

# Qualitätsmanagement in der chirurgischen Praxis

## Warum Qualität in der ärztlichen Versorgung?

Es gibt wohl zur Zeit im Bereich der Ärzteschaft keine umfänglicheren Diskussionen als die Bezahlung ärztlicher Leistungen und die Pflicht zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der ärztlichen Praxis. Beides hat auf den ersten Blick nichts miteinander zu tun. Bei näherem Hinsehen wird jedoch augenscheinlich, dass sehr wohl das Eine mit dem Anderen in enger Beziehung steht, denn immer dann, wenn finanzielle Ressourcen knapp werden, wird der Ruf nach Qualität lauter, das heißt u.a., die Forderung zum sparsameren Umgang mit der begrenzten Ressource „Geld“ wird unüberhörbar. Die Forderung nach Ressourcenschonung ist kein ausschließliches Phäno-

men des Gesundheitswesens und nicht auf Deutschland beschränkt. Vielmehr findet sich dieses Bestreben seit Jahren auch in der Industrie als treibende Kraft u.a. für Kooperationen (im ambulanten Sektor z.B. MVZ) jeglicher Art bis hin zur Akquisition eines Unternehmens (z.B. private Betreibergesellschaften von Kliniken).

Die Diskussion um Qualität in der Medizin wird europaweit geführt. Alle Länder unternehmen unterschiedlichste Anstrengungen, die zunehmenden Kosten in den Griff zu bekommen.

Der Disput über Qualität bzw. deren Mangel im Gesundheitswesen in Deutschland wurde initiiert mit dem diskriminie-

renden Vorwurf der Über-, Fehl- und Unterversorgung ohne auch nur in einem Nebensatz anzuerkennen, dass das Niveau der hiesigen medizinischen Versorgung den Vergleich mit anderen Industriestaaten nicht scheuen muss. Die ständige Verbesserung der medizinischen Versorgung unserer Patienten ist dem Beruf des Arztes immanent. Vermehrte Anstrengungen zu unternehmen und gleichzeitig die Ausgaben im Blickfeld zu haben, sehen wir als unsere eigenste Aufgabe an. Bleibt zu bedenken: qualitativ hochwertige Medizin hat ihren Preis. Qualität ist kein absoluter, sondern ein relativer Anspruchswert, dessen Ausgestaltung sehr wohl von den finanziellen Rahmenbedingungen abhängig ist.

Das Erstellen und Betreiben einer ambulanten OP-Einheit ist eine teure Sache, die nur dann zu bewerkstelligen ist, wenn die operativen Leistungen entsprechend vergütet werden.

Das bewusste Verschweigen der Ausgabenkonstanz für medizinische Leistungen in den letzten 30 Jahren, bezogen auf das Bruttosozialprodukt (6%) und die nahezu zwanghafte Fokussierung auf die Ausgaben-

seite mit einer unablässigen Diskreditierung der Ärzteschaft, findet letztlich ihren Endpunkt darin, für alle Ärzte in der Praxis verpflichtend ein QM-System einzuführen.

## Gesetzliche Vorgaben

Zum 01.01.2004 wurde das fünfte Sozialgesetzbuch durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) geändert:

### §135a (2)

„Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser (...) sind (...) verpflichtet, (...) einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

### §136a (1)

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien (...) die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (...)“

Derzeit besteht keine Pflicht zur Zertifizierung nach einem QM-System.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18.10.05 einen Beschluss über die ‚Qualitätsmanagement-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung‘ verabschiedet.

## Was sind die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte im Einzelnen?

- Der Aufwand für ein QM-System hat in einem angemessenen Verhältnis, insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung, zu stehen
- kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung
- systematische Patientenorientierung
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und -mitarbeiter; QM ist Aufgabe aller Praxismitarbeiter und ist von der Praxisleitung in eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxispolitik und -kultur einzubetten
- Durch die Identifikation relevanter Abläufe, deren systematische Darlegung und dadurch hergestellte Transparenz sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden

Tab. 1 Grundelemente des Qualitätsmanagements

### Grundelemente im Bereich „Patientenversorgung“

- Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien
- Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung,
- Strukturierung von Behandlungsabläufen

### Grundelemente im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung),
- Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan),
- Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement,
- Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung,
- Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.

Tab. 2 Instrumente eines einrichtungsinternen QM-Systems

- 1 Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen
- 2 Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen
- 3 Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,
- 4 Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten,
- 5 Beschwerdemanagement
- 6 Organigramm, Checklisten
- 7 Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
- 8 Notfallmanagement
- 9 Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung
- 10 Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere
  - a) Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen
  - b) Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen

- Objektivierung und Messung von Ergebnissen der medizinischen und Versorgung
- Angemessene Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten
- strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung

Seitens der niedergelassenen Ärzte werden die in ■ Tab. 1 aufgeführten Grundelemente eines Qualitätsmanagements gefordert.

Die in ■ Tab. 2 aufgeführten Instrumente eines einrichtungsinternen QM-Systems werden als nützlich angesehen.

Die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses an ein internes Qualitätsmanagement in der Praxis sind hinsichtlich der Bereiche und Instrumentarien konkret ausgestaltet und erleichtern dadurch die Planung, Gestaltung und Einführung in der eigenen chirurgischen Praxis.

Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt folgenden zeitlichen Rahmen zur Einführung eines praxiseigenen Qualitätsmanagements vor:

Vier Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt oder innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie für die bereits niedergelassenen Kollegen, also spätestens bis zum 01.01.2010, muss die vollständige Einführung eines Qualitätsmanagements in der Praxis mit Weiterentwicklung nach Selbsteinschätzung erfolgt sein.

Die Einführung und Weiterentwicklung eines praxisinternen Qualitätsmanagements geschieht in drei Phasen (■ Tab. 3).

Die Implementierung eines speziellen Qualitätsmanagementsystems ist nicht vorgeschrieben. Es bleibt jedem einzelnen überlassen, welches QM-System er letztlich für sich favorisiert.

**Tab. 3** Einführung und Weiterentwicklung eines praxisinternen QM

<b>Phase I „Planung“</b>	<p>Spätestens zwei Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt</p> <p>Bereits niedergelassene Ärzte bis spätestens 1.1.2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele und Inhalte des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</li> <li>• Festlegung von konkreten Zielen für den Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</li> <li>• Teilnahme an Fortbildungskursen wird empfohlen</li> <li>• Benennung eines zuständigen nicht-ärztlichen Mitarbeiters</li> </ul>
<b>Phase II „Umsetzung“</b>	<p>Spätestens vier Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt</p> <p>Bereits niedergelassene Ärzte bis spätestens 1.1.2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements</li> <li>• Einführung aller Grundelemente unter Verwendung aller Instrumente bis zum Ende dieses Zeitraums</li> </ul>
<b>Phase III „Überprüfung“</b>	<p>Spätestens fünf Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt</p> <p>Bereits niedergelassene Ärzte bis spätestens 1.1.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente einschließlich der jeweiligen Zielerreichung</li> <li>• Nachweise und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität z. B. in Form von Patientenbefragungen sowie Auswertungen dokumentierter Beschwerden und erfasster Fehler</li> </ul>

*Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern ab dem 01.01.2007 jährlich mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis auf und bewerten diese. Bei Unzulänglichkeit der Darlegung erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes.*

**Tab. 4** Beispiel-Verfahrensplan zum Radiusfraktur

<b>Was geschieht?</b>	<b>Was muss geregelt und dokumentiert werden?</b>
Patient betritt mit starken Schmerzen die Praxis	VA (Verfahrensweisung): Aufnahme des Patienten in die elektronische Patienten-Verwaltung (Kartelkarte) Wer ist für die Patientenaufnahme verantwortlich? → Organigramm
Wegen der starken Schmerzen sofortige Versorgung ohne Wartezeit	VA: Notfallversorgung
Erhebung der Unfallanamnese	AA (Arbeitsanweisung): Erhebung der Anamnese
Indikation zur Röntgenaufnahme	Wer ist für das Röntgen verantwortlich? → Organigramm, Einhaltung von Normen AA: Strahlenanamnese, AA: Strahlenschutz
Anfertigen der Aufnahme	AA: Durchführung der Aufnahme Handgelenk/Unterarm a-p und seitlich
Befundung des Röntgenbildes	AA: Befunddokumentation AA: Aufbewahrung der Röntgenbilder
Beratung des Patienten über die Therapie (Leitlinien, fachliche Standards)	VA: Aufklärung des Patienten, Mitwirkung des Patienten
Anlage des ruhig stellenden Verbandes	AA: Gipsanlage Radiusfraktur Wer ist dafür verantwortlich → Organigramm
Gipskontrolle, DMS,	AA: Gipsanlage Radiusfraktur (Unterarm)
Aufklärung des Patienten über Gefahren und Umgang mit einem Gipsverband	AA: Patienteninformation Merkblatt: Gipsverband
Medikation mit Schmerzmitteln	CL (Checkliste): Rezeptaustellung AA: Aufklärung über Nebenwirkungen Medikamentenplan
Terminvereinbarung/Wiederbestellung	VA: Terminvergabe
Klärung der Erreichbarkeit im Notfall	VA: Erreichbarkeit
Information des Hausarztes	VA: Information externer Partner
Verabschiedung des Patienten	AA: Umgang mit Patienten, Leitbild

## Welche konkreten Forderungen leiten sich gemäß den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses für die niedergelassenen Chirurgen bei der Einführung eines Qualitätsmanagements ab?

Chirurgische Tätigkeit impliziert per se eine strukturierte Arbeitsweise. Ob sie sich in einer ebensolchen Dokumentation wiederfindet, musste bisher jeder einzelne für sich beantworten. Jetzt ist eine entsprechende Dokumentation vorgeschrieben. Die Anamnese, die Indikation zu konservativem oder operativem Vorgehen, die perioperative Betreuung sowie die Nachbehandlung ist bei vielen Erkrankungen, die chirurgisch angegangen werden können, standardisiert. So z.B. die Versorgung einer nicht dislozierten Radiusfraktur des Erwachsenen: Der Bruch wird für 5 -6 Wochen in einem Hartverband ruhig gestellt. Dieses Verfahren ist üblich. Bisher hatten Sie diese Vorgehensweise und begleitende Schritte nicht schriftlich festgelegt. Wenn Sie ein QM in Ihrer Praxis einführen, müssen Sie diesen „strukturierten Behandlungsverlauf“ in Form einer Verfahrensweisung schriftlich darlegen. Beispielhaft sollen hier die Instrumente des QM - wie vom gemeinsamen Bundesausschuss empfohlen - für die Versorgung einer Radiusfraktur dargestellt werden (■ Tab. 4).

Wie Sie sehen, bedarf die Versorgung einer relativ banalen Erkrankung einer umfangreichen Dokumentation und Regelung, die beschreibt, was Sie immer schon gemacht haben. Dies bedeutet aber nur prima vista „unnütze Arbeit und endloser Aufwand“ bei immer geringeren Ressourcen - finanziell, personell und zeitlich. QM ist nicht Selbstzweck, sondern die Dokumentation bietet Ihrer Praxis entscheidende Vorteile:

- **Strukturierung und Optimierung** von Abläufen (für Sie mitunter Zeitersparnis, ein Gipsverband muss nicht ein zweites Mal wegen Fehlstellung angelegt werden)
- Steigerung Ihrer **Effizienz** → Schonung personeller und finanzieller Ressourcen
- Klarheit und Sicherheit für Ihre Mitarbeiter (Nachfragen der MA erübrigen sich)
- **Klärung von Verantwortlichkeiten** (Sie haben bei einem Problem einen zuständigen Ansprechpartner)
- Einhaltung von **Vorschriften und Richtlinien** (IfSG, MBtrV, BG u.a.)
- **Rechtsicherheit** bei juristischen Auseinandersetzungen (quod non est in actis, non est in mundo)

- **Dokumentation** Ihrer schon bisher erbrachten Qualität
- **Transparenz** Ihrer Leistung (wir waren schon immer gut, weshalb sollen wir dies nicht nach außen darstellen?)
- **Günstigere Versicherungsprämien** (Risk-Management)
- **Schlankere Verwaltungsprozesse** (Lean-Management)
- **Patientenorientierung** und Marketing

## Qualitätsmanagementsysteme

Qualität braucht ein systematisches Konzept. Zur besseren Umsetzung Ihrer Qualitätsbemühungen eignet sich die Einführung eines QM-Systems in Ihrer Praxis. Es gibt eine Vielzahl von QM-Systemen. Einige sind für die vertragsärztliche Versorgung geeigneter als andere. Verbreitet ist DIN-EN-ISO 2000, wobei die Ausrichtung zunächst mehr industrieorientiert war und erst nach der Überarbeitung in 2000 zunehmend auch in Dienstleistungsbetrieben zur Anwendung kommt. Sowohl für Klinikambulanzen als auch Arztpraxen wurde „KTQ ambulant“ konzipiert. Die Forderungen aller QM-Systeme sind ähnlich und finden sich in den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses wieder.

Seit 2004 hat unsere Selbstverwaltung (KBV und Kven) ein spezielles OM-System für Praxen entwickelt - **QEP\*** - Qualität und Entwicklung in der Praxis ( [www.kbv.de](http://www.kbv.de) ). Für die Schulung und Implementierung dieses QM-Systems in der chirurgischen Praxis hat sich der Berufsverband der Chirurgen (BDC) entschieden. Folgende Gründe waren ausschlaggebend:

- **Kostengünstig** durch viele Unterstützungsangebote (Schulungsveranstaltungen durch BDC von Chirurgen für Chirurgen), QEP-Qualitätszielkatalog der KBV, QEP-Manual der KBV mit Umsetzungsvorschlägen und digitalen Musterdokumenten
- **Fokussierung** auf die ambulante Versorgung in Deutschland
- **Bewertungsverfahren**, welches die interne Selbstbewertung erleichtert
- **Entwicklung in Zusammenarbeit** mit niedergelassenen Ärzten und Berufsverbänden in einer evaluierten Pilotphase
- **Orientierung** am Arbeitsalltag einer Praxis im ambulanten Bereich
- **Externe Beurteilung** - wenn gewünscht - durch niedergelassene Kollegen und Mitarbeiter aus dem niedergelassenen Bereich.

## Womit sollten Sie beginnen?

Fangen Sie mit den grundlegenden, in jedem System aufgeführten Aktivitäten an:

- **Regelmäßige Teamsitzungen**
- **Erstellen eines Organigramms** mit Zuteilung von Verantwortlichkeiten
- **Darstellung des Leistungsspektrums**
- **Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen**
- **Prozessbeschreibungen** häufiger Patientenversorgungs- und Organisationsabläufen
- **Festlegung von Qualitätszielen** (z.B. Verkürzung der Wartezeit)
- **Planung des Vorgehens** bei der Einrichtung eines QM-Systems (Projektplan)
- **Erstellung einer Patienteninformationsbroschüre**
- **Erstellung des Praxisleitbildes**
- **Durchführung Ihrer ersten Patientenbefragung** (z.B. [www.equam.org](http://www.equam.org))

Zur Erleichterung der Einführung eines Qualitätsmanagements und der Generierung QM-konformer Dokumente (Kopf- und Fußzeilen, Freigabe, Versionsfortschreibung u.ä.) sowie deren Verwaltung haben chirurgische Kollegen das elektronische Dokumentenverwaltungssystem-Qualitätsmanagement (DVS-QM), welches auf dem QEP\* - Zielkatalog aufbaut und diesen vollständig widerspiegelt, entwickelt. Es enthält mehr als 1000 Musterdokumente, die Sie problemlos in Ihr elektronisches QM-Handbuch übernehmen können (zu bearbeitenden QEP - QM-Indikator auswählen, passendes Musterdokument auswählen, per Knopfdruck importieren, überarbeiten, freigeben). Ebenso können Sie die Dokumentenvorlagen aus dem QEP-Manual der KBV problemlos verwenden und in DVS-QM übernehmen. Diese CD erleichtert Ihnen die Implementierung eines QM-Systems, somit entfällt eine kostenträchtige Beratung durch externe Firmen. Weitere Informationen zu DVS-QM erhalten Sie über den BDC oder [www.mebeq.de](http://www.mebeq.de)

Auch wenn die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems in Ihrer Praxis sich anfänglich ggf. aufwendig darstellt, ist nach Umsetzung und Einführung Ihres QM-Systems ein unbestreitbarer Gewinn für Sie, Ihre Mitarbeiter und insbesondere für Ihre Patienten festzustellen.

### Dr. med. M. H. Wagner

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie  
 Ärztlicher Qualitätsmanager  
 Mundenheimerstr. 254  
 67061 Ludwigshafen  
[chirurgie.lu@t-online.de](mailto:chirurgie.lu@t-online.de)