



Tipps fürs Qualitätsmanagement in der Hausarztpraxis

So finden Sie leicht den Einstieg

Armin Mainz und Matthias Frank

Mit dem demographischen Wandel ändert sich auch der Versorgungsbedarf: Chronische Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedarf nehmen zu. Für diese Patientengruppen muss das Gesundheitssystem aufeinander abgestimmte Versorgungsangebote haben. Dies kann nur gelingen, wenn die Beteiligten sich auf gemeinsame Ziele bei der Versorgung verständigen und die Abläufe abgestimmt und transparent sind. Kurz: Das Gesundheitssystem, und damit auch die Hausarztpraxis, muss konsequent Qualitätsmanagement betreiben.

Wichtige Aspekte bei der Auswahl eines QM-Systems:

- Ist die hausärztliche Arbeitsweise berücksichtigt?
- Arbeitsaufwand?
- Einbindung des Praxisteams?
- Wie effektiv ist die Unterstützung nach dem Assessment?
- Wie transparent sind die entstehenden Kosten dargestellt?

■ Qualität und Beschaffenheit der neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen verlangen einen Wandel bisheriger Denk-, Organisations- und Informationsstrukturen einer Arztpraxis. Ausgangspunkt der Veränderungsstrategie sollte deshalb immer eine Betrachtungsweise sein, die neuere Entwicklungen der aktuellen Gesundheitspolitik berücksichtigt.

Der Gesetzgeber hat mit den Disease-Management-Programmen (DMP) bereits zusätzliche Impulse gesetzt, um den Aufbau von Qualitätsmanagement in der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung voranzutreiben. Trotz der oft unnötigen Bürokratie dürfte er mit dem DMP dem vorgegebenen Ziel, den Aufbau der integrierten Versorgung voranzutreiben, ein gutes Stück näher gekommen sein. Gute Qualität ist, wenn erreichbare Ziele auch erreicht werden und unnötiger Aufwand vermieden wird.

Qualitätsmanagement-Systeme in der Hausarztpraxis: Was ist wichtig?

Auch der Hausarzt ist zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM)

verpflichtet. In der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die Anforderungen konkretisiert. Eine Festlegung auf ein bestimmtes QM-System sucht man dort aber vergebens. Bei der Fülle der geforderten Grundelemente und Instrumente des QM gilt es allerdings, sich zu überlegen, ob man eines der auf dem Markt befindlichen Systeme für sich nutzt. Bei der Auswahl sollte man auf folgende Kriterien achten:

- Wie stark wird die hausärztliche Arbeitsweise berücksichtigt?
- Wie hoch ist der Arbeitsaufwand inklusive Vorbereitungszeit?
- Wie intensiv wird das gesamte Praxisteam eingebunden?
- Wie effektiv ist die Unterstützung der Praxis nach dem Assessment/der Bewertung? (Ein Assessment kann bestehen aus Selbstbewertung, Mitarbeiter- und Patientenbefragung und Visitation inklusive Interview.)
- Wie transparent sind die direkten Kosten (Preis) und indirekten Kosten (u .a. Arbeitsaufwand) dargestellt?

Qualitätszirkel helfen, Management-Ziele zu erreichen

Achtung: Qualitätsmanagement darf kein Selbstzweck sein! Gute Qualität in Hausarztpraxen soll dazu dienen, dass einerseits die Arbeitszufriedenheit wieder zunimmt, andererseits die Praxis für die Zukunft gut aufgestellt ist. Die Mitarbeit in ärztlichen Qualitätszirkeln hat in den vergangenen Jahren viel dazu beigetragen, sich diesen Zielen zu nähern. Qualitätszirkel (QZ) sind regionale qualitätsorientierte Arbeitsgemeinschaften niedergelassener Ärzte. Außer medizinischen Themen dürfen und sollen auch Themen aus dem Bereich von Kooperation und Kommunikation Gegenstand der QZ-Treffen sein. Dazu zählt mittlerweile auch explizit das Thema „Qualitätsmanagement in der Praxis“.

Was genau verbirgt sich hinter dem Begriff Qualitätsmanagement?

Was ist QM genau? Hören wir uns dazu einen Dialog zwischen zwei Teilnehmern eines hausärztlichen QZ an:



einem
Kollegen



und einer
Kollegin



„Es ist doch unglaublich, Frau Kollegin! Da praktiziere ich seit gut 20 Jahren, habe einen treuen Patientenstamm, noch nie ein Regressverfahren der KV gehabt und soll nun plötzlich mehr als 1000 Euro für ein dubioses Qualitätsmanagement-System ausgeben?!“



„Nicht unbedingt. Wer es aus eigener Kraft schafft, die Qualität seiner Patientenversorgung zu erhalten und weiterzuentwickeln, der muss nicht auf fremde Hilfe zurückgreifen. Aber mein Praxisteam hat sich aus zwei Gründen für den anderen Weg entschieden. Einerseits wollten wir gern Informationen und Anregungen von außen erhalten. Andererseits schätzen wir den kritischen Blick von wohlwollenden Kolleginnen oder Kollegen auf unsere Praxis. Sie wissen doch: Mit der Zeit wird man manchmal etwas betriebsblind. Das ist doch auch immer wieder ein Thema bei unseren QZ-Treffen!“



„Schon, aber Sie glauben doch nicht, dass sich mit einer einmaligen Bewertung und Begehung etwas in Ihrer Praxis nachhaltig verändert?“



„Da haben Sie Recht, das wäre ein törichter Trugschluss. Doch unterschätzen Sie bitte nicht den Impuls, den Ihr Praxisteam durch eine gemeinsame Bestandsaufnahme

erhält. Sie selbst – und besonders Ihre Helferinnen – erhalten ja auch endlich einmal Lob und Anerkennung für das bisher Geleistete. Das motiviert, bestehende Schwächen zu beseitigen!“



„Ach, das ist mir alles nicht konkret genug! Ich bin Praktiker, ich brauche etwas Handfestes.“



„Aber gern. Ich schlage vor, wir setzen uns für eine Viertelstunde zusammen und ich erzähle Ihnen in aller Kürze, wie in unserer Praxis Qualitätsmanagement stattfindet. Bei einer Viertelstunde reicht es natürlich nicht von A bis Z, sondern nur von A bis I. Beginnen wir mit

A wie Anfangen

Klingt banal, ist aber entscheidend. Beginnen Sie mit kleinen Schritten, aber beginnen Sie! Ich empfehle Ihnen, mit einer Bestandsaufnahme anzufangen. Das kann z. B. ein Praxisrundgang sein. Vielleicht wollen Sie danach eine Pintafel für Patienteninformationen anbringen? Oder Porträt-Fotos des Praxisteam aufhängen?

Und denken Sie vor allem immer daran: QM ist Teamarbeit! Binden Sie Ihre Mitarbeiterinnen ein. Sie haben oft die besten Ideen und engagieren sich umso stärker, je mehr man sie lässt.

B steht für Besprechung im Team

Ein QM ohne regelmäßige Teambesprechungen ist wie ein Arzt ohne Patienten. Vereinbaren Sie mit Ihrem Team einen regelmäßigen Termin, bei dem Sie ungestört zusammenkommen können. Wie oft Sie sich treffen wollen, bleibt Ihnen überlassen.

Neben so genannten Schwerpunktthemen sollten Sie sich aber auch jedes Mal genügend Zeit lassen, um aktuelle Probleme ansprechen zu können. Was Sie bei der Vor- und Nachbereitung beachten sollten, bildet das „Sixpack der Teambesprechung.“ (s. Kasten 1)



1: Sixpack der Teambesprechung

- Zeit(dauer), Ort und ggf. Themen festlegen
- Flipchart bereitstellen
- Moderator/in (Zeitwächter) benennen
- Kurzes Ergebnisprotokoll schreiben
- Getränke/Imbiss vorbereiten
- Störungsprophylaxe betreiben



Kritische Haltung im Hinblick auf Qualitätsmanagement?

Beginnen Sie mit kleinen Schritten, aber beginnen Sie – z. B. mit einem Praxisrundgang



Wichtiges QM-Instrument: Teambesprechungen

Case Management: Ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Betreuungsangebot an den Patienten zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung


→ **2: Case Management Projekte**

Case-Management-Projekte der allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Frankfurt, Göttingen, Heidelberg und Marburg:

- ▮ Identifizierung von Patientinnen mit **Osteoporoserisiko**
- ▮ Sektorübergreifende Harmonisierung der **Arzneitherapie**
- ▮ Telefonmonitoring **depressiver Patienten** durch die Arzthelferinnen
- ▮ Hausärztliches Vorgehen beim akuten **Thoraxschmerz**

C wie Case Management

Case Management ist eigentlich das, was unsere originäre hausärztliche Arbeit beinhaltet. Ferguson und Weinberger haben es 1998 folgendermaßen definiert: Ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Betreuungsangebot an den Patienten zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung. Es betrifft in erster Linie Patienten mit chronischen Erkrankungen oder solchen, die schwierig und zum Teil nur kostenaufwendig zu behandeln sind. Das passt doch auch zu unseren multimorbiden Patienten, die wir mittels erlebter Anamnese jahrelang begleiten. Dankenswerterweise werden von einigen allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen unterschiedlichste Case-Management-Projekte (s. Kasten 2) angeboten, oft verbunden mit kostenlosen Schulungen der Arzthelferinnen. Nutzen Sie diese Möglichkeit und klicken Sie mal auf die Homepage der Allgemeinmedizin in Ihrer Universität.

 „Danke für diesen Hinweis. Fortbildungen für meine Helferinnen sind mir sehr wichtig! Und wenn es konkret in die Patientenversorgung eingebaut ist, doppelt gut. – Jetzt kommt „D“. Doch nicht etwa DMP?“

 „Leider ja:

D steht für Disease Management


Abgelehnt und bekämpft von vielen Hausärzten. Doch wie auch immer man dazu stehen mag: Unsere Praxis hat die Gunst der Stunde genutzt und an fünf Stellschrauben mit Hilfe der DMP die Patientenversorgung weiterentwickelt:


- ▮ Erinnerungssysteme eingeführt,
- ▮ Organisation von Untersuchungsabläufen geregelt,

- ▮ EDV-Dokumentation ausgebaut,
- ▮ Patientenschulungen zur Entlastung der Sprechstunde angeboten,
- ▮ Feedback-Berichte für Veränderungen z. B. in der Medikation genutzt.

E wie Evidenz-basierte Medizin

Muss ich dazu einem erfahrenen QZ-Kollegen noch viel sagen? Andererseits ist es immer wieder eine Herausforderung, an gute externe Evidenz zu kommen. Mittlerweile lese ich Literatur nach dem Motto: Weniger ist mehr. Und im Vertrauen: Die DEGAM-Leitlinien, die Zeitschrift für Allgemeinmedizin und die Hausarzt-Zeitschriften mit ihren IhF-Fortbildungsartikeln wie **Hausarzt** decken bereits einen sehr großen Teil der Inhalte für unsere hausärztliche Tätigkeit ab.“

 „Für mich hat nach wie vor meine interne Evidenz den höchsten Stellenwert. Schauen Sie sich doch mal an, wie widersprüchlich die ganzen Studienergebnisse sind!“

 „Richtig. Aber auch unser eigenes Wissen ist nicht frei von Irrtümern und Verfallsdaten. Und die evidenzbasierte Medizin ermuntert uns, kritisch zu bleiben und mit Fehlern offen umzugehen. Damit kommen wir zu:

F steht für Fehlermanagement

Neben der Teambesprechung ein weiteres Kernelement im QM. Manchmal braucht es eine Weile, bis in der Praxis eine neue Kultur des Umgangs mit Fehlern entsteht. Meist haben Fehler ja nicht nur eine Ursache. Übrigens: Wir sollten uns früh angewöhnen, von Fehlern und Beinahe-Fehlern zu reden. Denn viele fehlerträchtige Handlungen führen nicht zu einem kritischen Ereignis, also zu einem Schaden, weil bereits ausreichend Sicherheitsbarrieren vorhanden waren.

Aber auch diese Beinahe-Fehler können wir gut nutzen, wenn wir bei der Fehleranalyse systemorientiert statt personenorientiert vorgehen. Suchen Sie gemeinsam im Team nach Ursachen und beeinflussenden Faktoren (s. Kasten 3). Sie werden feststellen, dass die meisten Unzulänglichkeiten nicht auf mangelndem Wissen, sondern auf suboptimalen Prozessen beruhen.

Sie können sich zwar auf die interne Diskussion beschränken. Es ist allerdings bereichernd, wenn Sie auch über Ihren Tellerrand hinausschauen und zum Beispiel auf der Internet-Seite des Frankfurter Fehlerberichts- und -meldesystems **www.jeder-fehler-zaehlt.de** eine Kommunikation mit Kollegen starten.“



www.jeder-fehler-zaehlt.de

Die Internet-Seite des Frankfurter Fehlerberichts- und -meldesystems



„Das kenne ich schon aus der Zeitschrift **Hausarzt**. Darin lese ich doch immer den **Fehler des Monats**. Ist ein prima Forum. Schon verblüffend, dass es vielen Kollegen genauso wie mir geht.“



„Freut mich, dass es Ihnen nützt. Jetzt folgt eine eher trockene Materie.“

G wie Gesetze und Vorschriften

In aller Kürze die wichtigsten Forderungen: Funktionierende Sicherheitseinrichtungen inklusive Feuerlöscher. Alle drei Jahre ist eine Überprüfung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit nötig, alle vier Jahre Untersuchungen der Mitarbeiterinnen durch einen Betriebsarzt. Die messtechnischen Kontrollen von Medizinprodukten wie Blutdruckmessgeräten richten sich nach den Herstellerangaben, sind aber spätestens alle zwei Jahre nötig. Führen eines Medizinproduktebuches. Ab fünf Mitarbeiterinnen muss eine interne Datenschutzbeauftragte ernannt werden. Vorschriften für die Kontrolle von Notfallkoffern gibt es nicht, aber einmal im Jahr ist sinnvoll. Nähere, verlässliche Informationen erhalten Sie u. a. bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

H wie Hygiene

Ein praxispezifischer Hygieneplan erleichtert zwar die Infektionsprophylaxe, es kommt aber auch darauf an, wie das Team Arbeits- und Infektionsschutz umsetzt. Auch hier gilt: Kleine Schritte führen eher zum Ziel! Ich nenne Ihnen ein paar:

- █ Entkalken Sie die Perlatoren regelmäßig,
- █ wischdesinfizieren Sie oder ein Teammitglied täglich die Arbeitsflächen,
- █ gebrauchen Sie Einmalpapierhandtücher,
- █ überwachen Sie die Kühlschranktemperatur mit einem Minimum-Maximum-Thermometer,
- █ ernennen Sie eine Hygienebeauftragte,
- █ machen Sie das Thema Hygiene einmal im Jahr zum Schwerpunkt ihrer Teambesprechung, quasi als interne Fortbildung...“



„Stop. Das muss ich erst mal verdauen. Bisher ist doch in unserer Praxis noch nie etwas passiert!“



„Wissen Sie das genau? Infektionen mit ihren Inkubationszeiten sind nicht immer so exakt zu rekonstruieren. Zum Schluss:

I wie Indikator

Zunächst will ich Ihnen eine Definition bieten. Ein Indikator kann ein Element zum Messen von



Das Team hat einen Patienten im Wartezimmer vergessen, Konsequenz?



3: Fehleranalyse nach der TOP-TEAM-Methode:

Was war passiert? Es wurde ein Patient im Wartezimmer (im Ultraschall, auf der Toilette,...) vergessen. Bei der gemeinsamen Suche nach den möglichen Ursachen arbeiten Sie konsequent die häufigsten Einflussfaktoren ab.

Es folgen beispielhafte Fragen von Kolleginnen und Arzthelferinnen:

T = Teamarbeit: Ist der Arzt über den wartenden Patienten im Ultraschall informiert worden?

O = Organisation in der Praxis: Melden sich alle Patienten an der Anmeldung an?

P = Patient: Erhalten behinderte Patienten einen Karteivermerk, damit auf sie besonders geachtet wird?

T = Technik: Befindet sich auf der Toilette eine Notklingel?

E = Environment: Hat der Umgebungslärm die Rufe verschluckt?

A = Aufgabenverteilung im Team: Ist eine Arzthelferin für die regelmäßige Kontrolle des Wartezimmers zuständig?

M = Medikament: Entfällt bei diesem Beispiel.

Und auch, wenn nur in einem Bereich eine Lösung gefunden wird. Mit der gemeinsamen Arbeit an dem Problem hat das Team schon gewonnen!

Qualität in Ihrer Patientenversorgung sein. Ich nenne Ihnen einige Beispiele:

- █ Wie viele Ihrer Diabetiker sind geschult worden?
- █ Bei wie vielen Ihrer medikamentös behandelten Hypertonikern wird mindestens einmal im Quartal der Blutdruck gemessen?
- █ Wie hoch ist der Anteil Ihrer Patienten, die mehr als fünf Wirkstoffe zur Therapie erhalten (Poly-medikation)?

Es liegt nun an Ihnen, eigene, für Ihre Praxis wichtige Indikatoren zu formulieren, den Ist-Zustand abzubilden und für Sie wünschenswerte Ziele zu setzen. Nach einer gewissen Zeit prüfen Sie, ob Sie das Soll erreicht haben. Am Anfang klappt das häufig nicht. Aber mit der Zeit planen Sie realistischer und entwickeln Strukturen in der Praxis, um die Umsetzung zu erleichtern. Das gilt



Qualitätsmanagement – für jeden Praxischef eine gute Investition in die Zukunft

übrigens für das gesamte QM. Viele von den angesprochenen Aspekten werden in Ihrer Praxis ja bereits gelebt. Vielleicht ist es Ihnen nur nicht immer so gegenwärtig. Die noch zu bewältigenden Aufgaben sollten Sie nach und nach angehen.



„ Mmh. Danke. Ich würde nicht alles unterschreiben, was Sie gesagt haben. Aber mich beeindruckt ihre Begeisterung für QM. Vielleicht fangen wir bei uns mal mit einer Teambesprechung an. Dann entdecken wir vielleicht schon das ein oder andere ganz von selbst...“

QM fördert die Patientenbindung

Die Orientierung an den aufgeführten Punkten ist eine gute Grundlage, um ein QM-System in der eigenen Praxis zu etablieren und die Qualitätssicherung auch zu gewährleisten. Die bestmögliche medizinische Versorgung berücksichtigt sowohl den aktuellen Stand der Wissenschaft (Evidence-based Medicine) als auch die umfassende, persönlich-menschliche Betreuung des Patienten. Maßstab für die Bewertung dieser Leistungen ist dann letztendlich die Ergebnisqualität und die langfristige Zufriedenheit der Patienten.

Patienten, Krankenkassen und Öffentlichkeit erwarten von Arztpraxen eine systematische Qualitätsförderung, die Einhaltung von medizinischen Standards bei der ärztlichen Versorgung, die Sicherung von Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit und die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der ärztlichen Versorgung. Qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten und die Qualität der Versorgung ständig zu verbessern, dies darzulegen und sich vielleicht auch mit Kollegen zu vergleichen, ist Basis eines unternehmerischen Selbstverständnisses. Dies dient neben der systematischen Qualitätsförderung auch der Patientenbindung. Deshalb sind Strukturen und Abläufe nötig, die diesen veränderten Bedingungen

entsprechen und die mögliche Perspektiven zeigen, um die Fortentwicklung des Gesundheitswesens zu garantieren.

QM hat vor allem drei Wirkungen und ist eine sinnvolle Investition in die Zukunft

Qualitätsmanagement im hier beschriebenen Sinn hat vor allem drei Wirkungen:

1. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess: Dies ist wohl der wichtigste und entscheidende Faktor bei jedem QM-System. Dem Prinzip nach muss systematisch nach Defiziten im System gesucht werden. Diese müssen dokumentiert, analysiert und schließlich beseitigt werden.
2. In einem funktionierenden QM-System wird jedes Teammitglied in seinem Bereich versuchen, Defizite zu erkennen und zu beseitigen.
3. QM bildet die Sicherheitsbasis jeder Praxis. So können sich die Praxisinhaber darauf verlassen, die wichtigsten Bestimmungen zu erfüllen.

Durch die Ausrichtung der Praxisstruktur mit Hilfe eines QM-Systems werden die vorgestellten Maßnahmen der Qualitätssicherung nicht nur deutlich verbessert und ausgeweitet, sondern es wird eine Basis geschaffen, um die Vertrauensbildung an die Qualität der Arztpraxis zu festigen und im Sinne von TQM (Total Quality Management) Spitzenqualität durch fortdauernde Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung wird gewährleistet durch Disease-Management-Programme, integrierte Versorgung, Teilnahme an Qualitätszirkeln, Entwicklung von standardisierten Patientenpfaden und Orientierung an evidenzbasierter Medizin. Unter diesem Blickwinkel kann QM per se keine vorübergehende Maßnahme bleiben sondern ist immer eine dauerhafte sinnvolle Investition in die Zukunft einer Arztpraxis.

Korrespondenz:
Dr. Armin Mainz

Hausarzt, Internist/Ärztliches Qualitätsmanagement
Am Berndorfer Tor 5, 34497 Korbach
Freitag.Mainz@t-online.de

Mögliche Interessenkonflikte:

Dr. Mainz ist von der Stiftung Praxissiegel akkreditierter EPA (Europäisches Praxisassessment)-Visitor und stellvertretender Vorsitzender der QM-Kommission KV Hessen.

Literaturtipps (Weiteres bei den Verfassern)

1. Matthias Frank: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – erfolgreich umgesetzt, 2. Auflage 2005; Schattauer-Verlag Stuttgart
2. Ferdinand Gerlach: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin Thieme 2001
3. Bärbel Keim-Meermann et al.: Qualitätsmanagement einführen, 2006, Schlütersche Verlagsgesellschaft

→ Fazit für die Praxis

- 1. Qualität und Beschaffenheit der neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen verlangen einen Wandel bisheriger Denk-, Organisations- und Informationsstrukturen einer Arztpraxis.
- 2. Auch der Hausarzt ist zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) verpflichtet.
- 3. Gute Qualität in Hausarztpraxen soll dazu dienen, dass die Arbeitszufriedenheit (wieder/weiter) zunimmt und die Praxis für die Zukunft gut aufgestellt ist.
- 4. Wichtige Stichworte beim QM sind etwa: QM-Systeme, Teambesprechungen, Case- und Fehlermanagement sowie Disease Management Programme.