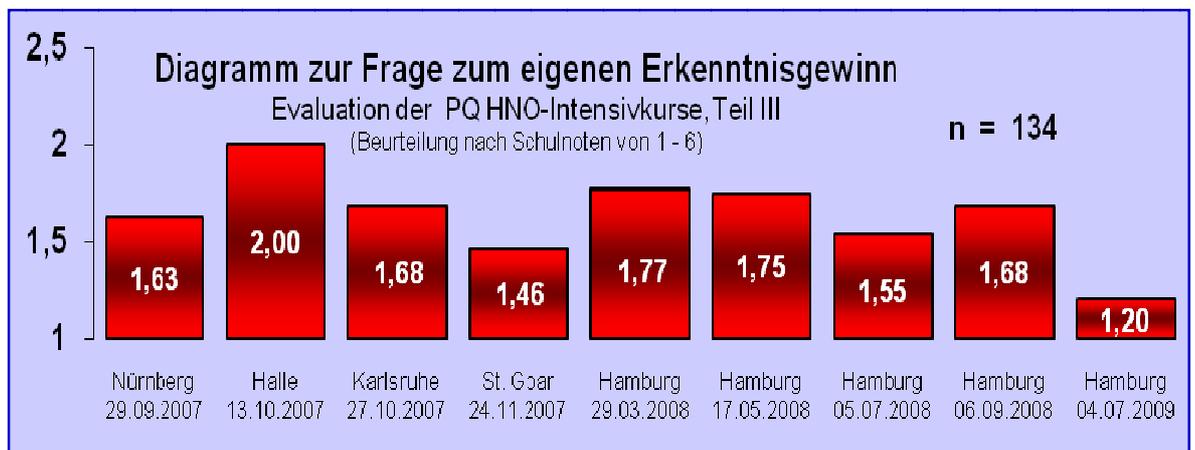
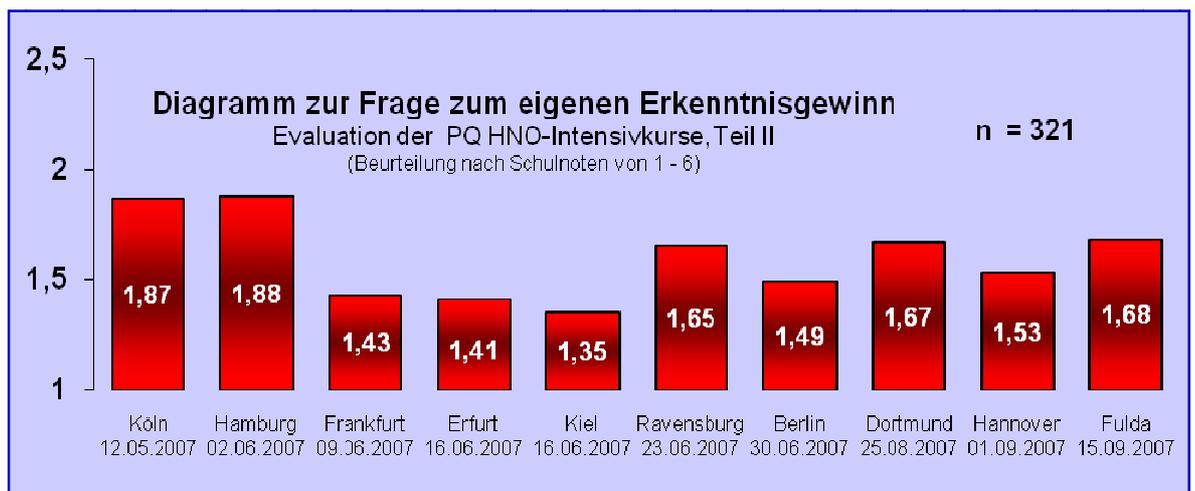
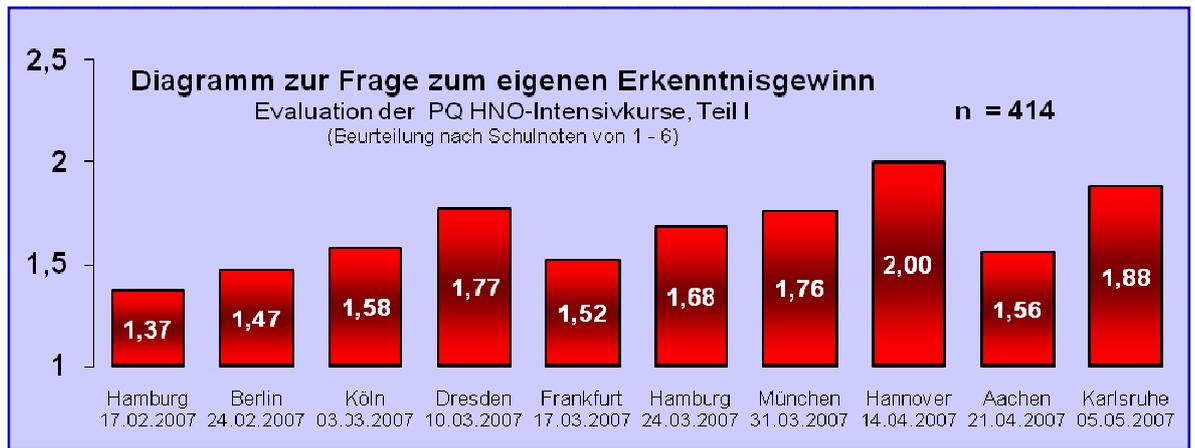


Abb. 22 a - c: Ergebnisse der Frage zum Erkenntnisgewinn im Evaluationsbogen nach Kursort

4.1.3. Auswertung der Frage zum Informationsgehalt

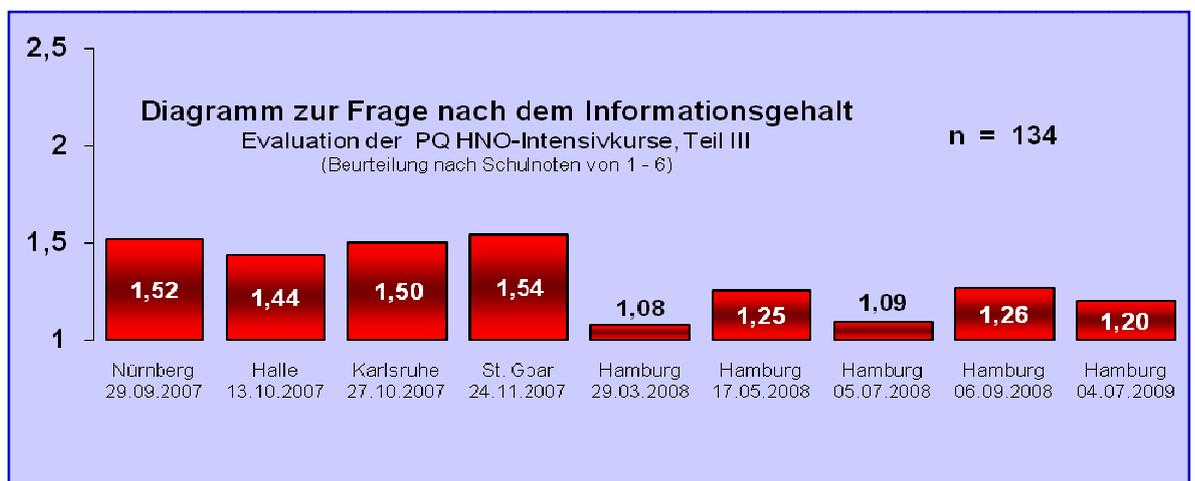
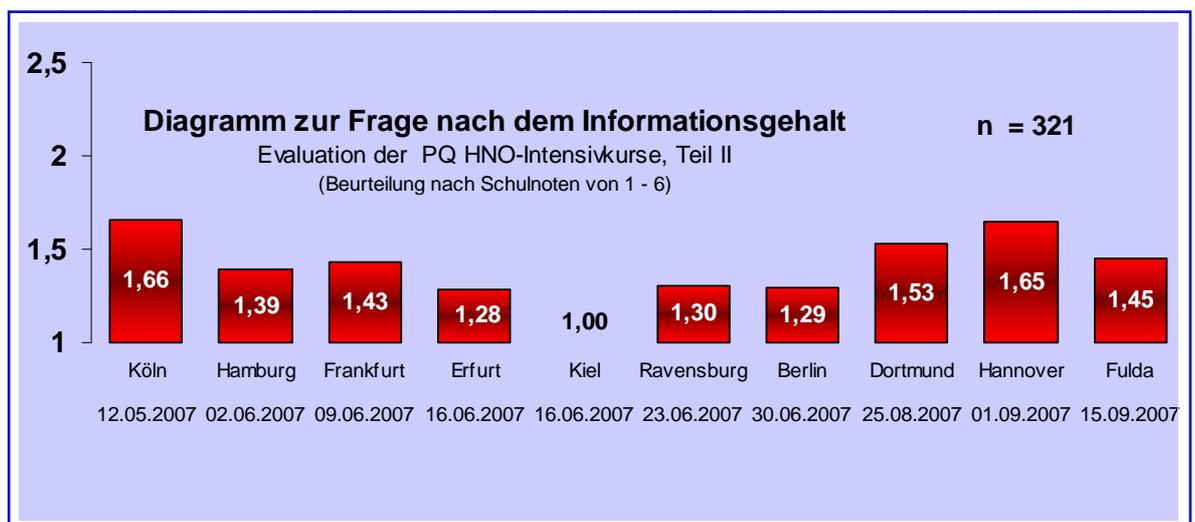
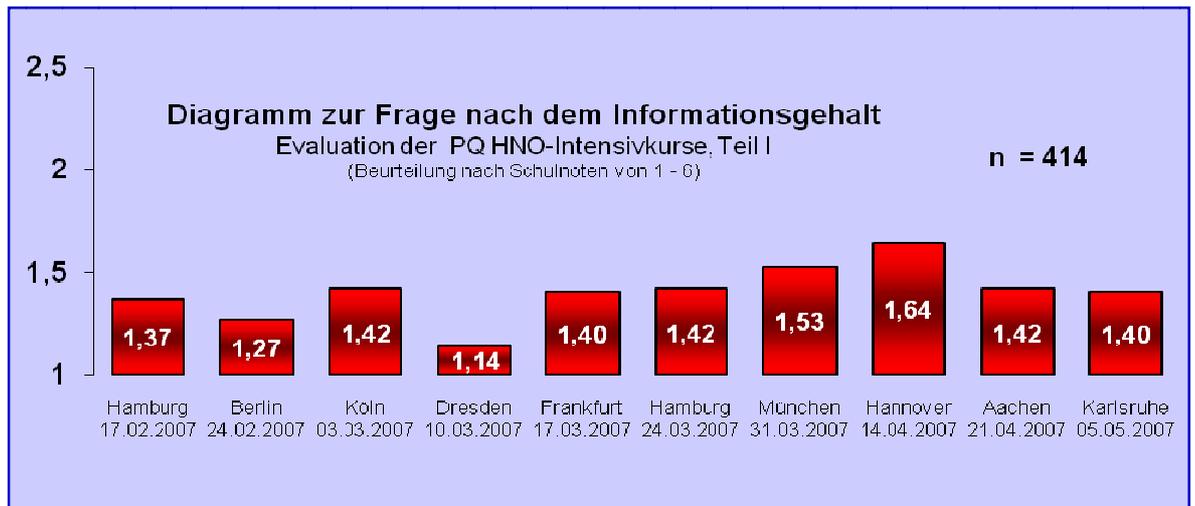


Abb. 23: Ergebnisse zur Frage nach dem Informationsgehalt im Evaluationsbogen nach Kursort

4.2. Auswertung des Fragebogens

Es wurden 885 Fragebögen an Lizenznehmer und an Kursteilnehmer verschickt. Davon kamen insgesamt 270 Fragebogen beantwortet per Fax oder per Post bereits wenige Wochen nach Versand an den Autor anonym zurück. Die Rückläuferquote/Repräsentationsgrad betragen 30,51%.

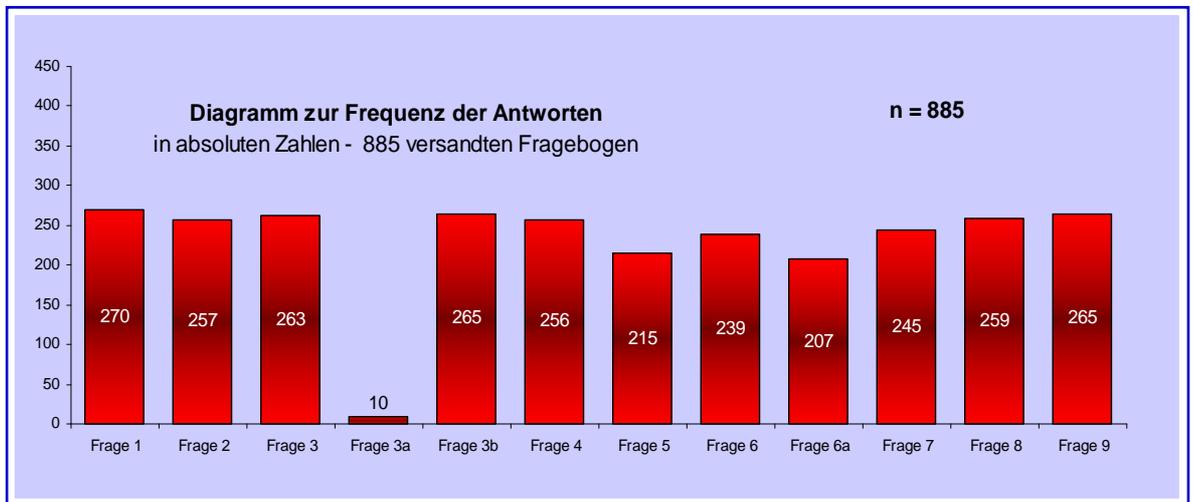


Abb. 24: Frequenz der eingegangenen Fragebogen

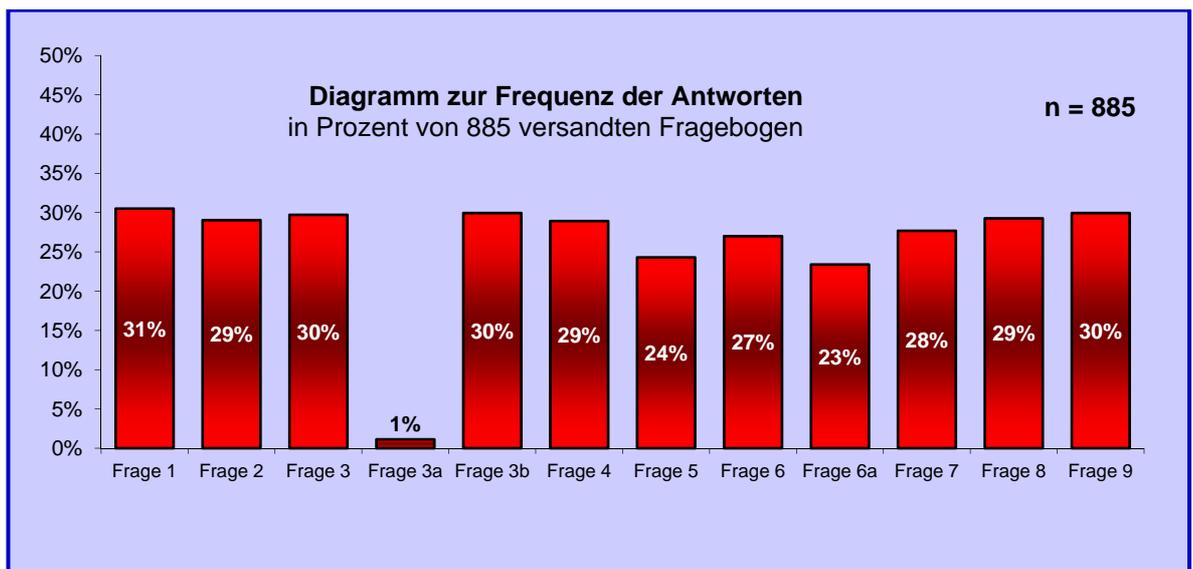


Abb.25: Frequenz der eingegangenen Fragebogen in Relation

Alle waren verwertbar und flossen in die Datenerhebung mit ein. Einige Fragebögen waren teilweise ausgefüllt; dies erklärt die unterschiedliche Zahl der Antworten auf die einzelnen Fragen. Die erste Frage wurde auf allen 270 Fragebögen beantwortet.

Die Frage nach der Einstellung zum Qualitätsmanagement (QM) in Praxen vor Erwerb der Lizenz PQ-HNO bzw. Teilnahme am Kurs wurde 270mal beantwortet (31% Repräsentationsgrad = bestes Ergebnis); die Frage 6a des Fragebogens: „Was hat sich ggf. verbessert? (bitte kurze eigene Stichpunkte: z.B. Wartezeiten, Terminplanung)“ wurde 239mal beantwortet (23% Repräsentationsgrad). Die Frage 3 nach einer Alternative zu PQ HNO habe nur 10 Befragte beantwortet.

Frage 1: Die Befragten hatten 6 Möglichkeiten / Kategorien in einer Ratingskala von 0-5 zur Auswahl; die „5“ stand für die Antwort: Ich halte die Einführung eines QM-Systems für sinnvoll, die „0“ stand für die Antwort: Ich halte die Einführung eines QM-Systems für unsinnig.

Die Auswertung der Frage 1 zeigt, dass fast ein Drittel der Befragten ein QM für unsinnig hält. Vergleicht man die Zahl der positiven Bewertungen (3 – 5 angekreuzt) mit den eher negativen (0 – 2 angekreuzt), ergibt sich, dass lediglich ein Viertel der Befragten eine positive Einstellung zu QM hatte, während drei Viertel ihre Einstellung eher als negativ und davon sogar 32% mit der 0 (QM ist völlig unsinnig) als unsinnig einschätzten.

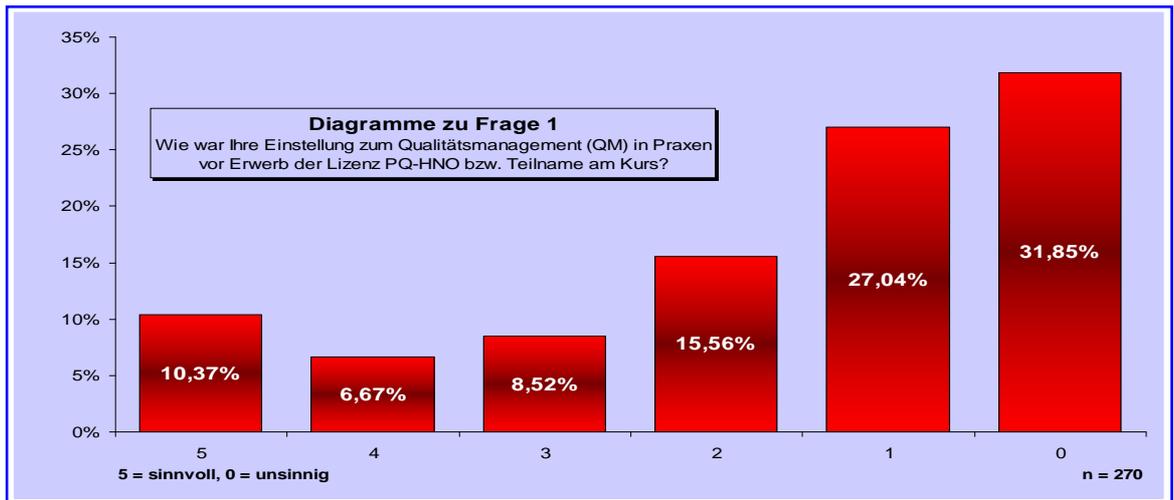


Abb. 26a: Ergebnisse der Frage 1 des Fragebogens

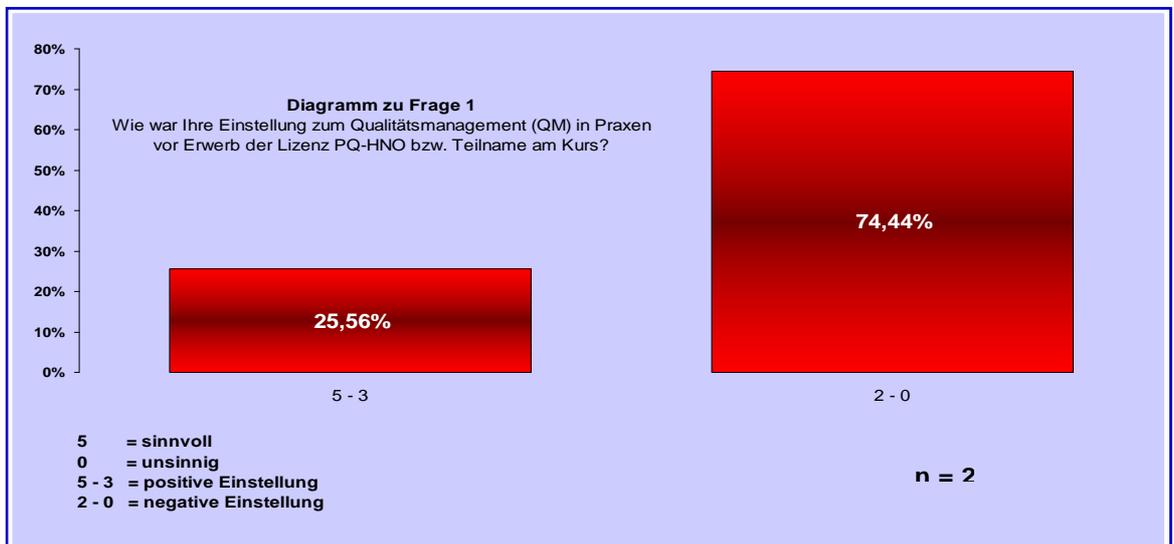


Abb. 26b: Ergebnisse der Frage 1 des Fragebogens (positive / negative Einstellung)

Frage 2: Eher positiv (Wert 5-3) bewerteten 57% der Befragten, eher negativ (Wert 2-0) bewerteten ihre Einstellung nach dem QM-Kurs.

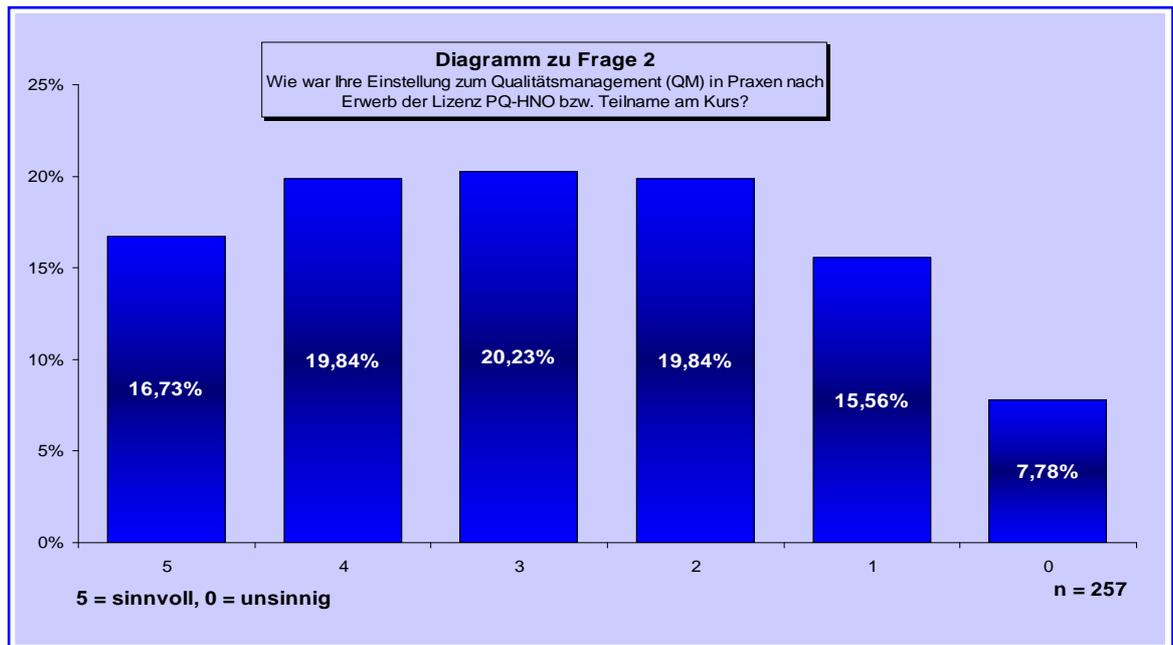


Abb. 27a: Ergebnisse der Frage 2 des Fragebogens

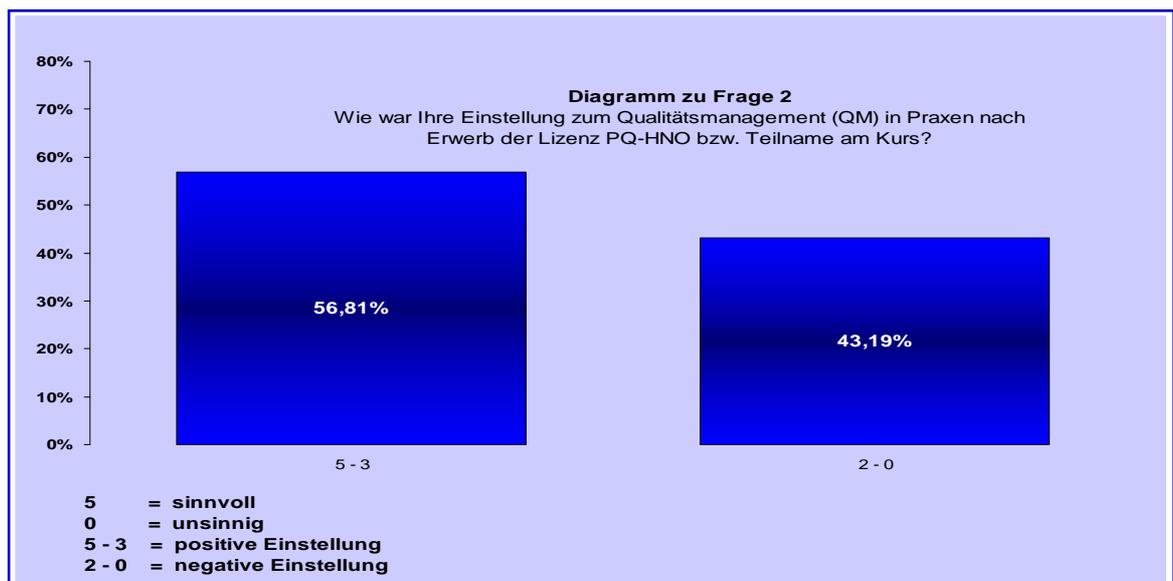


Abb. 27b: Ergebnisse der Frage 2 des Fragebogens (positive / negative Einstellung)

Frage 1 versus Frage 2: Die direkte Gegenüberstellung der Antworten auf Frage 1 (rote Säulen) mit denen aus Frage 2 (blaue Säulen) verdeutlicht das Ergebnis. Die Einstellung änderte sich nach durchgeführtem Kurs erheblich, was in Abb. 28 in der Gegenüberstellung der Befragung vor und nach dem Kurs besonders deutlich wird.

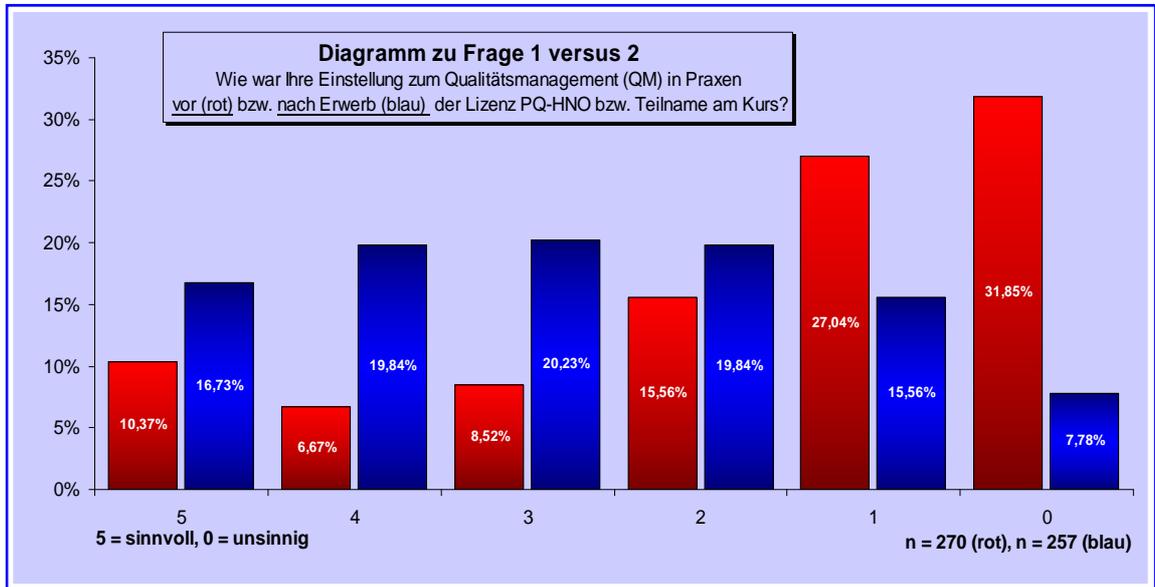


Abb. 28a: Ergebnisse der Frage 1 im Vergleich zu Frage 2 des Fragebogens

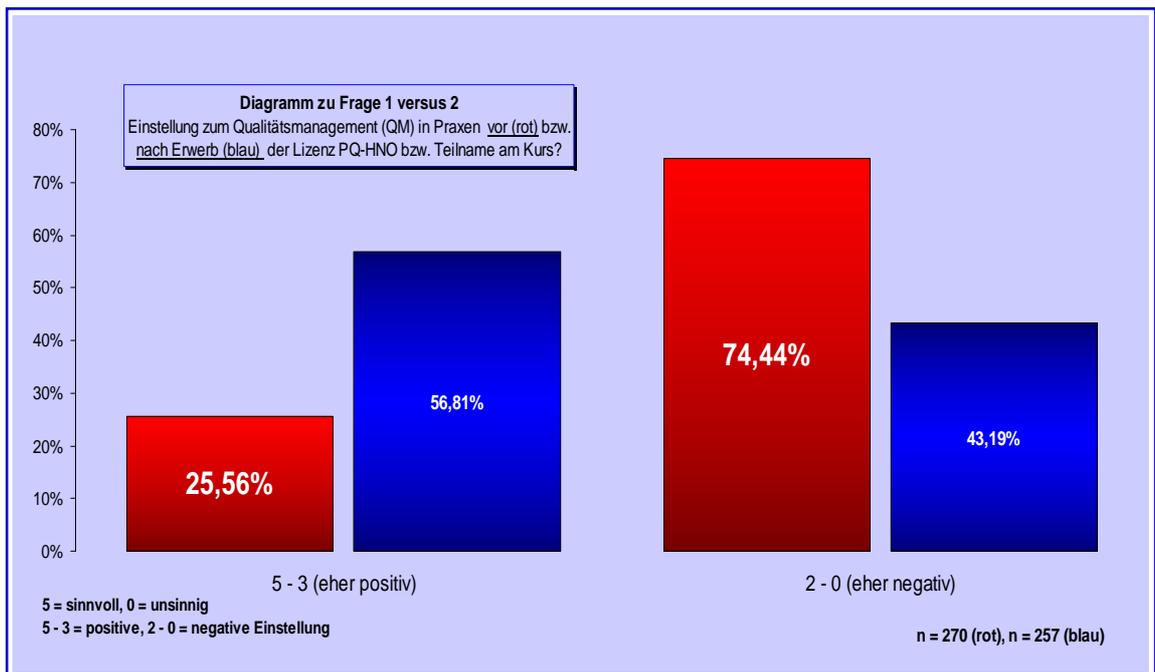


Abb. 28b: Ergebnisse der Frage 1 im Vergleich zu Frage 2 des Fragebogens (positive / negative Einstellung)

Frage 3: Zum Zeitpunkt der Befragung hatten (Juli 2009 – Dezember 2009) sich 91% der Befragten bereits der Vorlagen von PQ HNO bedient.

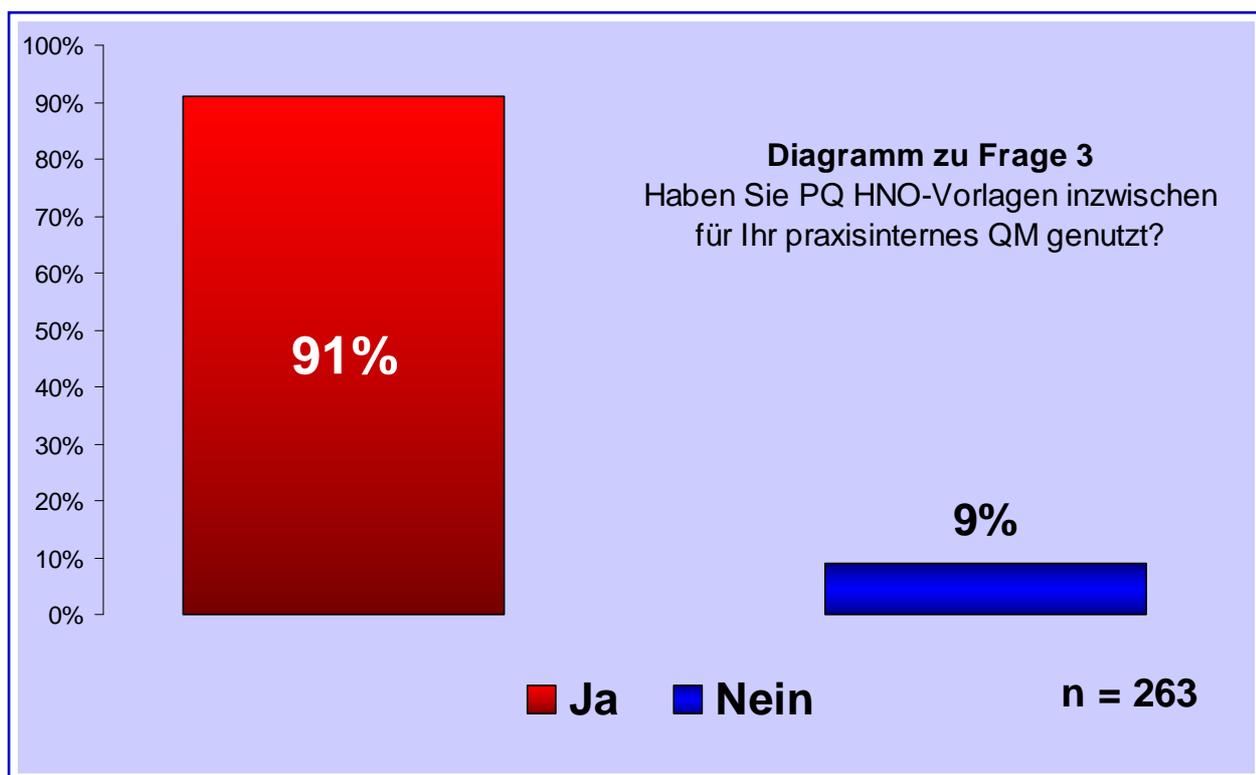


Abb. 29: Ergebnisse der Frage 3 des Fragebogens

Frage 4: 80% der Befragten, die mit der Nutzung von PQ HNO Vorlagen bereits begonnen hatten (s. Frage 3), begannen die Implementierung bereits im Zeitraum ≤ 6 Monaten, 89% nach ≤ 12 Monaten.

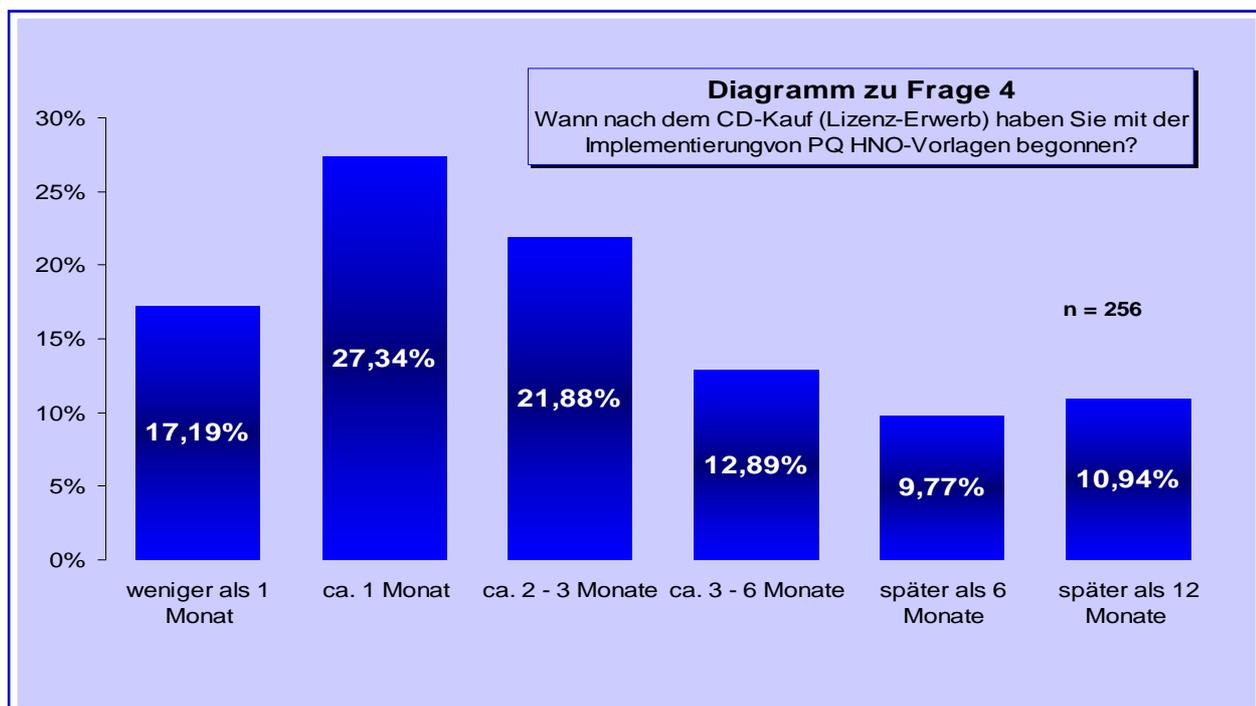


Abb. 30a: Ergebnisse der Frage 4 des Fragebogens

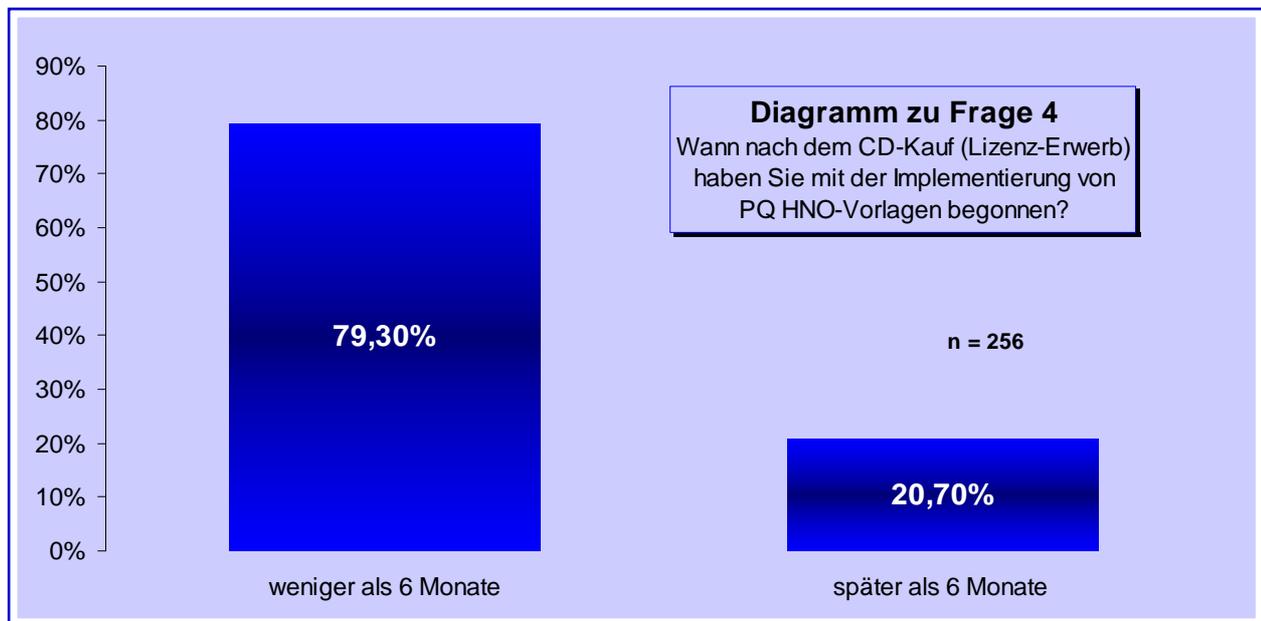


Abb. 30b: Ergebnisse der Frage 4 des Fragebogens (zusammengefasst)

Frage 5: Nur 7% hatten keine eigenen Dokumente (FB/VA/AA) erstellt, 64% der Befragten erstellten mehr als 5 eigene, neue Vorlagen.

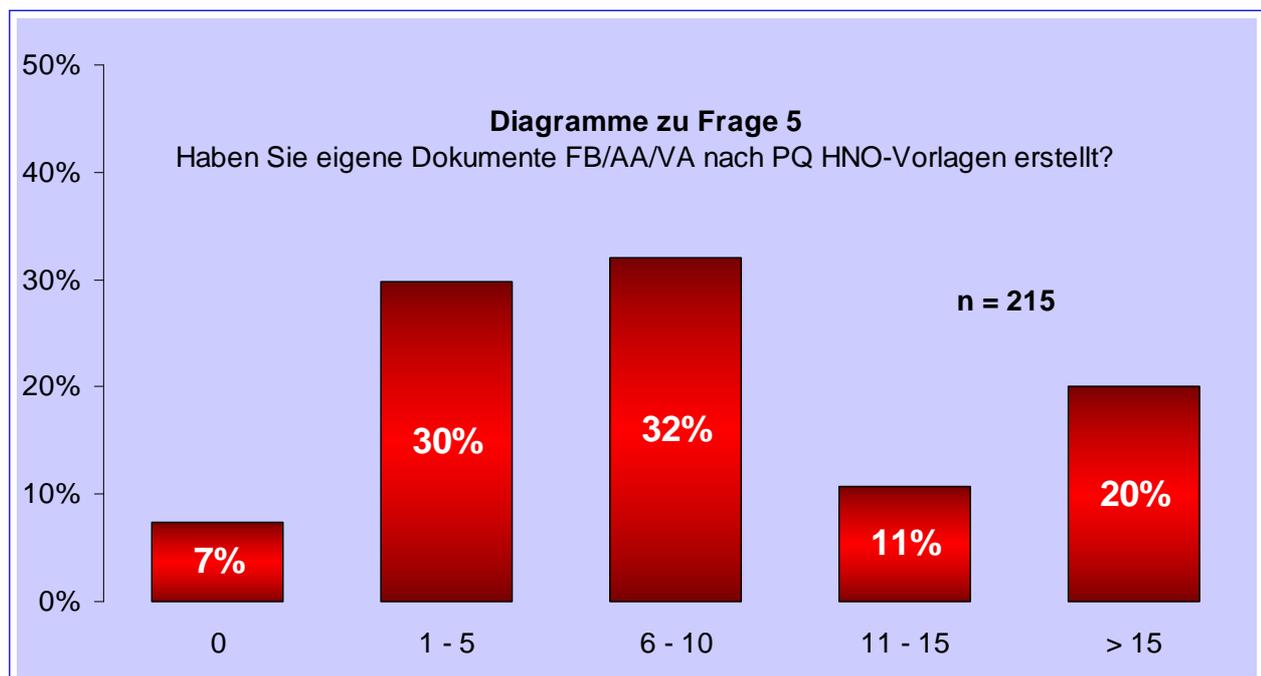


Abb. 31: Ergebnisse der Frage 5 des Fragebogens (detailliert)

Frage 5 (komprimiert): Legt man eine Grenze bei 5 eigenen erstellten PQ HNO-Formularen sind 63% der Befragten Personen darüber.

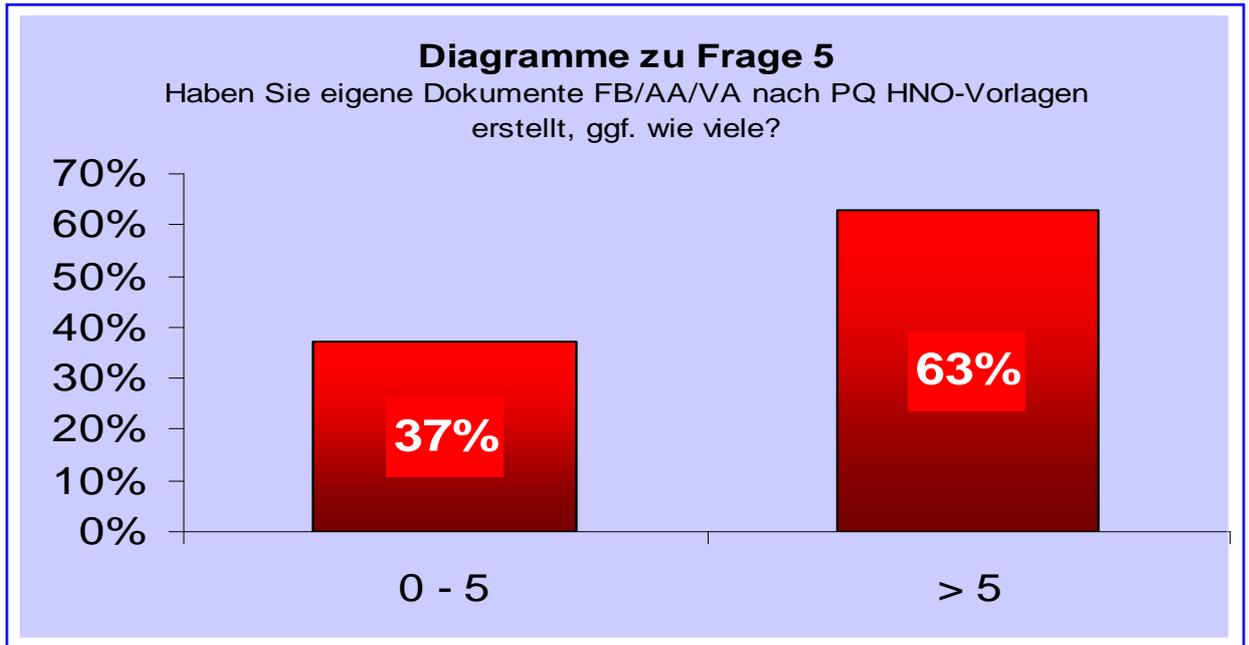


Abb. 32: Ergebnisse der Frage 5 des Fragebogens (zusammengefasst)

Frage 6: In der subjektiven Einschätzung der Verbesserung der Praxisprozesse durch PQ HNO Nutzung geben 40% eine deutliche Verbesserung (5-3 Bewertung), immerhin 82% eine noch merkbare Verbesserung (Bewertung 5-1), lediglich 18% beurteilten die Prozesse als nicht verbessert (Bewertung 0).

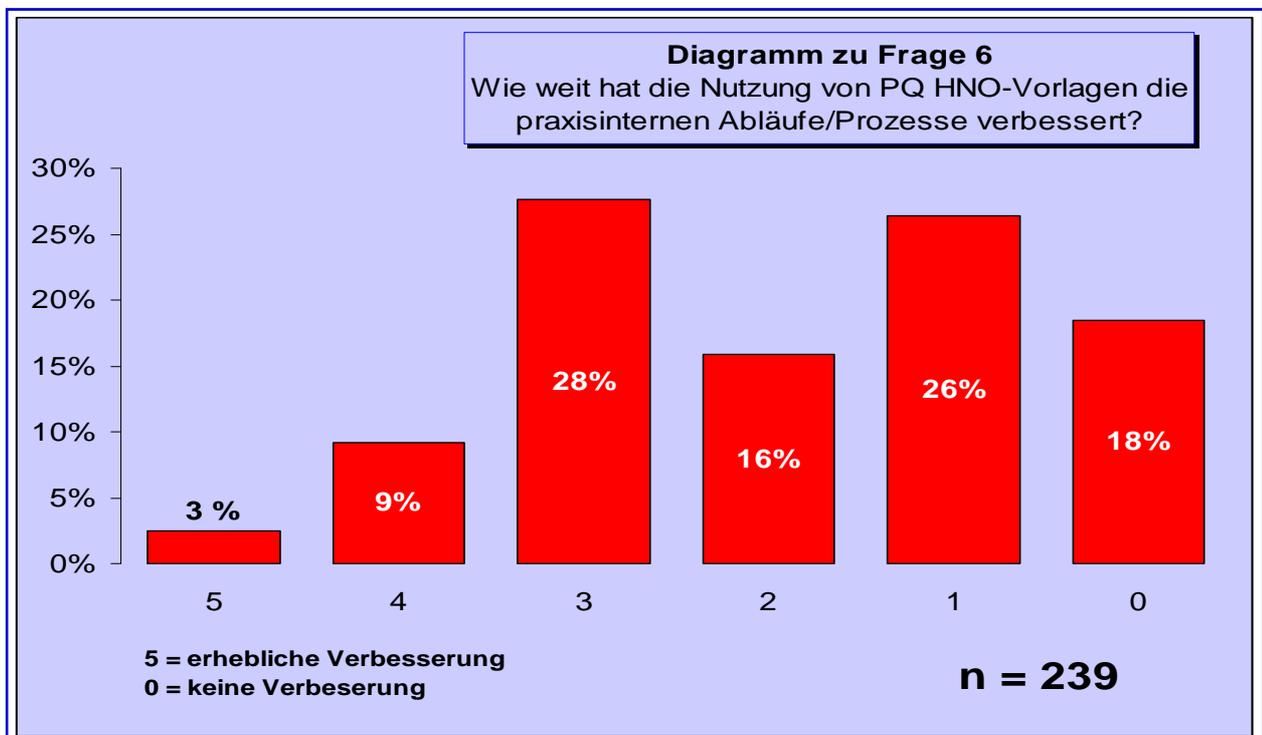


Abb. 33a: Ergebnisse der Frage 6 des Fragebogens

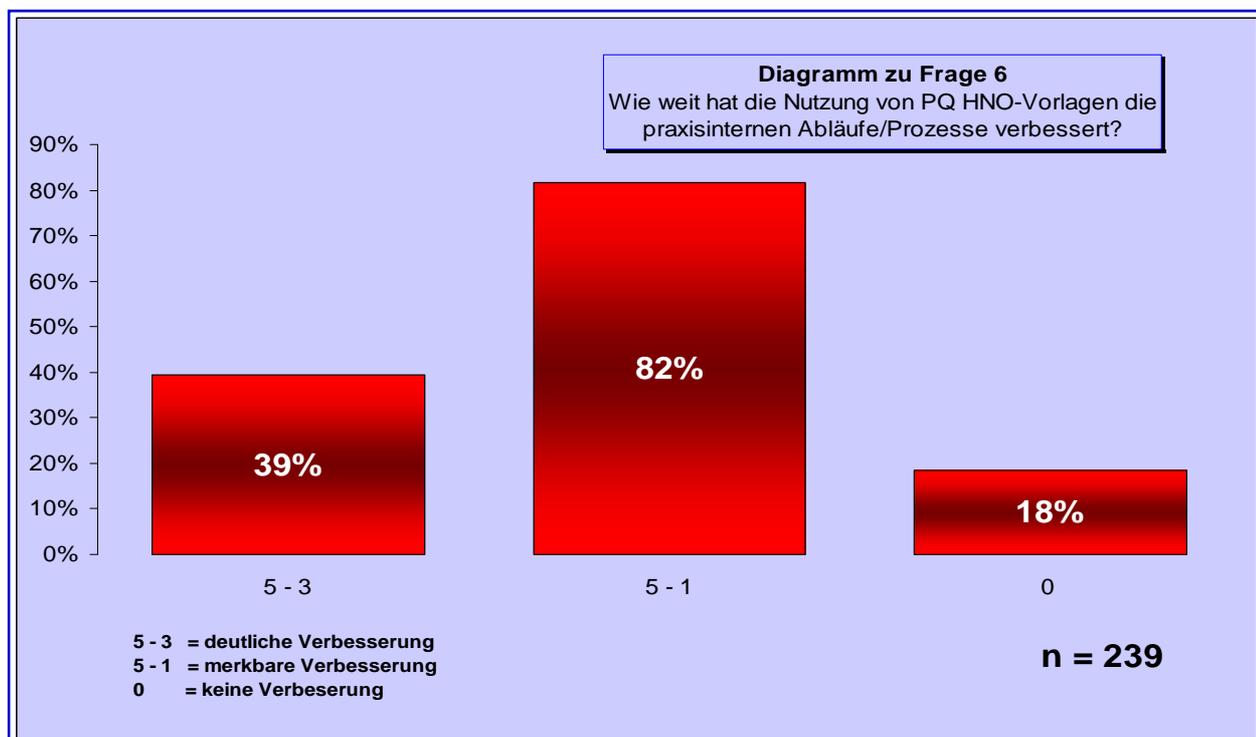


Abb. 33b: Ergebnisse der Frage 6 des Fragebogens (zusammengefasst)

Frage 6a: Auf diese Frage sollten Antworten im ungebundenen Format stichpunktartig formuliert werden. 207 Befragte – das entspricht einem Repräsentationsgrad von 23% - haben 310 verwertbare Antworten geliefert.

Zur besseren Übersicht und Verständlichkeit werden die Ergebnisse 4 Kategorien und/oder Bereichen zugeordnet. Die erste Bereich umfasst allgemeine Praxisabläufe und deren Prozesssicherheit (Kategorie A), der zweite patientenorientierte Prozesse (Kategorie B), der dritte Bereich die mitarbeiterbezogenen Prozesse (Kategorie C) und der vierte Bereich die Unterstützungsprozesse (Kategorie D). 6 der Befragten – entspricht 2,8% - gaben an, es habe sich nichts verbessert.

Kategorie	Praxisbereich	310 festgestellte Verbesserungen (207 von 885 Befragten lieferten verwertbare Antworten zur Verbesserung)	
		Absolut	Relativ
A	Praxisabläufe / Prozess-Sicherheit	71	22,90%
B	Patientenorientierte Prozesse	40	12,90%
C	Mitarbeiterbezogene Prozesse	116	37,42%
D	Unterstützungsprozesse	83	26,77%
	Summe	310	100%

Tab. 6a: Antworten auf die Frage 6a des Fragebogens nach Kategorien

	Stichwortartige Beschreibung der Verbesserung im Praxisablauf	Zahl der Antworten	Kategorie			
			A	B	C	D
1.	Einarbeitung von Mitarbeitern / Prozess-Sicherheit	40	x		x	
2.	Terminplanung / Zeitabläufe / Wartezeit für Patienten	27		x		x
3.	Patientenaufklärung	2		x		

	Stichwortartige Beschreibung der Verbesserung im Praxisablauf	Zahl der Antworten	Kategorie			
			A	B	C	D
4.	Sicherheit bei Op-Aufklärung, Kontrolle der Kühlschranktemperatur	5		x		
5.	Patientenumgang (-annahme, -befragung)	4		x		
6.	Kommunikation Informationsfluss/Teambesprechung	14			x	
7.	Transparenz der Praxisabläufe	17	x		x	
8.	Gleichheit von Praxisabläufen	8	x		x	
9.	Assistenz bei Praxisabläufen	4	x		x	
10.	Fortbildung der Mitarbeiter	2			x	
11.	Verantwortlichkeitsregelung	7			x	
12.	Arbeitssicherheit (Stichwort Stichverletzungen)	2			x	
13.	Dienst und Urlaubsplanung	1			x	
14.	Mitarbeiterzufriedenheit	1			x	
15.	Dokumentenlenkung	9				x
16.	Formularwesen	2				x
17.	Bestellwesen	12				x
18.	Einhaltung von Hygienevorschriften	16			x	x
19.	Organisation und Führung des MPG-Buches (ehemals Gerätebuch)	11				x
20.	Notfallkoffer / -system	3				x
21.	Recallsystem	1		x		
22.	Anrufbeantworter	2		x		
23.	Einstellung zu QM	3	x			
24.	Fehlermanagement	3	x		x	
25.	Regelung des Geldverkehrs in der Praxis	2				x
26.	EDV-Nutzung	1				x
27.	IGeL	1		x	x	
28.	Das "schlechte Gewissen"	1	-	-	-	-
29.	Nichts hat sich verbessert	6	-	-	-	-

Tab. 6b: Zusammenstellung der Antworten auf Frage 6a des Fragebogens

Die größte Hilfe durch die Einführung des Qualitätsmanagementsystems PQ HNO erleben die Befragten bei den mitarbeiterbezogenen Prozessen - Kategorie C (116 Verbesserungen) - , etwa ausgeglichen im Bereich der allgemeinen Praxisabläufe und der Prozesssicherheit – Kategorie A (71 Verbesserungen) und bei den Unterstützungsprozessen – Kategorie D (83 Verbesserungen). Deutlich weniger Verbesserungen werden angegeben bei den patientenbezogenen Praxisabläufen (40 Verbesserungen).

Da die Antworten frei formuliert werden durften, waren Antworten in mehreren Praxisbereichen möglich. Auf 207 Fragebögen wurden auf die Frage 6a - „Was hat sich ggf. verbessert?“ - 310 frei formulierte Antworten gegeben; je Fragebogen im Durchschnitt 1,2 benannte Verbesserungen.

Frage 7: Die Zufriedenheit mit den PQ HNO Vorlagen zeigt sich eindrucksvoll in dem Maß, in dem die Nutzer bzw. Kenner von PQ HNO dieses weiterempfehlen. 77% der Befragten empfehlen PQ HNO weiter.

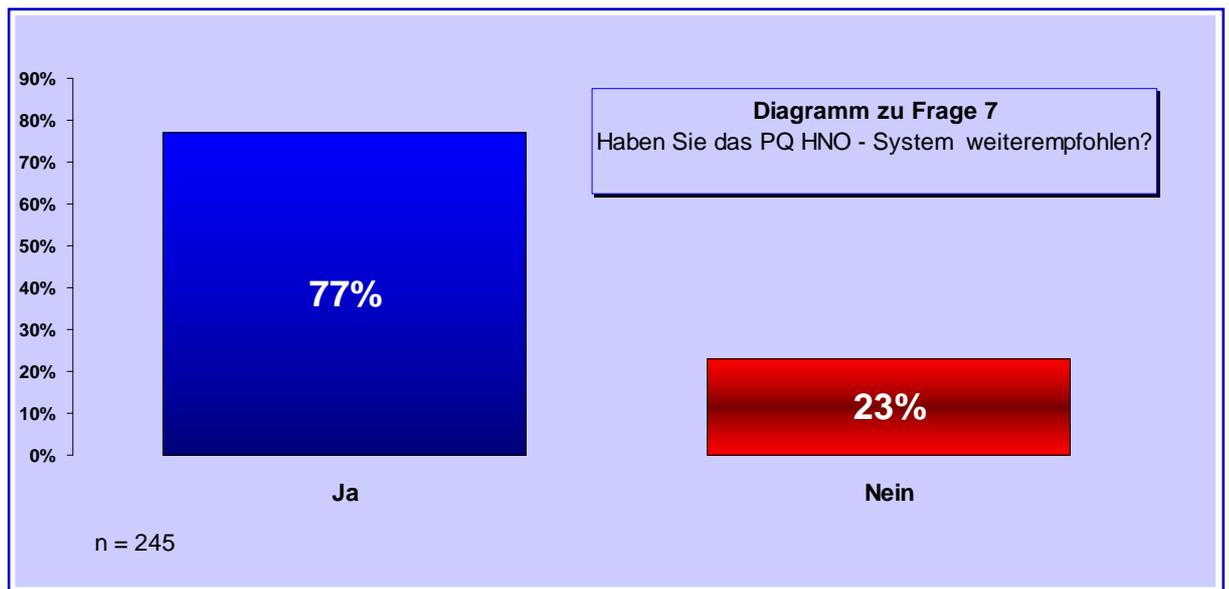


Abb. 34: Ergebnisse der Frage 7 des Fragebogens

Frage 8: Insgesamt waren 2 (0,77%) der befragten Praxen bis zum 2.Halbjahr 2010 zertifiziert, 35 (13,52%) planten diese, 222 (85,71%) wollten die weitere Entwicklung abwarten.

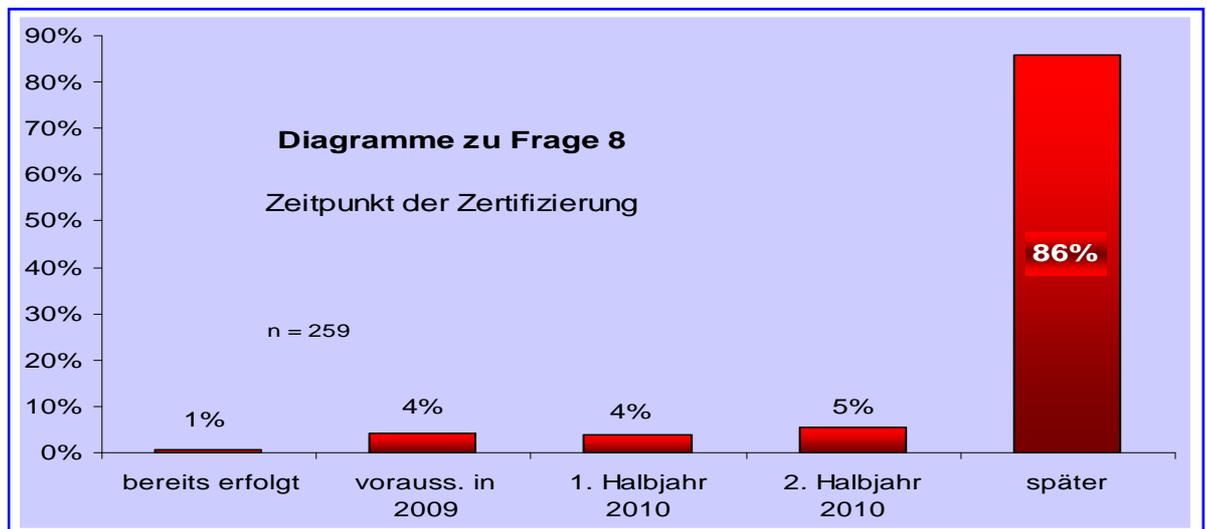


Abb. 35: Ergebnisse der Frage 8 des Fragebogens

Frage 9: Der größte Anteil der Befragten (71%) war in einer Einzelpraxis tätig, der kleinere Teil in verschiedenen Kooperationsformen (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum). Die Zahlen weichen nicht relevant von den Daten der KBV (vgl. Abb. 19, HNO-Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland) ab.

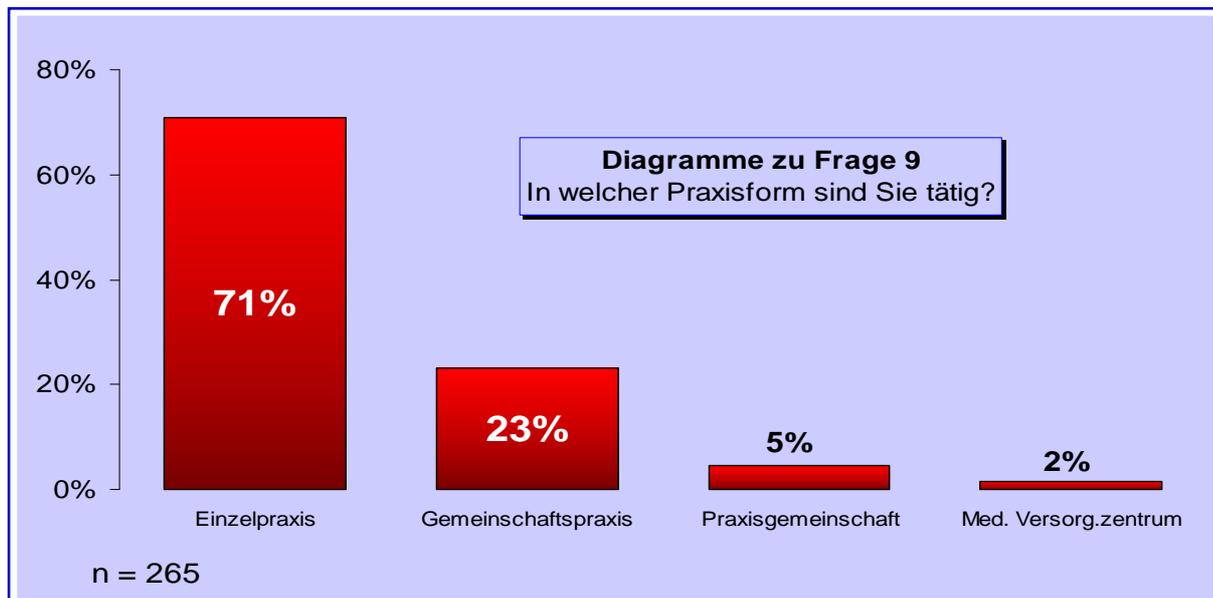


Abb. 36: Ergebnisse der Frage 9 des Fragebogens

5. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit sollte die Entwicklung und Markteinführung eines praxisorientierten QM Systems für niedergelassene HNO-Ärzte/-innen in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung des § 135a (2)SGB beschrieben und analysiert werden. Zusätzlich sollte der Grad der Akzeptanz in der Zielgruppe und schließlich auch die Einführung dieses kohärenten Systems überprüft und bewertet werden. Zusätzlich sollten die angewandten Mittel und Methoden im Rahmen der Einführung des Systems (Kurse, Unterlagen, EDV gestützte Bearbeitungsmöglichkeit, Ärzte tun etwas für Ärzte) auf ihre Wirksamkeit und ihren Erfolg in der Praxis überprüft werden.

Qualitätsmanagement (QM) ist eine Managementaufgabe und damit ureigenste Aufgabe der Praxisleitung. Nur wenn dies von der Praxisleitung so wahrgenommen und angenommen wird, kann das QM gelingen. Die HNO-Praxis hat als Unternehmen das Ziel Kundenzufriedenheit durch Erbringung medizinischer Dienstleistungen zu erreichen. Gleichzeitig müssen alle Ressourcen zur Erreichung des Zieles zur Verfügung stehen.

Qualitätsmanagementsystem (QMS) als planvolle Strukturierung des QM ist hier der Schlüssel zum Erfolg. Teile der Umsetzung können an Mitarbeiter delegiert werden. Erfolg hat die Umsetzung nur, wenn alle Betroffenen das QM als Hilfe empfinden. QM ist in erster Linie Fehlermanagement. Die Einführung eines QM bedeutet nicht, dass nun keine Fehler mehr auftreten, es schafft nur ein System, das hilft Fehler zu vermeiden und schwerwiegende Fehler möglichst nur einmal zu machen. Fehler sind als Abweichungen vom Plan auf dem Weg zur Erreichung eines vorgegeben Ziels zu verstehen. Im Praxisablauf haben derartige Fehler nicht immer einen Schaden beim Patienten zur Folge, nur können Fehler im Praxisablauf, in der Organisation oder in der Durchführung von ärztlichen Dienstleistungen oder von Mitarbeitern der Praxis mittelbar zu Behandlungsfehlern führen. Das praxisorientierte Qualitätsmanagementsystem für HNO-Praxen (PQ HNO) ist Schlüssel und Werkzeug für eine typische HNO-Praxis. Mit praxisorientierten und vorformulierten Vorlagen kann die Umsetzung leicht gelingen.

Nach den statistischen Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) waren zum 31.12.2009 in der Bundesrepublik Deutschland 121128 Ärztinnen und Ärzte als Vertragsärzte niedergelassen, hinzu kamen 13038 nichtärztliche Psychologische Psychotherapeuten und 2962 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen tätig. Die Zahl der HNO-Ärztinnen und -Ärzte, die als Vertragsärzte in Einzel- und/oder in Gemeinschaftspraxis tätig waren betrug 3944; dies entspricht einem prozentualen Anteil von 3,25% bezogen auf die Vertragsärzte. Dies war die Zielgruppe, für die PQ HNO das Werkzeug zur Weiterentwicklung ihrer Praxen werden sollte.

Am 31.12.2009 zählte der HNO-Berufsverband in Neumünster, der die Interessen der HNO-Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland vertritt, 3.074 niedergelassene Mitglieder, davon 971 in Gemeinschaftspraxen (Interview mit der Geschäftsstelle des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte, Neumünster, Frau Ilona Böhnke [Gespräch geführt am:20.01.2011]). Nicht alle dieser Ärzte waren auch Vertragsärzte sondern übten ihre Berufstätigkeit privatärztlich aus. Gemessen an der Zahl der Vertragsärzte, die gemäß Bundesarztregister am 31.12.2009 niedergelassen waren, beträgt der Organisationsgrad 78%.

Der Vorstand des Deutschen Berufsverbandes der HNO Ärzte beschloss in einer Sitzung, (Datum?) Die Verbreitung und Einführung von PQ HNO zu unterstützen.

In einer einmaligen Briefaktion wurden nicht nur die Mitglieder des Verbandes, sondern alle niedergelassenen HNO Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland angeschrieben. Inhalt dieses Rundschreibens war das Angebot an einem PQ HNO Intensivkurs teilzunehmen und PQ-HNO Handbuch selbst zu erwerben. Das Handbuch wurde natürlich auch im Rahmen der Seminare noch einmal eingehend erläutert und damit den Teilnehmern die Hemmschwelle genommen. Durch die in den einschlägigen Fachzeitschriften wiederholt thematisierten gesetzlichen Forderungen waren die Kollegen für das Thema Qualitätsmanagement sensibilisiert.

An den PQ HNO-Kursen, die durch die Firma Meditool in Zusammenarbeit mit dem HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. vorbereitet und durchgeführt und als hno-spezifisch angeboten wurden, haben 950 HNO-Ärztinnen und -Ärzte teilgenommen. An den PQ HNO-Kursen, die von der Fortbildungsgesellschaft des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte organisiert wurden und die im Rahmen des jährlichen HNO-Kongresses jeweils im November der Jahre 2007 – 2009 stattfanden, haben weitere 140 HNO-Ärztinnen und/oder -Ärzte teilgenommen; in der Summe sind das 1090 HNO-Ärztinnen und/oder -Ärzte.

Es wurden demnach 27,8% der niedergelassenen HNO-Ärztinnen und/oder -Ärzte in den Kursen unmittelbar geschult. Ausgehend von der Tatsache, dass 646 von 2995 HNO-Praxen in der Bundesrepublik Deutschland mit zwei oder mehr Ärzten betrieben werden (mit Stichtag 31.12.2009 entspricht dies 22% der Gesamtzahl der Praxen bei durchschnittlicher Arztzahl in den Gemeinschaftspraxen von 2,2 Ärzten pro HNO-Gemeinschaftspraxis, Quelle Bundesarztregister vgl. Abb. 19) und damit die anderen in der HNO Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen auch ohne Kursteilnahme erreicht wurden sind geschätzt in Gemeinschaftspraxen . weitere 287 HNO-Ärztinnen und –Ärzte((2,2-1) x 239 entsprechend 22% von 1090) von PQ HNO erreicht worden, demnach insgesamt 1377 von 3944. Dies entspricht einem Anteil von 34,91% der Zielgruppe, die über PQ HNO unmittelbar in den Kursen und/oder mittelbar durch Kolleginnen und Kollegen bestenfalls erreicht werden konnten.

Betrachtet man im Vergleich hierzu exemplarisch das ursprünglich von der kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) entwickelte QEP, so gibt die KBV (Interview mit der KBV, Referat 7, Herr Mirko Baschin, [Gespräch geführt am:20.01.2011]) hier folgende Daten an: Im Zeitraum von Juli 2006 bis Dezember 2009 haben an den vom Gesetzgeber empfohlenen Kursen, die von der KBV als QEP-Einführungskurse angeboten wurden, 29.000 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen. Dies sind von den 121.128 (KBV, 2011) im Dezember 2009 registrierten Vertragsärzten 23,94% (PQ-HNO 27,8% der HNO-Ärzte s. o.) der Zielgruppe KBV (Interview mit der KBV, Referat 7, Herr Mirko Baschin, [Gespräch geführt am:20.01.2011]). Unter den Teilnehmern waren 248 HNO-Ärztinnen und –Ärzte. Dies entspricht einem Anteil von 1,6% bezogen auf alle Vertragsärzte und einem Anteil von 6,3% bezogen auf die HNO-Vertragsärzte. Obwohl der Vergleichszeitraum von QEP Kursen ca. 6 Monate länger war als bei PQ-HNO, nahmen bei den PQHNO-Kursen prozentual deutlich mehr Mitglieder der Zielgruppe an den angebotenen Kursen teil, als bei QEP.

In der Zeit von 2007 – 2009 wurden 696 PQ HNO-Lizenzen an HNO Einrichtungen (Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und/oder MVZ) vergeben. Die Zahl der Gemeinschaftspraxen beträgt unter Annahme, dass in Gemeinschaftspraxen vorwiegend zwei, seltener drei oder mehr Ärzte tätig sind, rund 600 Praxen. Nach Angaben der KBV waren zum 31.12.2009 insgesamt 3944 HNO Ärztinnen und -Ärzte als Vertragsärzte niedergelassen. Davon waren 1595 HNO-Ärzte/innen in einer Gemeinschaftspraxen mit 2 oder mehr Ärzten und 2349 HNO-Ärzte/innen einer Einzelpraxis tätig.

Im niedergelassenen Bereich wurden bei 2995 Praxen 696 PQ HNO-Lizenzen vergeben, dies entspricht einem Anteil von 23,34%. Da es auf den verteilten CDs keinen Kopierschutz gab, kommt möglicherweise noch ein Teil nicht registrierter Nutzer hinzu (vermutete“ Raubkopien“). Eine abschließende Antwort auf die Frage wie viele HNO-Einrichtungen (Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und/oder MVZ) das QMS von PQ HNO tatsächlich nutzen, kann daher nur geschätzt werden.

An den PQ HNO-Kursen in den Jahren 2007 – 2009 nahmen insgesamt 27,8% der in der Niederlassung tätige HNO-Ärztinnen und/oder -Ärzte teil, bei den gleichzeitig angebotenen QEP-Kursen der KBV ergab sich eine vergleichsweise geringere Quote von 6,3% in der Gruppen der niedergelassenen HNO-Ärzte/innen. Die in der Fachgruppe erreichte >Teilnehmerquote lag also ca. viermal höher bei PQ HNO als bei QEP.

Nahe liegend ist, dass die gute Akzeptanz von PQ HNO in der HNO Fachgruppe durch die an die Bedürfnisse der im niedergelassenen Bereich tätigen Kollegen angepassten und praxisnah formulierten Vorlagen im PQ HNO-Musterhandbuch sowie die schnelle Umsetzbarkeit in der eigenen Praxis ermöglicht wurde. Zusätzlich kann angenommen werden, dass bestehende Vorbehalte in den durch erfahrene niedergelassene HNO Ärzte gestalteten PQ HNO- Intensivkursen abgebaut werden konnten.

Berücksichtigt man hierbei noch, dass das HNO-spezifische Qualitätsmanagementsystem PQ-HNO erst ein Jahr später als QEP eingeführt wurde, wird die Differenz noch deutlicher.

Der Repräsentationsgrad der vorliegenden Arbeit ist gemessen an den auswertbaren Evaluations- und Fragebögen vergleichsweise sehr gut. Die Auswertung der Evaluationsbögen ermöglicht eine Abschätzung, inwieweit bereits die Kurse zu einer Qualitätssteigerung und/oder einer positiven Einstellung zu einem Qualitätsmanagementsystem überhaupt – sei es subjektiv oder objektiv - geführt haben.

Die Rückläuferquote/ Repräsentationsgrad, d. h. das Verhältnis von abgegebenen zu ausgegeben Evaluationsbögen (je Teilnehmer an den PQ HNO-Intensivkursen wurde ein Bogen ausgegeben) war 91,47 %. Von 950 ausgegebenen Evaluationsbögen wurden 869 Bögen zurückgegeben und konnten ausgewertet werden, und war damit sehr hoch, Im Vergleich lag der Repräsentationsgrad der Evaluationsbögen bei PQ HNO-Kursen im Rahmen der 41. – 43. Fortbildungsveranstaltungen für HNO-Ärzte in Mannheim, die in den Jahren 2007 – 2009 durchgeführt wurden bei durchschnittlich 83,1%. Die bessere Quote bei den PQ HNO Kursen gelang wahrscheinlich dadurch, dass die Ausgabe der Teilnehmerbescheinigung an die Rückgabe des Evaluationsbogens geknüpft war.

Die für die Zertifizierung durch die Landesärztekammern notwendigerweise auszugebenden Evaluationsbögen wurden ebenfalls ausgewertet. Diese waren erforderlich, um eine Anerkennung der PQ-HNO Kurse durch die Landesärztekammern zu erhalten, damit anrechenbare Fortbildungspunkte für die Teilnehmer der Kurse generiert werden konnten. Zur Evaluation der Veranstaltung durch die Landesärztekammern und als Feedback für die Referenten der PQ HNO-Intensivkurse wurde der in Abb. 13 dargestellte Evaluationsbogen erstellt und am Ende der Kurse im Tausch gegen die Teilnahmebestätigung ausgegeben. Die dazu nötigen Frageinhalte wurden so gewählt, dass u. a. die klinische Relevanz des Kursinhaltes, der eigene Erkenntnisgewinn und der subjektiv empfundene Informationsgehalt berücksichtigt wurde (s. Abb. 13, Kap. 3.3.3.). Die weiteren Fragen nach der technischen Organisation, nach der Auswahl der Referenten, nach der Präsentation der Vorträge, nach der Einhaltung des Zeitrahmens, nach der Möglichkeit zum kollegialen Gedankenaustausch, nach dem Gesamteindruck und nach der Wahrung der Produktneutralität werden hier in der Arbeit nicht weiter diskutiert, da sie lediglich zur Optimierung der Folgekurse dienen.

Die Beurteilung der klinischen Relevanz aus Sicht der Kursteilnehmer - wie in Abbildung 21 a – c dargestellt – lag zwischen 1 (entsprechend der Schulnote „sehr gut“) und 2 (entsprechend der Schulnote „gut“). Diese gute Bewertung scheint überraschend, da im Kurs und im PQ HNO-Musterhandbuch zu klinischen Fragestellungen keine Stellung bezogen wird. Deuten könnte man diese Bewertung der Kursteilnehmer so, dass eine optimale Organisationsstruktur unabdingbare Voraussetzung für eine verbesserte medizinische und/oder klinische Versorgung ist (Abb. 21 a-c), und dass dies mit PQ-HNO gelingen kann. Das ist bedeutsam, da das politische vorgegebene Ziel einer verbesserten, medizinischen Versorgung durch Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (vgl. §2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, Kap. 10, Anlage 1) wird tatsächlich nur möglich, wenn eine klinische Relevanz vorliegt. Diese Verbesserung zu messen oder zumindest abwägend gehört zur Fragestellung dieser Arbeit. Die klinische Relevanz ist die Bedeutung für die klinische Tätigkeit in der Praxis.

Die Antworten auf die Frage (Abb. 22 a-c) nach dem eigenen Erkenntnisgewinn, der in den PQ HNO-Kursen vermittelt werden, ergab folgendes: Die schlechteste Bewertung liegt bei einer glatten 2 (entsprechend der Schulnote „gut“) die beste bei 1,2 (entsprechend der Schulnote „sehr gut“). Die durchschnittliche Bewertung ergab einen Wert von 1,63.

Der Informationsgehalt einer Veranstaltung für Ärztinnen und Ärzte ist ein gutes subjektives wie objektives Kriterium zur Bewertung. Die Motivation, eine Veranstaltung, eine Kurs oder ein Seminar zu besuchen oder aktiv daran teilzunehmen, hängt von der Erwartung ab, welche und ggf. in welchem Umfang Informationen angeboten werden. Die Bewertung des Informationsgehaltes nach der Kursteilnahme fällt mit einer glatten 1 (für sehr gut) und einer 1,66 (für gut) ausgesprochen positiv auf (Abb. 23 a-c) und kann nicht nur auf die gute inhaltlich Qualität der Kursinhalte, sondern auch auf ein geringes Vorwissen der Teilnehmer auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements hindeuten.

Es schloss sich im Nachgang ca. 2 Jahre nach den ersten PQ HNO Kursen eine Reevaluation an, um zu prüfen wie nachhaltig die vermittelten Kursinhalte und die angebotenen Hilfsmittel (Handbuch, Arbeitsanweisungen, Verfahrensanweisungen, Formblätter etc.) bei der in Implementierung eines praxisinternen QMS Eingang gefunden haben.

Der für diese Arbeit relevante Fragebogen wurde an 885 HNO-Praxen versandt, die Rückläuferquote lag bei 270; dies entspricht einer Quote von 31%. Sie liegt damit um ein fünffaches über der Quote der Befragung der Stiftung Gesundheit und ist damit deutlich valider einzustufen.

Die Stiftung Gesundheit hat 2009 zum dritten Mal eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zum Thema „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis“ durchgeführt. Der Fragebogen umfasste 24 Fragen, die in fünf thematische Bereiche eingeteilt waren; „Über die Praxis und den/die Inhaber/in“, „Wissen über QM in der Praxis“, „Einführung von QM in der eigenen Praxis“, „Wahl eines Dienstleisters“ und „Patientensicherheit und Qualitätsmanagement“ (Obermann und Müller 2009). Insgesamt wurden 17.500 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Die Praxisinhaber wurden repräsentativ ausgewählt und angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen. Die Antwortquote lag bei 5,65% (PQ-HNO 31%), d.h. von 17500 angeschriebenen Ärzten lieferten 985 Ärzte aussagekräftige Antworten. Im Jahr davor lag die Antwortquote bei 4,2% (Obermann und Müller 2008). Die Zahlen der Studie 2010 durchgeführt entsprachen der des Vorjahres - von 7488 erfolgreich angeschriebenen Ärzten, Zahnärzten bzw. psychologischen Psychotherapeuten lieferten 421 Ärzte (6%) aussagefähige Antworten (Obermann und Müller 2010). Eine möglicherweise besser vergleichbare Befragung in Bezug auf QMS allgemein und z.B. KTQ oder QEP im Besonderen wurde durch die KBV bis heute nicht durchgeführt.

Natürlich ist dies eine eher anonym gehaltene Befragung im Vergleich zu der für die vorliegende Arbeit durchgeführte Befragung für PQ-HNO, die bei der Zielgruppe ein deutlich größeres Interesse erzeugt haben könnte, möglicherweise ist dies begründet durch eine persönlichere Beziehung zum Befragter (PQ HNO Kursreferent und Autor und durch gemeinsame HNO fachliche Ausrichtung vom Befragter und Befragten).

Die Frage 1 des Fragebogens sollte klären, wie die Einstellung der Nutzer vor Kauf einer Lizenz von PQ HNO bzw. Teilnahme an einem Fortbildungskurs war. Vor Teilnahme am Kurs hielten 74,44 Prozent der Teilnehmer Qualitätsmanagement für mehr oder weniger unsinnig (Bewertung zwei bis null), 31,85 Prozent der antwortenden Teilnehmer ein QMS für eindeutig unsinnig (Bewertung null). Für mehr oder weniger sinnvoll hielten es 25,56 Prozent (Bewertung fünf bis drei), für absolut sinnvoll 10,37 Prozent (Bewertung fünf); der überwiegende Teil der Teilnehmer stellte also den Sinn einer Einführung eines Qualitätsmanagements in der eigenen Praxis deutlich infrage (89,63 Prozent, Bewertung vier bis null).

In der Folgefrage (Frage 2) wird die Einstellung nach Teilnahme am Kurs gefragt. Hier zeigt sich nun ein vollständig anderes Bild. Nach Teilnahme am Kurs hielten 43,19 Prozent der Teilnehmer Qualitätsmanagement für mehr oder weniger unsinnig (Bewertung zwei bis null), 7,78 Prozent der antwortenden Teilnehmer hielten ein QMS für eindeutig unsinnig (Bewertung null). Für mehr oder weniger sinnvoll hielten es 56,81 Prozent (Bewertung fünftes bis drei), für absolut sinnvoll 16,73 Prozent (Bewertung fünf).

Am deutlichsten wird die Haltung der Teilnehmer gegenüber Qualitätsmanagementsystemen in der Praxis bezogen vor bzw. nach dem Kurs bei der Gegenüberstellung der Bewertungen der Teilnehmer, die eine eher negative Einstellung hatten vor Kursbeginn mit 25,56 Prozent im Vergleich zu den Teilnehmern mit einer mehr oder weniger positiven Einstellung von 56,81 Prozent. Bei Betrachtung der Extremwerte wird diese Tendenz ebenfalls deutlich; vor Kursbeginn hielten 31,85%, nach Kursende 7,78% für völlig unsinnig (Bewertung 0), für absolut sinnvoll vor Kursbeginn 10,37% nach Kursende 16,73%. Diese Zahlen belegen, dass die Kursteilnahme die Einstellung zum Qualitätsmanagement (QM) entscheidend verändert hat. Dies wird in Abb. 28 a und b besonders deutlich.

Mögliche, erklärende Hypothesen für dieses gute Ergebnis können folgende sein: Die Gestaltung von Seminaren durch selbst betroffene Fachkollegen kann ein erfolgreiches Konzept sein. Hier ist der Praxisbezug meist authentischer. Jeder wusste, dass die Referenten der Seminare die gleichen Herausforderungen in der täglichen Praxis zu bewältigen hatten wie die Teilnehmer selbst. Weiterhin werden keine zusätzlichen Hürden geschaffen durch Vorurteile gegen Medizin-/ und HNO-fachgruppenfremde Referenten,

In den Frage 3 - 5 des Fragebogens wird ermittelt, inwieweit die Teilnehmer schon Vorlagen von PQ HNO genutzt haben sowie eigene neue Dokumente nach PQ HNO erstellt haben. Frage 3 wurde von 263 Befragten, Frage 4 von 256 Befragten und Frage 5 von 215 Befragten aussagefähig beantwortet. 91% gaben an, bereits Vorlagen genutzt zu haben (Frage 3, Abb. 29), 93% hatten eigene QM-Dokumente erstellt, 63 Prozent sogar mehr als 5 (Frage 5; Abb. 31 und 32). Innerhalb von sechs Monaten nach Erwerb der CD (und damit der Lizenz zur Nutzung von PQ HNO) hatten bereits 79,30 Prozent der Teilnehmer mit der Einführung von PQ HNO Vorlagen begonnen (Frage 4, Abb. 30).

Die Menge an erstellten Dokumenten sowie die Geschwindigkeit der Umsetzung zeigen, dass PQ HNO Vorlagen sowie die Kurse tatsächlich zu einer Nutzung des Qualitätsmanagementsystems in der Praxis führen.

Das bestätigt außerdem die Hoffnung der PQ HNO-Autoren auf eine hohe Akzeptanz der Anwender, erstens mit Hilfe einer einfachen Bearbeitbarkeit und hohe Qualität der Vorlagen des PQ HNO-Musterhandbuch mittels eines handelsüblichen Textverarbeitungsprogramms (Microsoft Word[®], OpenOffice[®]) in der Praxis eine geringe Zugangsschwelle zu schaffen, so dass dann zweitens mit geringem persönlichen Aufwand die vorformulierten Vorlagen des PQ HNO-Musterhandbuches an die eigene Praxis angepasst und gegebenenfalls auch eigene, schnell und einfach erstellt werden können.

Im Unterschied zu PQ HNO ist z.B. QEP als praxisinternes Qualitätsmanagementsystem mit wesentlich mehr Arbeit verbunden. Die QM-Dokumente sind im PQ HNO-Musterhandbuch bereits komplett vorformuliert und können mit einem EDV-Textverarbeitungssystem problemlos ohne größeren Aufwand angepasst werden, diese müssen bei QEP nahezu vollständig erst selbst erstellt werden, was wesentlich mehr persönlichen Zeitaufwand für den Nutzer bedeutet.

Der Erfolg eines Qualitätsmanagementsystem bemisst sich daran, wie häufig mit ihm in der Praxis wirklich gearbeitet wird. Durch eine hohe Spezifität für HNO-Praxen gelingt es nicht nur die Akzeptanz zu verbessern, sondern auch den Einführungsgrad eines QMS erheblich zu steigern. Insbesondere die Schwelle zur Einführung in die eigene Praxis sinkt. Bei der Erhebung der KBV zum Stand der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen zeigte sich eine Umsetzungsquote im Fachgebiet HNO von 47%, die im Bundestrend (50,3%) lag (Internet: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2966/2010-12-16_QM_Bericht%20KBV%202009.pdf [Stand: 20.06.2012]). Aufgrund der eigenen Zahlen hatten nach 6 Monaten 81% der PQ HNO –Nutzer (Frage 4, Abb. 30) mit der Einführung begonnen, erste Vorlagen genutzt und erstellt hatten bereits 91% (Frage 3).

Eine Erklärung für diese überdurchschnittlich hohe Akzeptanz und den Nutzungsgrad der Vorlagen von PQ-HNO durch die Anwender (91%, s. o.) kann auch die Art der Entwicklung von PQ-HNO sein: Das speziell an die Anforderungen einer HNO-Praxis angepasste PQ HNO-Musterhandbuch ist der entscheidende Unterschied. Die Bedürfnisse der Zielgruppe konnten von den fachgleichen Mitgliedern der Arbeitsgruppe genauer und vollständiger ausgearbeitet werden.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe (jedes Mitglied kommt aus einer anderen HNO-Praxis), die auf in eigener Praxis und/oder Gemeinschaftspraxis gemachte Erfahrungen zurückgreifen können, entwickeln in reichhaltigen, teilweise kontroversen Diskussionen dieses praxisorientierte QMS und erstellen das PQ HNO-Musterhandbuch. Alle Teilnehmer hatten bereits Management in ihren Praxis praktisch geleistet und konnten auf ihre eigene Erfahrung mit Mitarbeitern zurückgreifen. Die Sitzungen sind dadurch effizienter, die Mitwirkung aller Teilnehmer jederzeit und mit ausreichender Zeit ist gewährleistet.

Durch die hohe Spezialisierung des Fachbereiches ist der Arbeitsablauf in nahezu allen HNO-Praxen größtenteils sehr ähnlich, in weiten Teilen sogar identisch. Durch die Vorgaben in den Leitlinien sowie durch die entsprechenden Empfehlung der Fachgesellschaften bleiben hier der einzelnen Praxis lediglich enge Korridore für eine eigene Ausgestaltung. Daher war es besonders gut möglich Mustervorlagen mit einer sehr hohen Allgemeingültigkeit zu formulieren

PQ HNO ist als fachspezifisches QMS einfach besser in der Praxis umsetzbar. In den Kursen gelingt es, die HNO-Ärzte/innen zu überzeugen, dass QMS in der Praxis umgesetzt werden kann. Das Konzept „von Kollegen für Kollegen“ bietet eine praxisorientierte, niedrighschwellige und alltags-taugliche Vorlage für eine typische HNO-Praxis.

In Frage 6 werden die PQ HNO Anwender gefragt, inwieweit sich die Praxis- internen Abläufe/Prozesse nach Nutzung der PQ HNO Vorlagen verbessert haben,

In Kapitel 2.1.1 habe ich versucht, den Begriff „Qualität“ in wenigen Sätzen zu erläutern. Es kann kaum gelingen, Qualität an sich und/oder Änderungen in der Qualität wissenschaftlich, messbar nachzuweisen, wenn objektive, relative oder absolute Messpunkte fehlen. Eine Quantifizierbarkeit ist außerordentlich schwierig. Deshalb ist man als Wissenschaftler auf semiobjektive Ergebnisse der Betroffenen, deren Antworten auf die Fragen des Fragebogens immer durch eigene Wertvorstellungen und/oder Erfahrungen beeinflusst sich. Die Frage nach der Einführung eines Qualitätsmanage-

mentsystems ist schnell mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Der Versuch sich dem zu nähern wird mit der Frage 6 des Fragebogens unternommen.

40 % der befragten Nutzer stellten eine mehr oder weniger erhebliche Verbesserung der praxisinternen Abläufe fest. (Bewertung fünf bis drei; Abbildung 33) lediglich 18 % stellten überhaupt keine Verbesserung fest (Bewertung null; Abbildung 33).

Diese Ergebnisse dokumentieren, dass es den Nutzern von PQ HNO tatsächlich gelingt, die praxisinternen Abläufe mithilfe der vorformulierten Vorlagen aus eigener Sicht spürbar zu verbessern.

Die Antworten auf die Frage: „Was hat sich geändert/verbessert?“ sind komplexer und erfordern eine genauere Analyse. Daher wurde in Frage 6a („Was hat sich verbessert?“) den Nutzern die Möglichkeit gegeben frei formulierte Antworten zu verfassen.

In einer HNO-Einrichtung (sei es eine Gemeinschaftspraxis, eine Praxisgemeinschaft, ein Medizinisches Versorgungszentrum und/oder eine Einzelpraxis) laufen immer mehrere Prozesse parallel, aneinander anschließend und/oder ineinander greifend ab. Diese Schnittstellen ohne „Reibungsverluste“ zu gestalten ist vornehmtes Ziel eines Qualitätsmanagementsystems. In Tabelle 6 a und b sind die Antworten zu Frage 6a aufgeführt. Die Prozentzahlen der Auswertung ergeben sich als Relation zur Gesamtzahl der abgegebenen Antworten (310 frei formulierte Antworten). Nicht alle Befragten (eingegangene Fragebögen 270) haben die Möglichkeit zu einer frei formulierten Antwort genutzt, lediglich 207 Befragte nutzten die Möglichkeit zur freien Formulierung und gaben 310 Antworten. Auf diese 310 Antworten beziehen sich die unten in Prozent angegebenen Zuordnungen. Die Zuordnung der Antworten zu vier Bereichen (Mitarbeiter, Unterstützungsprozesse, Prozesssicherheit, Patientenversorgung) ist willkürlich vom Autor gewählt und soll der Übersichtlichkeit dienen. Von der QMS-Einführung profitiert am stärksten der Bereich im Praxisablauf, der die Mitarbeiter betrifft (56,04 Prozent von 207 Befragten). An zweiter Stelle steht der Bereich der Unterstützungsprozesse (40,10 Prozent), an dritter Stelle der Bereich der Prozess-Sicherheit im Rahmen der Praxisabläufe (34,29 Prozent) und an vierter Stelle die patientenorientierten Prozesse (19,32 Prozent), auf denen die Frage 6a „Was hat sich ggf. verbessert?“ frei formuliert beantwortet wurde. Mehrere Antworten waren hier möglich (vgl. Tab. 6a).

Der Anteil der Antworten zu Verbesserungen im Bereich der unmittelbaren und mittelbaren Patientenversorgung (**Kategorie B: „patientenorientierten Prozesse“**) vergleichsweise gering aus. 310 Antworten von 207 antwortenden Befragten geben 40 Verbesserungen an; 12,90 Prozent Verbesserungen bezogen auf 310 Antworten, 19,32 Prozent bezogen auf die Befragten. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Durchführung einer Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst gemäß Leitlinien und Vorgaben der HNO-Fachgesellschaften Inhalt der ärztlichen Ausbildung im Studium und der anschließenden fachärztlichen Ausbildung ist. Hier bewegen sich betroffenen HNO-Ärztinnen und –Ärzte auf sicherem Terrain. Es ist deswegen nicht überraschend, dass die Antwort auf die Frage der Verbesserung nur vergleichend erfolgen kann. Sie erfasst die Veränderung zwischen dem subjektiven Status quo vor und nach Einführung des QMS. Die patientenorientierten Prozesse wurden vom Großteil der Befragten als bereits optimal empfunden. Wenn sich die Abläufe in der Praxis in einem umschriebenen Bereich tatsächlich auf einem hohen Niveau befinden, sind Verbesserungen in der Folge lediglich in geringem Umfang möglich.

Mit Abstand die meisten Verbesserungen werden im Bereich der Praxisabläufe angegeben die sich im weitesten Sinn um Führung und Administration der Mitarbeiter (**Kategorie C: „Mitarbeiter bezogene Prozesse“**) beziehen. Auf 56,04 Prozent der Fragebögen, auf denen die Frage 6a beantwortet wurde (116 von 207), werden in diesem Bereich 37,42 Prozent der Verbesserungen (116 von 310). Hier sind die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Ausbildung auf die Aufgaben, die sie als selbständige Unternehmer zu bewältigen haben, möglicherweise nicht ausreichend vorbereitet. Die Kategorie Mitarbeiter bezogene Prozesse beinhaltet die Kriterien Mitarbeiterführung, betriebsinterne Kommunikation sowie die Bereiche des Arbeitsrechtes und der Arbeitssicherheit. Die hier vorausgesetzten Inhalte wurden dem Facharzt weder im Studium noch in der sich anschließenden fachärztlichen Weiterbildung vermittelt. Legt man jetzt die o. g. erlebten Verbesserungen von 37,42 Prozent bei Administration/Mitarbeitern zugrunde, scheint das PQ HNO-Musterhandbuch und die Intensivkurse diese oben erläuterten Defizite in diesem Bereich teilweise ausgleichen zu können. **Die klare Strukturierung durch das PQ HNO - QMS erleichtert offensichtlich organisatorische Prozesse und hilft bei der Führung und Organisation der Mitarbeiter.**

Ein großer Teil der Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen und Formblätter im Anhang des PQ HNO-Musterhandbuches dient der Qualitätsverbesserung in diesem Bereich.

Im Praxisalltag steht die ärztliche Versorgung im Mittelpunkt der Tätigkeiten, die Tätigkeiten der Mitarbeiter dienen der Unterstützung dieser ärztlichen Tätigkeit. Die eigentliche Praxisleitung, vor allem die administrative Tätigkeit, wird vom Praxisinhaber, d.h. der HNO-Ärztin bzw. dem HNO-Arzt in der Zeit wahrgenommen, die nicht durch den Arzt-Patientenkontakt bestimmt ist. In dieser Zeit müssen die Unterstützungsprozesse organisiert, kontrolliert und verbessert werden...

Im typischen Praxisalltag nimmt der zeitliche Anteil der Patientenversorgung den wesentlichen Anteil der Arbeitszeit des selbständigen niedergelassenen Arztes in Anspruch. Die verbleibende Zeit verbleibt für die Organisation der Unterstützungsprozesse. Hier bietet die Strukturierung durch ein an die Fachdisziplin angepasstes Qualitätsmanagementsystem einen deutlichen Vorteil. Verbesserungen in diesem Bereich (**Kategorie D: „Unterstützungsprozesse“**) sind demnach wünschenswert und vergleichsweise stark gewichtet. 83 Verbesserungen werden angegeben; dies entspricht einem Anteil von 26,77 Prozent bezogen auf alle Verbesserungen und einem Anteil von 40,10 Prozent bezogen auf die Befragten.

Die Sorge der selbständig und unternehmerisch tätigen HNO-Ärzte/innen, einerseits Anfragen und Auflagen von Behörden zufrieden stellend zu beantworten und die Prozess-Sicherheit im juristisch einwandfreien Umgang mit Patienten und deren persönlichen Daten andererseits, erklärt die Resonanz auf den Praxisbereich der Praxisabläufe und Prozesssicherheit (**Kategorie A: „Praxisabläufe /Prozess-Sicherheit“**). Auf 34,29 Prozent der Fragebögen, auf denen die Frage 6a beantwortet wurde (71 von 207), werden 22,90 Prozent Verbesserungen in diesem Bereich angegeben (71 von 310). Hier erkennen die Betroffenen Praxisinhaber/-innen das Potential eines Qualitätsmanagement, das nicht einmal umfassend sein muss. Die verbesserten Prozesse, die in den Antworten genannt werden beziehen sich konkret auf "Einarbeitung von Mitarbeitern/Prozesssicherheit, Transparenz der Praxisabläufe, Gleichheit von Praxisabläufen, Assistenz bei Praxisabläufen, Einstellung zu QM" un-

ter den frei formulierten Antworten fällt besonders auf, dass der Bereich „Einarbeitung von Mitarbeitern/Prozess-Sicherheit“ mit 40 frei formulierten Antworten die größte Zahl der Antworten repräsentiert gefolgt vom Bereich der „Terminplanung/Zeitabläufe/Wartezeit für Patienten“ mit 27 Antworten.

Auf 19,32 Prozent der Fragebögen, auf denen die Frage 6a beantwortet wurde (40 von 207), werden 12,90 Prozent Verbesserungen im Bereich „patientenorientierte Prozesse“ angegeben (40 von 310). Die Durchführung einer Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst gemäß Leitlinien und Vorgaben der HNO-Fachgesellschaften ist Inhalt des Studiums der Humanmedizin und der anschließenden fachärztlichen Ausbildung. Hier bewegen sich betroffenen HNO-Ärztinnen und –Ärzte auf sicherem Terrain. Die Frage der Verbesserung bezieht sich logischer Weise auf einen Status quo, der unterschiedlich ist, subjektiv erfasst wird und objektiv kaum messbar ist. **Patientenorientierte Prozesse werden durch das QM unterstützt, nicht verbessert.** Demzufolge fällt die Antwortquote auf die Frage nach Verbesserungen in diesem Bereich der patientenorientierten Prozesse verhältnismäßig gering aus.

Durch Klärung der Struktur im Bereich der Mitarbeiterführung sowie der sicheren Erfüllung der vorausgesetzten Grunderfordernisse können hier für den betroffenen Arzt Kapazitäten freigesetzt werden, die er für die patientenbezogene Arbeit nutzen kann.

Hiermit wird das Argument der QM-Skeptiker widerlegt, dass Qualitätsmanagement auf Dauer nur mehr investierte Zeit bedeutet ohne dafür etwas zu bekommen.

In Frage 7 des Fragebogen wurden die Nutzer gefragt, ob sie das PQ HNO System weiter empfohlen haben; 77% haben PQ HNO weiterempfohlen (Abb. 34). Dies verdeutlicht die Zufriedenheit der PQ HNO-Nutzer. Besonders die Weiterempfehlung kann als Indiz für die empfundene gute Qualität des Qualitätsmanagementsystems gedeutet werden.

In Frage 8 wurde eine bereits erfolgte bzw. geplante Zertifizierung der Praxis ermittelt, 1% der antwortenden Teilnehmer haben eine Zertifizierung durchführen lassen, 14% erklärten die Absicht eine Zertifizierung bis Ende 2010 durchführen zu lassen. Bislang gibt es noch keine vom G-BA akkreditierte Zertifizierung für Qualitätsmanagementsysteme im Niedergelassenen-Bereich KBV (Interview mit der KBV, Referat 7, Herr Mirko Baschin, [Gespräch geführt am:20.01.2011]). Der Gesetzgeber hat sich in der „Richtlinie Qualitätsmanagement vertragsärztliche Versorgung“, die seit dem 1. Januar 2006 in Kraft ist, ist folgendes vorgegeben. In §9 Evaluation, Abs. 4 steht: „Anschließend entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage der Bewertung der bis dahin vorhandenen Wirksamkeits- und Nutznachweise nach Satz 2 über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte, die das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unzureichend einführen oder weiterentwickeln. Über Sanktionen gegenüber säumigen Vertragsärzten und die Akkreditierung soll ab 2011 entschieden werden (Satz 4).

Um PQ HNO Nutzern dennoch eine Zertifizierung zu ermöglichen, wurde ein Crosswalk geschaffen, der neben einer Zertifizierung nach DIN ISO auch eine Zertifizierung über QEP ermöglicht. Eine gesetzliche Pflicht zur Zertifizierung besteht zurzeit nicht, lediglich eine Pflicht zur Einführung und Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems. Teilgenommen an den Kursen hatten 1090 HNO-Ärzte/innen, die Frage nach dem Zeitpunkt der Zertifizierung haben 259 beantwortet, davon 2 HNO-Einrichtungen zum 31.12.2009 bereits erfolgt. Dies ist vergleichbar niedrig wie bei QEP-Kursteilnehmern bzw. Nutzern mit 267 von ca. 29000 Kursteilnehmern KBV (Interview mit der KBV, Referat 7, Herr Mirko Baschin, [Gespräch geführt am:20.01.2011]).

Pflichtgemäß erfolgte im Juni 2010 die Berichterstattung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Praxen an den Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA. Wie im Gesetz vorgeschrieben wurden 2,5% der Vertragsärzte befragt. In dem Bericht des Vorsitzenden des Vorstandes der KBV, Herrn Dr. Andreas Köhler, und in den 5 Anlagen werden die Ergebnisse der Stichprobenziehung 2009 ausführlich dargestellt (Internet: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2966/2010-12-16_QM_Bericht%20KBV%202009.pdf [Stand: 20.06.2012]).

Alle Praxisbetreiber, die vor dem 1.1.2006 ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen hatten, hatten per gesetzlicher Pflicht die Aufgabe, bis zum 31.12.2009 ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) in ihren Praxen eingerichtet zu haben. Befragt wurden 3222 Vertragsärzte (darunter 75 aus der HNO-Heilkunde), bewertet wurden 3029 (darunter 72 aus der HNO); 81 Vertragsärzte wurden gemäß §8 GbA wegen nicht ausreichender Einführung und Entwicklung eines eigenen praxisinternen QMS ausführlich beraten (darunter kein Vertragsarzt aus der HNO); 33 Vertragsärzte hatten noch nicht mit der Planung begonnen (darunter kein Vertragsarzt aus der HNO); 230 hatten mit der Planung begonnen (darunter 4 aus der HNO); 1523 Vertragsärzte hatten mit der Umsetzung begonnen (darunter 34 aus der HNO); 389 Vertragsärzte hatten nach eigenen Angaben alle Elemente des QMS bereits umgesetzt (darunter 12 aus der HNO); 854 Vertragsärzte hatten mit der Weiterentwicklung des QMS begonnen (darunter 23 aus der HNO).

Die in dieser Arbeit ermittelten PQ HNO-Nutzer, die bereits mit der Umsetzung begonnen hatten (Frage 3, Abb. 29) betrug 91%, vergleichbar hierzu ist der oben genannte Anteil der von der QM-Kommission der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelten Vertragsärzte, die ebenfalls mit der Umsetzung begonnen hatten relativ gering (50,2%). Ähnlich stellt sich das Verhältnis dar bezogen auf die Untergruppe anteilig befragten HNO-Kollegen (47,2%).

6. Ausblick

Das Bestreben die Wünsche und Forderungen der Nutzer des Gesundheitssystems zu berücksichtigen führt zu immer mehr und anspruchsvolleren Gesetzen, Richtlinien und Behandlungsleitlinien. Die Diskrepanz zwischen diesen Wünschen und Forderungen und den hierfür bereitgestellten finanziellen Mitteln wird mit wachsendem medizinischen Fortschritt und einer älter werdenden Bevölkerung immer größer.

Die überbordende Bürokratie im Spannungsfeld zu den immer geringer werdenden finanziellen Mitteln, macht eine Optimierung von Praxisabläufen für Vertragsärzte unabdingbar. Die zur Diskussion stehende Umgestaltung der privaten Krankenkassen könnte diese Situation weiter verschärfen.

Die weitere Entwicklung eines QMS für niedergelassene Ärzte scheint zurzeit zu stagnieren. Die Einführung eines QMS ist zwar Pflicht, bisher bleibt aber die Frage nach der Pflicht zur Zertifizierung des eingeführten Systems durch den GB-A als federführenden Ausschuss des Gesundheitsministeriums unbeantwortet. Bisher sind weder der Umfang einer Zertifizierung noch Zertifizierungssysteme durch den Gesetzgeber festgelegt. Sanktionen bei Nichteinführung eines QMS sind zwar vorgesehen, noch ist über die Höhe der Lasten die durch die Vertragsärzte zu tragen wären nicht entschieden. Hier bleibt die weitere politische Entwicklung abzuwarten.

Der einzige aktuelle Anreiz zur Aktualisierung des praxisinternen QMS ist ein über die Optimierung der betrieblichen Abläufe verbesserte Patientenversorgung und Schaffung von Freiräumen einerseits sowie der potentielle Schutz vor Sanktionen des Gesetzgebers.

Aus standespolitischer Sicht kann eine Vereinheitlichung der Qualitätsstandards im eigenen Fachbereich durch Schaffung einer Marke („branding“) ein Weg zur Etablierung des Faches in der sich ändernden Gesundheitslandschaft.

Wie sich der Einsatz von PQ HNO und anderen praxisinternen Managementsystemen in Zukunft entwickelt und welche dauerhaften Veränderungen und/oder Verbesserungen entstehen, insbesondere auch hinsichtlich des zusätzlichen administrativen und zeitlichen Einsatzes bei der Nutzung und erforderlichen Fortentwicklung, die bei solchen Systemen erforderlich scheinen, sollte Inhalt von weiteren Studien sein. Besonders untersuchenswert scheinen dann auch zwei weitere Aspekte, die von der zugrunde liegenden Regelung auch in den Mittelpunkt gestellt wurden (Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) am 1. Januar 2004 verpflichtet der Gesetzgeber im §135a Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. Oktober 2005 des GBA): die Mitarbeiterzufriedenheit und die Patientenorientierung, die besser nach einem längeren Zeitraum zu untersuchen sind, da dann die Mühen und Friktionen im Einführungszeitraum in den betroffenen Praxen überwunden und Vor- und Nachteile klarer zu erfassen sind.

7. Zusammenfassung

Qualitätsmanagement ist eine Managementaufgabe und damit ureigenste Aufgabe der Praxisleitung. Nur wenn dies von der Praxisleitung so wahrgenommen und angenommen wird kann das QM gelingen. Teile der Umsetzung können an Mitarbeiter delegiert werden. Auch hier gilt dieselbe Voraussetzung: Erfolg hat die Umsetzung nur, wenn alle Betroffenen das QM als Hilfe empfinden. QM ist in erster Linie Fehlermanagement. Die Einführung eines QM bedeutet nicht, dass nun keine Fehler mehr auftreten, es schafft ein System, das hilft Fehler zu vermeiden, falls dennoch schwerwiegende Fehler auftreten, diese möglichst nur einmal zu machen und in Zukunft zu vermeiden.

Fehler entstehen auch durch Unterlassung. Die Zunahme von Pflichten, die der Praxisleitung aus neuen Gesetzen, Richtlinien und medizinischen Leitlinien entstehen ist nur schwer in ihrer Aktualität und Bedeutung für den Praxisablauf einzuschätzen. Die Gefahr, Pflichten ohne ein angemessenes QM zu versäumen, ist groß.

In der vorliegenden Studie wird retrospektiv die Entwicklung und Einführung eines praxisorientierten Qualitätsmanagement (PQ HNO) für niedergelassene HNO-Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung des Paragraphen 135a (2) des SGB V (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) untersucht. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Modernisierung im Gesundheitswesen bestand bei allen Praxen in Deutschland die Notwendigkeit zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems. Im Rahmen der Wahrnehmung dieser Pflichten wurde im HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V. eine Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung eines HNO-Qualitätsmanagementsystems gebildet mit dem Auftrag der Erstellung eines praxistauglichen Qualitätsmanagementhandbuches. Im Zuge der Ausarbeitung des PQ HNO-Musterhandbuch wurde der Mangel an fachspezifischen Qualitätsmanagementsystemen deutlich.

Die Erhebung der Daten für diese Arbeit beruhen auf einer begleitenden Evaluation während der Kurs- Phase und der sich anschließenden Phase der Implementierung des vorgestellten Systems PQ HNO in der Praxis durch die Lizenznutzer mithilfe von Fragebögen.

Die Auswertung der Ergebnisse dieser Arbeit konnte zeigen, dass das PQ-HNO System bei zunächst lokaler Planung eine bundesweite Verbreitung und überdurchschnittlich hohe Durchdringung erreichen konnte. Durch praxisnahe Arbeitsvorlagen und barrierearme, fachgleiche und kollegiale Kommunikation auf den Seminaren wurde eine überdurchschnittlich hohe Akzeptanz erzielt.

27,63 Prozent der niedergelassenen Fachkollegen haben die Kurse besucht, 23,24 Prozent der niedergelassenen Praxen (696 von 2995) haben ein PQ HNO-Musterhandbuch erworben. Auch die Methode und Systematik der Erstellung der Vorlagen sowie des Musterhandbuches hat einen maßgeblichen Anteil an dieser in der Nachfrage festgestellten Akzeptanz und Nutzbarkeit in der eigenen, praxisinternen Einführung des QMS der Nutzer von PQ HNO.

91,00 Prozent derjenigen die den Fragebogen zur vorliegenden Arbeit beantwortet haben, haben das PQ HNO-Musterhandbuch in der Praxis genutzt. 76,66 Prozent haben das Qualitätsmanagementsystem konsequent bis zum Ende des Nachfragezeitraumes (31.12.2009) in der eigenen Praxis umgesetzt und Verbesserungen dokumentiert. Im Vergleich zur bundesweiten Erhebung der Kas-

senärztlichen Bundesvereinigung (Zeitraum der Erhebung 10/2009 bis 1/2010) zur Einführung von QMS in Praxen in der Bundesrepublik Deutschland zeigt die aktuelle Untersuchung bei PQ HNO-Nutzern einen höheren Implementierungsgrad des QMS, sowohl im Vergleich mit allen Vertragsärzten als auch im Vergleich zu den HNO-Vertragsärzten.

Die Akzeptanz von Qualitätsmanagement in Praxen konnte im Rahmen der PQ HNO-Kursteilnahme deutlich erhöht werden.

Durch Nutzung des PQ HNO-QMS gelingt es den Lizenznehmern zeitnah ein praxisinternes QMS einzuführen.

Aufgrund des Durchdringungsgrades der HNO Fachgruppe mit PQ HNO im Vergleich zu QEP hinsichtlich der gesamten Ärzteschaft/Psychotherapeutengruppe scheint PQ HNO als fachspezifisches QMS hier besonders geeignet. Die Erwartung des Autors, dass die Nutzer mit PQ HNO eine Verbesserung der Praxisorganisation erreichen und damit ärztliche Ressourcen freigesetzt werden, die für die Patientenversorgung von Vorteil sind, hat sich im Nachfragezeitraum der Untersuchung bestätigt.

8. Literaturverzeichnis

8.1. Zeitschriftenartikel

- Bayrisches Staatsministerium für Wirtschaft (2008) Informationsblatt zur Normenreihe ISO 9001:2008, Bayrisches Staatsministerium für Wirtschaft, 12/2008, S. 2 – 4
- Daniel A (2007) Qualität ist nicht alles, aber ohne ..., Westfälische Ärzteblatt 09/2007, WWF Verlagsgesellschaft, Greven, S. 7.
- Gerst T (2005) 50 Jahre Kassenarztrecht: „ ... dass wir allen Grund haben, uns zu freuen“, Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 7
- Hoffmann B, Rohde J (2010), Patientensicherheit und Fehlermanagement, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 6, S. 93
- Klakow-Franck R (2005) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Der Weg zum Zertifikat, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 21, Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. A1486
- Metz-Schimmel S et al (2002) Zertifizierung nach ISO 9001 – Zeitverschwendung oder Notwendigkeit? Der Radiologe, Bd. 42, S. 380, Springer-Verlag
- Pfeiffer W (2009) Über die Einführung von Mindestanforderungen, Jetzt wird es höchste Zeit: Qualitätsmanagement, HNO-kompakt, 17. Jahrgang, 5. Heft, S. 273 ff.
- Weber G (2008) „Deutsche Norm, quo vadis? Stellungnahme zum Deutschen Normwesen“ in DIN-Mitteilungen, Heft 9/2008
- Wüstenbecker M (2007) „Patientenorientierung“ in der Kassenärztlichen Vereinigung, in: Westfälisches Ärzteblatt 1/2007, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (Hrsg.), WWF Verlag, Greven
- Wüthrich-Schneider E (2000) Patientenzufriedenheit - ein steuerndes Element des ärztlichen Qualitätsmanagements im Spital, Q-med 2000, S. 88
- Zenk K et al. (2011) Risikomanagement und Qualitätsmanagement – ein gemeinsamer Lösungsweg? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Thieme, Jg 16, Heft 6, S, 340.

8.2. Monographien

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.) (2009), Kompendium Q-M-A, Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung, 3. Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 101f.
- Beimert U (2006) Qualitätsmanagement in der HNO Praxis. HNO 54 (2006) 347-352
- Belbin RM (1996) Managementteams: Erfolg und Mißerfolg / R. Meredith Belbin, Aus d. Englischen von W. Bergander, Wörrstadt, S. 88f.
- Brockhaus (1992) Brockhaus-Enzyklopädie, 19. völlig neu bearbeitete Neuauflage, F.A . Brockhaus GmbH, Mannheim, S. 662, 663
- Bundesärztekammer (2007), Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement (2007) 4. Auflage
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007) Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.), 4. Auflage, BÄK Eigenverlag, Köln
- Crosby P (1996) Philip Crosby's reflections on quality: 295 inspirations from the world's foremost quality guru. McGraw-Hill, New York, S.
- Deutsches EFQM-Center (2002) Das EFQM-Modell für Excellence. EFQM, Frankfurt/Main

- DIN (2000) Gesamtwirtschaftlicher Nutzen der Normung. DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.), Beuth Verlag, Berlin, Wien, Zürich.
- Donabedian A (1992), The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull 18; S. 356-360.
- Dudenredaktion (2010) Das Fremdwörterbuch, wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.), 10.aktualisierte Auflage, Bibliographisches Institut GmbH, Mannheim, S.765
- Eichhorn S (1997) Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements, Kohlhammer, Stuttgart, S. 14f.
- Fleßa S (2007) Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, S. 241f.
- Frank M (2005) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis - erfolgreich umgesetzt, 2. Auflage, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 15 – 24.
- Frodl A (2007) Management-Lexikon für Mediziner, Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 319
- Gerlach FM (2001) Qualitätsförderung in Praxis und Klinik: eine Chance für die Medizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 92f.
- Imai M (1993) Kaizen: der Schlüssel des Erfolgs der Japaner im Wettbewerb, 11. Auflage, Wirtschaftsverlag Langen Müller/Herbig, S. 30
- Johannes H, Wölker T (2012) Arbeitshandbuch Qualitätsmanagement, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 2,10.
- Kaltenbach T (1993) Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen, S. 83-96.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007) Qualitätsziel-Katalog kompakt, Diel F, Gibis B (Hrsg.), Version 2005, Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Knon D, Ibel H (2005) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Carl Hanser Verlag, München, S. 21
- Knopp E, Knopp J (2010) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis : Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch - auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA, Thieme Verlag, Stuttgart [u.a., S. 62)
- Nüllen H, Noppeney T (2007) Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Deutscher Ärzteverlag Köln, 3. Auflage, S. 3,7,9f.,36,92,175.
- Obermann K, Müller P (2008) Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2008. Studie der Stiftung Gesundheit (Hrsg.), Hamburg, S. 2.
- Obermann K, Müller P (2009) Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009. Studie der Stiftung Gesundheit (Hrsg.), Hamburg, S.2.
- Obermann K, Müller P (2010) Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010. Studie der Stiftung Gesundheit (Hrsg.), Hamburg, S.4
- Rost J (2004) Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, S. 59-67.
- Schrappe M et al (2007) Agenda Patientensicherheit 2007. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.), Witten, S. 5
- Schurr M et al. (2008) Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement: Aufbau, Existenzsicherung, Altersvorsorge. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 153.
- Thill, KD (2008) Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 11, 23f.

- Vogg I, Fleßa S (2011) Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung, Gabler Verlag / Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden, S. 23f.
- Wernitz MH, Pelz J (2011) Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, S. 133.
- Wölker T (2007) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: ein Praxishandbuch der Ärzte-Zeitung, 5. überarbeitete Auflage, Ärzte-Zeitung-Verlagsgesellschaft, Neu-Isenburg, S. 15f.

8.3. Beitragswerke

- Donabedian A (1966), Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly Vol. XLIV (1966) Nr. 3, Part. 2, S. 166 -2006
- Donabedian A (1980), The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations. In quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan
- Frodl A (2004) Klinik- und Praxisgestaltung nach ISO 9000. In: Management von Arztpraxen : Kosten senken, Effizienz steigern ; betriebswirtschaftliches know-how für die Heilberufe; Gabler, Wiesbaden, S. 465 f.
- Girts S (2010) Fehler dürfen nicht individualisiert werden. In: Aus Fehlern lernen, Borgwardt J, Kolpatzik K (Hrsg), Springer Verlag, Berlin – Heidelberg
- Gut P (2001) Qualitätsmanagement als Strategie. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15 der Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA (Hrsg), Schiffmann, Bergisch Gladbach, S. 200f.
- Jaster HJ (1997a) Begriffsdefinitionen aus dem Bereich der Qualitätssicherung. In: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 38
- Jaster HJ (1997b) Von der Bedeutung der Qualität in der Industrie zum Qualitätsbegriff in der Medizin. In: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 9f
- Langenscheidtredaktion (2007) Schulwörterbuch Latein, Langenscheidt KG, Berlin und München
- Oberender P, Daumann F (1997) Ökonomische Aspekte in der Qualitätssicherung. In: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 210-248
- Ollenschläger G (2001) Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15 der Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA (Hrsg), Schiffmann, Bergisch Gladbach
- Schrappe M (2010a) Terminologie und Verständnis. In: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine, Lauterbach W, Schrappe M (Hrsg.), 3. Auflage, Schattauer, Stuttgart, S.271f.
- Schrappe M (2010b) Patientensicherheit und Risikomanagement. In: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine, Lauterbach W, Schrappe M (Hrsg.), 3. Auflage, Schattauer, Stuttgart, S. 368
- Simon W (2001) Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung in: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Band 15 der Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BzgA (Hrsg), Schiffmann, Bergisch Gladbach
- ZollDonz HD (2011) Grundlagen Qualitätsmanagement – Einführung. In: Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte, 3. Überarbeitete Auflage, Oldenbourg Verlag, München, S. 304

8.4. Hochschulschriften (Dissertationen, Habilitationen)

Amend CT (2005) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Begleitung eines Managementprojekts im Ärztenetz MQLD, Med. Dissertation, Johann-Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, S. 85

Bleses H (2005) Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal, Med. Dissertation, Medizinische Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin, S. 94f.

Vogg I (2008) Qualitätsmanagement in einer Arztpraxis. Medizinische Dissertation. Universität Greifswald, S. 3f.

8.5. Sonstige

8.5.1. Gesetze und Verordnungen

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 22, ausgegeben zu Bonn am 5. Mai 2006
DIN EN ISO 9000:2005, Beuth Verlag Berlin, 2005

DIN EN ISO 9001:2000, Beuth Verlag Berlin, 2000

DIN EN ISO 9001:2008, Beuth Verlag Berlin, 2008

Fortbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.06.2004 i. d. F. vom 30.10.2006

G- GKV-Modernisierungsgesetz (GMG); G. v. 14.11.2003 BGBl. I S. 2190; zuletzt geändert durch Artikel 1 G. v. 15.12.2004 BGBl. I S. 3445

Gebührenordnung für Ärzte, Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (2008), Bearbeiter: Renate Hess, Bearbeitungsstand: 01.04.2008, Deutscher Ärzteverlag, Köln

Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht - GKAR), Ausfertigungsdatum: 17.08.1955, zuletzt geändert durch Art. 17 G v. 20.12.1988 I 2477

Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 22.12.2006 (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VändG) [BGBl. I vom 30.12.2006, S. 3439ff.]

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) G. v. 14.11.2003 BGBl. I S. 2190 (Nr. 55); zuletzt geändert durch Artikel 1 G. v. 15.12.2004 BGBl. I S. 3445; Geltung ab 01.01.2004

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) G. v. 26.03.2007 BGBl. I S. 378 (Nr. 11); zuletzt geändert durch Artikel 4 G. v. 28.07.2011 BGBl. I S. 1622; Geltung ab 01.04.2007

Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) -Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), Ausfertigungsdatum: 20.12.1988, zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 28.7.2011 I 1622

8.5.2. Internetseiten

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Düsseldorf; URL: <http://www.awmf.org/index.php?id=68> [Stand: 21.12.2011]

DIN-Normen; URL: <http://www.din.de/cmd?level=tpl-Bereich&menuid=47388&cmsareaid=47388&languageid=de> [Stand: 21.12.2011]

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA); URL: Internet, Seite des G-BA: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2966/2010-12-16_QM_Bericht%20KBV%202009.pdf [Stand: 20.01.2011]

Google, Internetsuchmaschine, URL: www.google.de [Stand: 20.12.2011]

HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg, URL: ww.hno-netz-hamburg.de [Stand: 20.01.2011]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Qualitätsmanagement (QEP); URL: <http://www.kbv.de/qep/11469.html> [Stand: 03.11.2010]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Pressemitteilung vom 29.06.2009; URL: <http://www.kbv.de/presse/23836.html> [Stand: 20.01.2011]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Qualitätsmanagement; URL: <http://www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html> [Stand: 28.05.2010]

Wikipedia, URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/DIN-Norm> [Stand: 21.12.2011]

8.5.3. Interviews

Deutscher Berufsverbandes für HNO-Ärzte in Neumünster [Gespräch geführt mit Frau Ilona Böhnke am:20.01.2011]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Berlin [Gespräch geführt mit Herrn Mirko Baschin am: 21.01.2011]

Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg (KVHH) [Gespräch geführt mit Frau Leinroth am: 21.01.2011]

9. Anhang

9.1. Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung
AKQM	Arbeitskreis Qualitätsmanagement des HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V.
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
DIN	Deutsche Industrie Norm
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EN	Europäische Norm
FB	Formblatt
FBO	Fortbildungsordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKAR	Gesetz über das Kassenarztrecht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz / Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVHH	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NQSZ	Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen
PKV	Private Krankenversicherung
PQ HNO	praxisorientiertes Qualitätsmanagement für Hals-Nasen-Ohrenpraxen
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem
SBG V	Sozialgesetzbuch V
VA	Verfahrensanweisung
VändG	Vertragsarztänderungsgesetz

9.2.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	Kapitel
Abb. 1	Historische Entwicklung der Anforderungen an ein QM	2.2.
Abb. 2	Modell eines prozessorientierten QM nach EN ISO 9001:2008	2.4.1.1.
Abb. 3	EFQM-Modell.....	2.4.1.2.
Abb.4:	PDCA-Zyklus nach Deming	2.4.1.2.
Abb. 5	Zuordnungsmatrix (G-BA - PQ HNO - QEP).....	3.1.4.
Abb. 6	Struktur der EDV-Ordner im PQ HNO-Musterhandbuch	3.1.5.
Abb. 7	Inhaltsverzeichnis des PQ HNO-Musterhandbuches.....	3.1.5.
Abb. 8	Homepage des HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V.	3.2.
Abb. 9	PQ HNO – CD	3.2.
Abb. 10a	Außenseite des PQ HNO-Flyers („von Kollegen für Kollegen“).....	3.2.
Abb. 10b	Innenseite des PQ HNO-Flyers („von Kollegen für Kollegen“)	3.2.
Abb. 11	Bestellformular für die PQ HNO-CD per Telefax	3.2.
Abb. 12	PQ HNO-Kursprogramm (Programm in Berlin, 24. 02. 2007).....	3.2.
Abb. 13	Evaluationsbogen zur Bewertung eines Intensivkurses PQ HNO	3.3.3.
Abb. 14	Nachleseprotokoll der Referenten nach jedem Intensivkurs.....	3.3.4.
Abb. 15	Fragebogen zur Einführung und Akzeptanz von QM in HNO-Praxen	3.3.5.
Abb. 16	Aktuelle Vertragsarztzahlen 2009.....	3.3.6.
Abb. 17	Anzahl der vertragsärztlichen Einrichtungen (Praxen, MVZ) 2009	3.3.6.
Abb. 18	Entwicklung der Vertragsarztzahlen nach Fachgruppen (1993 – 2009)	3.3.6.
Abb. 19	Zahl der HNO-Praxen in der Bundesrepublik Deutschland	3.3.6.
Abb. 20	Frequenz der Evaluationsbogen	4.1.
Abb. 21	Ergebnisse zur Frage nach der klinischen Relevanz im Evaluationsbogen	4.1.1.
Abb. 22	Ergebnisse zur Frage nach dem Erkenntnisgewinn im Evaluationsbogen	4.1.2.
Abb. 23	Ergebnisse zur Frage nach dem Informationsgehalt im Evaluationsbogen.....	4.1.3.
Abb. 24	Frequenz der eingegangenen Fragebogen	4.2.
Abb. 25	Frequenz der eingegangenen Fragebogen in Relation	4.2.
Abb. 26 a und b	Ergebnisse der Frage 1 des Fragebogens.....	4.2.
Abb. 27 a und b	Ergebnisse der Frage 2 des Fragebogens.....	4.2.
Abb. 28 a und b	Ergebnisse der Frage 1 im Vergleich zu Frage 2 des Fragebogens.....	4.2.
Abb. 29	Ergebnisse der Frage 3 des Fragebogens	4.2.
Abb. 30 a und b	Ergebnisse der Frage 4 des Fragebogens.....	4.2.

Abb. 31	Ergebnisse der Frage 5 des Fragebogens (detailliert).....	4.2.
Abb. 32	Ergebnisse der Frage 5 des Fragebogens (zusammengefasst).....	4.2.
Abb. 33 a und b	Ergebnisse der Frage 6 des Fragebogens.....	4.2.
Abb. 34	Ergebnisse der Frage 7 des Fragebogens	4.2.
Abb. 35	Ergebnisse der Frage 8 des Fragebogens	4.2.
Abb. 36	Ergebnisse der Frage 9 des Fragebogens	4.2.
Tabelle 1	Relevante Gesetze und Verordnungen (gemäß FB 27 aus PQ HNO-Musterhandbuch)	2.6.2.
Tabelle 2	Aufstellung der Verfahrensanweisungen (VA 000).....	3.1.6.1.
Tabelle 3	Aufstellung der Arbeitsanweisungen (AA 000)	3.1.6.2.
Tabelle 4	Aufstellung der Formblätter (FB 000)	3.1.6.3.
Tabelle 5	Aufstellung der Intensivkurse zu PQ HNO	3.3.1.
Tabelle 6 a und b	Zusammenstellung der Ergebnisse zu Frage 6a des Fragebogens	4.2.

9.3. Web-Verzeichnis

www.aekhh.de	Ärztchammer Hamburg
www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de	Aktionsbündnis Patientensicherheit
www.awmf.org	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
www.baek.de	Bundesärztekammer
www.din.de	Deutsches Institut für Normung e.V.
www.g-ba.de	Gemeinsamer Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen
www.hno-netz-hamburg.de	HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg e.V.
www.kbv.de.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
www.kvhh.net.....	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
www.q-m-a.de.....	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
www.stiftung-gesundheit.de	Stiftung Gesundheit

10. Anlagen

Anlage 1

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791)

§135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,
1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Anlage 2

**Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über
grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten
und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie
vertragsärztliche Versorgung) vom 18. Oktober 2005,**

veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329,
in Kraft getreten am 1. Januar 2006

§1 Zweck der Richtlinie

¹Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sind nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. ²Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis, insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung, zu stehen. ³Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement hat der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinien nach § 92 in Verbindung mit § 136a Satz 1 Nr. 1 2. Alt. SGB V zu bestimmen. ⁴Soweit sich die Vorschriften dieser Richtlinie auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren.

§2 Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

¹Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. ²Dies erfordert bei allen Aktivitäten eine systematische Patientenorientierung. ³Qualitätsmanagement soll die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und der -mitarbeiter erhöhen; Qualitätsmanagement ist Aufgabe aller Praxismitarbeiter und ist von der Praxisleitung in eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxispolitik und -kultur einzubetten. ⁴Durch die Identifikation relevanter Abläufe, deren systematische Darlegung und dadurch hergestellte Transparenz sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden. ⁵Wesentliche Bedeutung kommt dabei der Objektivierung und Messung von Ergebnissen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu. ⁶Qualitätsmanagement zielt darauf ab, alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen. ⁷Dies setzt eine strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung voraus.

§3 Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind

1. im Bereich „Patientenversorgung“
 - a) Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse,
 - b) Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –beratung,
 - c) Strukturierung von Behandlungsabläufen.
2. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“
 - a) Regelung von Verantwortlichkeiten,
 - b) Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung),
 - c) Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Flucht-plan),
 - d) Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement,
 - e) Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung,
 - f) Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.

§4 Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind insbesondere zu nutzen:

- a) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen,
- b) Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen,
- c) Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,
- d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten,
- e) Beschwerdemanagement,
- f) Organigramm, Checklisten,
- g) Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen,
- h) Notfallmanagement,
- i) Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung,
- j) Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere

- aa) Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen,
- bb) Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen:

§5 Zeitrahmen für die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

- (1.) Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement ist gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 1 und)r. 2 innerhalb von vier Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt vollständig einzuführen und im Anschluss an die Selbstbewertung nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 gemäß § 6 Abs. 3 weiterzuentwickeln.
- (2) Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Richtlinie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, müssen ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 innerhalb von vier Jahren nach dem In-Kraft-Treten dieser Richtlinie vollständig einführen und im Anschluss an die Selbstbewertung nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 gemäß § 6 Abs. 3 weiterentwickeln

§6 Einführung und Weiterentwicklung

- (1) Die Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfolgt unter Berücksichtigung der Praxisgegebenheiten schrittweise in den in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Phasen.
- (2) Die Einführung gliedert sich in die Phasen „Planung“, „Umsetzung“ und „Überprüfung“:

1. Phase I „Planung“:

¹In dem Zeitraum von längstens zwei Jahren nach In-Kraft-Treten der Richtlinie oder bei späterer Niederlassung nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sind Maßnahmen, die der Planung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dienen, durchzuführen. ²Hierzu gehören mindestens eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele und Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach den §§ 2 bis 4 und die Festlegung von konkreten Zielen für den Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. ³Die Teilnahme an Fortbildungskursen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement - insbesondere im Hinblick auf die Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 - wird empfohlen. ⁴In Praxen, in denen mehrere Vertragsärzte tätig sind, ist ein für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zuständiger Vertragsarzt zu benennen. ⁵Zusätzlich wird für Praxen, in denen mehr als drei vollzeitbeschäftigte nicht-ärztliche Mitarbeiter tätig sind, empfohlen, einen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu-ständigen nicht-ärztlichen Mitarbeiter zu benennen.

2. Phase II „Umsetzung“:

¹In dem Zeitraum von längstens zwei weiteren Jahren sind auf der Grundlage der in Phase I erfolgten Analysen und Planungen konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu ergreifen. ²Dabei müssen bis zum Ende dieses Zeitraums alle Grundelemente nach § 3 unter Verwendung aller Instrumente nach § 4 eingeführt werden. ³Die Einführung kann schrittweise in frei gewählter Reihenfolge erfolgen.

3. Phase III „Überprüfung“:

¹In dem Zeitraum von längstens einem weiteren Jahr ist eine Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 einschließlich der jeweiligen Zielerreichung vorzunehmen. ²Dies kann auf der Grundlage von Nachweisen und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Anlage 1) erfolgen, z. B. in Form von Patientenbefragungen sowie Auswertungen dokumentierter Beschwerden und erfasster Fehler.

- (3) ¹Danach schließt sich die Phase der fortlaufenden Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch den Vertragsarzt an. ²Hierzu gehört eine mindestens jährlich durchzuführende Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundelemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 einschließlich der jeweiligen Zielerreichung.

§7 Qualitätsmanagement-Kommissionen

- (1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten zur Bewertung der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements Qualitätsmanagement-Kommissionen mit mindestens drei Mitgliedern ein. ²Die Mitglieder einer Qualitätsmanagement-Kommission müssen eine besondere Qualifikation im Qualitätsmanagement besitzen (z. B. Zusatzbezeichnung „Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer oder vergleichbare Qualifikationen) und sind zur Neutralität verpflichtet. ³Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene sollen insgesamt einen zusätzlichen Vertreter mit entsprechender Qualifikation in eine Qualitätsmanagement-Kommission entsenden.
- (2) ¹Die Bewertung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes erfolgt nach den inhaltlichen Vorgaben dieser Richtlinie auf der Grundlage der Darlegung nach § 8 Satz 1 bis 3. ²Bei der Bewertung sind die Besonderheiten der einzelnen Praxis (z. B. kein Patientenkontakt oder keine Mitarbeiter) zu berücksichtigen. ³Die Ergebnisse der einzelnen Bewertungen sind durch die Qualitätsmanagement-Kommission standardisiert zu dokumentieren. ⁴Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt die Ergebnisse jedes Kalenderjahres gemäß Anlage 2 bis zum 30. April des Folgejahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. ⁵Diese fasst die Ergebnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen, gegliedert nach Fachgebieten und Kassenärztlichen Vereinigungen, in einem Bericht zusammen und stellt diesen bis zum 30. Juni des Folgejahres dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung.
- (3) Die Qualitätsmanagement-Kommissionen nehmen ihre Tätigkeit spätestens im fünften Quartal nach dem In-Kraft-Treten dieser Richtlinie auf.

§8 Darlegung

¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern jährlich mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis auf. ²Die Darlegung umfasst mindestens Angaben zum zeitlichen Ablauf und zu den ergriffenen Maßnahmen im Sinne von § 6 Abs. 2 und 3 sowie entsprechende Unterlagen. ³Falls die eingereichten Unterlagen für eine Bewertung nicht

ausreichen, kann die Qualitätsmanagement-Kommission weitere Unterlagen von dem Vertragsarzt anfordern oder ihn auffordern, seine Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mündlich vor der Kommission darzulegen.

⁴Kommt die Qualitätsmanagement-Kommission bei ihrer Bewertung mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass der nach § 6 vorgegebene Einführungs- und Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements noch nicht erreicht ist, berät sie den Vertragsarzt, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann.

§9 Evaluation

¹Nach Ablauf von fünf Jahren nach In-Kraft-Treten dieser Richtlinie überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss den Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Sinne der Richtlinie. ²Gleichzeitig überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss die Wirksamkeit und den Nutzen des Qualitätsmanagements im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere auf der Grundlage der zusammenfassenden Berichte nach § 7 Abs. 2 Satz 5 sowie von publizierten Studien, die versorgungsrelevante Ergebnisse der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen und –verfahren insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland untersuchen. ³Ein besonderer Stellenwert kommt dabei vergleichenden Studien zu, die anhand von Ergebnisindikatoren Aussagen zur Wirksamkeit von Qualitätsmanagementsystemen zulassen (siehe Anlage 1). ⁴Anschließend entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage der Bewertung der bis dahin vorhandenen Wirksamkeits- und Nutzenachweise nach Satz 2 über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte, die das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unzureichend einführen oder weiterentwickeln.

§10 In-Kraft-Treten

Die Richtlinie tritt am Tag nach ihrer Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Anlage 1 (zur Richtlinie): Einsatz und Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Wirksamkeit von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement

1. ¹Qualitätsindikatoren nach den Nummern 2 und 3 sind ein nützliches Werkzeug für die Förderung und Darlegung von vertragsärztlicher Versorgungsqualität. ²Dies gilt sowohl für die Ebene der einzelnen Vertragsärzte (§ 6 Abs. 2 Nr. 3 Satz 2) als auch für die Ebene der vertragsärztlichen Versorgung im Ganzen im Hinblick auf die Bewertung von Wirksamkeit und Nutzen von Qualitätsmanagementsystemen (§ 9 Satz 2 und 3).

2. Ein Qualitätsindikator muss eine messbare Größe zur aussagekräftigen Abbildung der Gesundheitsversorgung sein. Für den Indikator muss belegt sein oder zumindest ein fachlicher Konsens bestehen, dass er dazu geeignet ist, medizinische oder psychotherapeutische Versorgungsqualität im zeitlichen Verlauf darstellbar zu machen.

3. Qualitätsindikatoren müssen zuverlässig und valide sein und sollen im Regelfall aus bereits angewandten Indikatorensystemen für die Gesundheitsversorgung ausgewählt werden. Um ein umfas-

sendes Versorgungsabbild zu erhalten, sollen sich die Indikatoren auf verschiedene Bereiche wie die Praxisorganisation, Prävention, Diagnostik und Therapie häufiger Erkrankungen sowie die Patientenorientierung in der Versorgung beziehen.

4. Zur Aufwandsbegrenzung empfiehlt sich insbesondere die Nutzung ohnehin dokumentierter, weil vorgeschriebener oder empfohlener Indikatoren der vertragsärztlichen Versorgungsqualität, z. B. im Rahmen der im SGB V vorgesehenen Disease-Management-Programme nach § 137f oder der Qualitätssicherungsverfahren nach z. B. § 115b Abs. 1, § 135 Abs. 2, §§ 135a, 136 und 136a SGB V.

5. Praxisübergreifende Studien und Forschungsprogramme im Sinne des § 9 Satz 2 und 3 sollen bei der Wirksamkeitsbestimmung von Qualitätsmanagementsystemen für die vertragsärztliche Praxis Zusammenstellungen von möglichst evidenzbasierten Qualitätsindikatoren nutzen, die - ausgewogen und differenziert im Hinblick auf die Bereiche nach Nummer 3 Satz 2 und auf die einzelnen Fachgebiete - relevante Aspekte der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgungsqualität erfassen. Dazu gehört die Prüfung negativer Effekte des Indikatoreneinsatzes (z. B. Vernachlässigung relevanter Versorgungsaspekte durch einseitige Fokussierung auf indikatorbelegte Versorgungsbereiche oder auf ausgewählte Tracerdiagnosen) durch den Einsatz geeigneter „Gegenindikatoren“. Zur Einbeziehung der Patientenperspektive sollen bei der Indikatorenauswahl strukturierte Publikationen von Patientenorganisationen ausgewertet werden. Die Risikostruktur der Patientenkollektive ist in Evaluationsstudien angemessen zu berücksichtigen, da hiervon die Aussagekraft eines Qualitätsindikators abhängt.

Anlage 2 (zur Richtlinie): Berichterstattung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Die Berichtspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 7 Abs. 2 Satz 4 und 5 umfasst für jedes Kalenderjahr folgende Angaben:

1. Anzahl der eingerichteten Qualitätsmanagement-Kommissionen nach § 7 Abs. 1,
2. Anzahl der Bewertungen nach § 7 Abs. 2 Satz 1,
3. Anzahl der Beratungsgespräche nach § 8 Satz 4,
4. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die noch nicht mit der „Planung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 begonnen haben,
5. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der „Planung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 begonnen haben,
6. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der „Umsetzung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 begonnen haben,
7. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die alle Elemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 eingeführt und mit der „Überprüfung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 begonnen haben,
8. Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der Weiterentwicklung nach § 6 Abs. 3 begonnen haben.

11. Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Kehrl für die Überlassung des Themas und seine wohlwollende Unterstützung und Geduld bei der Erstellung der Arbeit.

Den weiteren Mitgliedern der Prüfungskommission möchte ich für die Begutachtung der vorliegenden Arbeit danken.

Seneca schreibt in seinen Briefen an Lucilius: "Non quia difficilia sunt non audemus, sed quia non audemus difficilia sunt." ("Nicht weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwer"). Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Freunden und HNO-Kollegen, ohne die ich mich nicht an das Thema und die Arbeit gewagt hätte. Herr Dr. Koch, Herr Dr. Machate und Herr Dr. Schultz haben durch ihren steten und freundschaftlichen Druck zum erfolgreichen Abschluss der vorliegenden Arbeit beigetragen.

Vielen Dank!

12. Lebenslauf

Name	Bernward-Maria Heidland
Geburtsdatum, -ort	09. April 1959, Hildesheim
Bildungsweg	
1966 – 1978	Schulbildung, Abitur am Gymnasium Josephinum, Hildesheim
1978 – 1985	Studium der Humanmedizin, Georg-August-Universität, Göttingen
Approbation als Arzt	23. April 1985
Beruflicher Werdegang	
1985 – 1987	Wehrdienst als Sanitätsoffizier, Truppenarzt.
1987 – 1992	Weiterbildung zum Arzt für HNO-Heilkunde im Bundeswehr- krankenhaus Hamburg (Dr. Simm, Dr. Gramer); im Kranken- haus Stade (Prof. Dr. Naujoks), HNO-Praxis (Dr. Domdey) und im AK Harburg (Prof. Dr. Münzel).
2/1992	Anerkennung als Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde durch die Ärztekammer Hamburg.
seit 1993	Tätigkeit als niedergelassener HNO-Arzt in einer Gemein- schaftspraxis in Hamburg-Altona
Berufliche Nebentätigkeiten	
seit 2008	Stellvertretender Vorsitzender, Landesgruppe Hamburg des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte
seit 2006	Beisitzer im Vorstand und
seit 2008	Erster Vorsitzender des HNO-Qualitäts- förderungsnetz Hamburg e.V.
Promotion	
7/2009 - 6/2012	Retrospektive Analyse der Entwicklung und Einführung eines praxisorientierten Qualitätsmanagements (PQ HNO) für nieder- gelassene HNO-Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland nach Änderung des §135a (2) des SGB V (Prof. Dr. Kehrl, Leitender Arzt der HNO-Klinik, Kath. Marienkrankenhaus Hamburg)

13. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: