

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

**Qualitätsmanagement in der Arztpraxis –  
Begleitung eines Managementprojekts im  
Ärztenetz MQLD**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
des Fachbereichs Medizin der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von

Christoph Thomas Amend  
aus Werneck

Frankfurt am Main, 2005

Dekan: Herr Prof. Dr. J. Pfeilschifter  
Referent: Herr Prof. Dr. K. Jork  
Korreferent: Herr Prof. Dr. T. Gerlinger

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung</b> .....	5
<b>2. Methodik</b> .....	12
2.1 <i>Stichprobe</i> .....	12
2.1.1 Praxen .....	12
2.1.2 Mitarbeiter .....	12
2.1.3 Patienten .....	12
2.1.4 Ärzte .....	12
2.2 <i>Instrumentarien</i> .....	13
2.2.1 Projektplan .....	13
2.2.2 Erhebungsinstrumentarien .....	14
2.2.3 Schulungsprogramme .....	17
2.3 <i>Statistik</i> .....	19
<b>3. Ergebnisse</b> .....	20
3.1 <i>Praxen</i> .....	20
3.2 <i>Mitarbeiter</i> .....	21
3.3 <i>Patienten</i> .....	36
3.4 <i>Ärzte</i> .....	67
<b>4. Diskussion</b> .....	70
4.1 <i>Stichprobenauswahl und Teilnahmequoten</i> .....	70
4.1.1 Praxen .....	70
4.1.2 Mitarbeiter .....	74
4.1.3 Patienten .....	75
4.1.4 Ärzte .....	78
4.2 <i>Inhalt und Umsetzung des Projektplans</i> .....	78
4.3 <i>Erhebungsinstrumente, Ergebnisse und deren Umsetzung in das         Schulungsprogramm</i> .....	85
4.3.1 Art und Erstellung der Erhebungsinstrumente .....	85

4.3.2	Praxen .....	90
4.3.3	Mitarbeiter .....	90
4.3.4	Patienten .....	100
4.3.5	Ärzte .....	116
4.3.6	Schlussfolgerungen für die Anpassung der Schulungsveranstaltungen .....	116
4.4	<i>Vergleich des Projekts mit anderen QM-Systemen</i> .....	117
4.5	<i>Entwicklungsstand von QM in der ambulanten Krankenversorgung</i> .....	120
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	123
<b>6.</b>	<b>Literatur</b> .....	129
<b>7.</b>	<b>Anhang</b> .....	134
1	– <i>Projektplan</i> .....	135
2	– <i>Fragebogen zur Praxis</i> .....	141
3	– <i>Fragebogen zur Aufgabenerhebung der Mitarbeiter</i> .....	143
4	– <i>Fragebogen für Mitarbeiter zur Erhebung deren Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der letzten drei Jahre</i> .....	144
5	– <i>Fragebogen für Mitarbeiter zur Beurteilung ihres Weiterbildungsbedarfs</i> .....	145
6	– <i>Fragebogen für Ärzte zur Beurteilung der Leistungen und des Trainingsbedarfs der Mitarbeiter</i> .....	146
7	– <i>Fragebogen zum Tagesablauf der Mitarbeiter</i> .....	173
8	– <i>Patientenfragebogen</i> .....	150
9	– <i>Anschreiben an die teilnehmenden Ärzte und Fragebogen zu deren persönlichen Einschätzung</i> .....	153
10	– <i>Anschreiben an die nichtteilnehmenden Ärzte und Fragebogen zu deren persönlichen Einschätzung</i> .....	156
11	– <i>Schulungsprogramm</i> .....	158
12	– <i>Aktueller Patientenfragebogen der MedizinQM</i> .....	167

# 1. Einführung

Unter dem Kostendruck im Gesundheitswesens schließen sich immer häufiger niedergelassene Hausärzte<sup>1</sup> und Fachärzte zu Ärztenetzen zusammen, um gemeinsam Qualitätsmanagement<sup>2</sup> zu betreiben. Inhalte der Diskussionen in den daraus entstehenden Arbeitskreisen sind der Betreuungsdienst (case management), das Netzwerk (managed care), ebenso wie Leitlinien im Sinne des „disease managements“.

Am 26. April 1999 wird in Langen / Hessen das **Medizinische Qualitätsnetz Langen-Dreieich (MQLD)** durch 14 Ärzte verschiedener Gebietsbezeichnungen gegründet. Als **Ziele** werden definiert:

- enger Austausch von Informationen unter allen Ärzten der verschiedenen Fachgruppen;
- Einführung von „Patientenbüchern“ vor allem chronisch Kranker, die beim Patienten verbleiben und alle wichtigen diagnostischen Daten und Therapien entsprechend der Dynamik des Krankheitsprozesses enthalten;
- verbesserte Koordination der Diagnostik und Behandlung;
- Verbesserung des medizinischen Notdienstes mit 24-stündiger Arztpräsenz während der ganzen Woche;
- verbesserte Zusammenarbeit mit nicht ärztlichen Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens;
- intensive praxisbezogene Fortbildung der Ärzte in Qualitätszirkeln.

In einer **Codex-Vereinbarung** wird festgelegt, dass die Netzmitglieder eine intensive Kooperation und Kollegialität anstreben. Im Mittelpunkt ihrer Bemühungen steht der Patient. Um die im Konzept niedergelegten Ziele zu erreichen, gehen die Mitglieder des MQLD folgende Verpflichtungen ein:

---

<sup>1</sup> Da die Aufzählung der Bezeichnungen für männliche und weibliche Personen die Lesbarkeit beträchtlich erschwert, wird bei allen Personen die männliche Form benutzt. Sie steht gleichbedeutend für Frauen und Männer

<sup>2</sup> Qualitätsmanagement wird im Folgenden als QM bezeichnet

- Erstellung von Dienst- und Präsenzplänen für Arztkontakte außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten;
- Erarbeitung und Beachtung von indikationsbezogenen Behandlungs- und Arzneimittel- bzw. Heilmittlempfehlungen und Erarbeitung von Indikationsstellungen für Krankenhauseinweisungen;
- Kooperation untereinander, d.h. die Mitglieder verpflichten sich, Patienten, die ihnen von Kollegen der Gemeinschaft überwiesen werden, nicht abzuwerben. Sie verpflichten sich weiterhin, in ausreichendem Maß den Hausarzt zu informieren. Sie verpflichten sich außerdem, bei Überweisungen die notwendigen Informationen mitzugeben.
- Einsatz von Patientenbüchern bei schwer und chronisch Kranken, insbesondere bei zu Hause Betreuten;
- Nutzung moderner Kommunikationsmedien;
- Kommunikation mit Vertretern nicht ärztlicher Heilberufe;
- Anstreben einer wirtschaftlichen Kooperation;
- regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Arbeitsgruppen.

Bis zum Sommer 2002 hat das MQLD **53 Mitglieder**, die sich einmal monatlich am ersten Montag zu **Mitglieder-Versammlungen** treffen, in denen die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen vorgestellt, auf ihre Umsetzbarkeit diskutiert und Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele des MQLD entwickelt werden. In der **Satzung** des MQLD heißt es: „Die Netzmitglieder streben eine intensive Kooperation und Kollegialität bei der Übernahme der Versorgungsverantwortung für die Patienten an.“ **Ziel** der Bemühungen ist es, eine den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen und Methoden entsprechende qualifizierte Patientenversorgung sicherzustellen. Die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Patienten haben oberste Priorität. Für die Patienten bedeutet das:

- Vermeidung von belastenden Doppeluntersuchungen;
- rasche Daten- und Befundübermittlung zwischen den behandelnden Ärzten;
- kollegiale Rücksprachen zur bestmöglichen Behandlung;
- kurze Informationswege zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie.

Die Mitglieder des MQLD intensivieren ihre Weiterbildung in fünf **Qualitätszirkeln** über die Volkskrankheiten Hypertonie und Diabetes mellitus, über Kardiologie, Pharmako- (Arzneimittel-) Therapie, Naturheilkunde und Besonderheiten des alternden Menschen (Geriatric).

Um den speziellen Anliegen chronisch Kranker und bettlägeriger Patienten angemessen entsprechen zu können, besteht eine Zusammenarbeit mit der **Arbeitsgemeinschaft Pflege** in Dreieich und Langen. Es werden Informationsmaterialien zur Kommunikation zwischen den Pflegediensten und Ärzten des MQLD erstellt, die über die Patientenverfügung ebenso Auskunft geben wie über Schmerztherapie, die Behandlung Schwerstkranker und Sterbender, die Kommunikation zwischen ambulanter Pflege und Hausärzten, Hausbesuche von Fachärzten und die ärztliche Verordnungspraxis bei Pflegebedürftigen.

Im **Arbeitskreis Krankenhäuser** des MQLD treffen sich seit 3 Jahren die 6 Chefarzte der Asklepios-Klinik Langen (Innere 1, Chirurgie 2, Gynäkologie 1, Anästhesie 1, Radiologie 1) mit Vertretern des MQLD, um gemeinsame Fragen an der Schnittstelle Klinik-Praxis mit Überlegungen zur besseren Versorgung von Patienten bei Einweisung und Entlassung zu beantworten. In den letzten Monaten sind dabei auch Innovationen im Gesundheitswesen, wie DRGs (diagnosis related groups) und DMPs (disease management programs) Themen intensiver Diskussion.

Jede Maßnahme in der Heilfürsorge muss heute mehr denn je auch unter dem finanziellen Aspekt betrachtet werden. Trotzdem sollte es immer die höchste Priorität sein, jedem einzelnen Patienten die nach aktuellem Wissensstand bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. „Entscheidend ist ein weiterer Ausbau einer patientenzentrierten, an der Lebensqualität orientierten Evaluation ärztlichen Handelns“ (Weisner 1995). Dabei dürfen aber nicht Leistungsfähigkeit und Motivation der in den Heilberufen Tätigen vernachlässigt werden. „Quality management will be successful to the extent that incentives are positive, internalised and focus on personal and professional development“ (Williamson 1995). Minimierung der Kosten,

Patientenzufriedenheit und Personalmotivation sind dabei eng miteinander verknüpft. Auch wenn zu bedenken ist, dass die „Qualitätssicherung in der Medizin nicht mit industrieller Produktkontrolle verwechselt werden“ sollte und *kurzfristig* „auch nicht notwendigerweise zu finanziellen Einsparungen“ führt (Weisner 1995). „High quality is not free, but it is far less costly than poor quality. More and more evidence is being compiled relating quality directly to profitability in and out of the health industry” (Williamson 1995).

Im Jahr 2000 wird daher ein **Modellprojekt „Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung“** des MQLD entwickelt, das Arbeitsbereiche wie Praxismanagement, Patientenservice und Kommunikation mit den Patienten durch themenbezogene Trainingseinheiten aufbauend auf den Ergebnissen einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung verbessern soll. Das von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen mitfinanzierte Modellprojekt verfolgt die Absicht, Schulungseinheiten zu entwickeln, zu erproben, zu bewerten und auf ihre Übertragbarkeit zu prüfen.

Das Projekt ist als „**dynamisches Modell**“ konzipiert, d.h. QM wird als Mittel zur Verbesserung der Qualität angesehen, wobei Erfahrungen aus bisheriger QM-Arbeit in die zukünftige Struktur des Systems einbezogen werden. Damit ist das Modellprojekt des MQLD vergleichbar mit anderen QM-Systemen dieser Art, wie EFQM, EPA, KTQ, BSC, QEP oder dem System der Berlin-Chemie. Da das MQLD-Projekt für den ambulanten Sektor entwickelt wurde, sollen zwei der genannten Systeme, die sich ebenfalls mit diesem Bereich der Krankenversorgung beschäftigen, an dieser Stelle exemplarisch dargestellt werden, um einen späteren Vergleich mit dem MQLD-Projekt zu ermöglichen (s. Kap. 0).

Das QM-System **EPA** (Europäisches Praxisassessment) wurde in zwei länderübergreifenden **wissenschaftlichen Studien** validiert und orientiert sich an der **DIN EN ISO 9001:2000** (Deutsches Institut für Normung 2000) und der **EFQM** (European Foundation of Quality Management). Das heißt, das Programm arbeitet mit Tools wie QM-Handbuch, Checkliste, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (DIN EN



ISO 9001:2000) und Bewertungsverfahren zur Analyse von Stärken bzw. Verbesserungspotentialen innerhalb der Praxis auf der Basis von Haupt- und Unterkriterien (EFQM).

Die **Durchführung** des Programms wurde der „AQUA-GmbH“ (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) aufgetragen. Wie das MQLD-Projekt und das System der Berlin-Chemie (s.u.) ist EPA als **dynamisches Modell** (s.o.) auf dem Prinzip des PDCA-Zyklus (=Plan-Do-Check-Act-Zyklus, s. Kap. 4.3.4) aufgebaut. Im Vordergrund steht die edukative Unterstützung des internen QM – also nicht die externe Kontrolle.

Das **inhaltliche Fundament** bilden die fünf Themengebiete „Infrastruktur“, „Menschen“, „Informationen“, „Finanzen“ und „Qualität und Sicherheit“, hinter denen 26 (Unter-) Dimensionen stehen. Diese sind in 168 Indikatoren und diese wiederum in 413 Items untergliedert. Als Grundbausteine zur Erfassung der Items dient neben einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung und einer Praxisselbstbewertung vor allem das sogenannte **Visitorenmodell**: Ein von der unabhängigen Stiftung Praxistest e.V. zertifizierter Visitor führt in der betreffenden Praxis eine Visitation durch, arbeitet dabei eine Checkliste ab und führt anschließend mit dem Arzt ein Interview. Den Abschluß der Visitation bildet eine Besprechung des gesamten Praxisteam mit dem Visitor, bei dem die Befragungs- und Checklistenenergebnisse diskutiert werden. Auf der Basis der gesammelten Daten wird ein sogenanntes **„problemorientiertes Handbuch“** geschaffen; d.h. neue Prozesse werden nur dort definiert, wo sie notwendig sind. Zusätzlich fließen die Ergebnisse in den Pool der erhobenen Daten aller bisher beteiligten Praxen und werden im Sinne eines **Benchmarkings** (s. Kap. 4.3.1) mit den Daten dieses Pools verglichen. Die Praxis kann sich also mit anderen Praxen, die an EPA teilgenommen haben, messen.

Besonderen Problembereichen einer Praxis wird mittels einer **ToDo-Liste** Abhilfe geschaffen. Dabei erhält jede Praxis kontinuierliche **Unterstützung über das Internet**. Schließlich besteht die Möglichkeit, eine **Evaluation** der erreichten

Verbesserungen durchzuführen und ein unabhängiges, anerkanntes **Zertifikat** bei der Stiftung Praxistest e.V. zu beantragen. Der **Zeitaufwand** beträgt für die Befragungs- und Visitationsphase elf Stunden für den Arzt und drei bis elf Stunden pro Praxismitarbeiter. Zusätzliche Kosten und Zeitaufwand für die Umsetzung der Veränderungen lassen sich nur abschätzen und werden daher nicht aufgeführt. Die monetären **Kosten** betragen inklusive der Zertifizierung 2.150 Euro pro Praxis.  
(AQUA-GmbH 2004)

In etwa der gleichen Preisklasse liegt mit einem **Preis** von 1.000 bis 2.000 Euro pro Praxis (je nach Größe der Praxis) das vom Dienstleistungsunternehmen **Medizin-QM** schon in zahlreichen Ärztenetzen durchgeführte QM-System der **Berlin-Chemie**. Die Kosten werden allerdings in diesem Fall bis auf einen Restbetrag von 150 Euro pro Praxis von der Berlin-Chemie gesponsert. Eine **wissenschaftliche Validierung** wie bei EPA und anderen Programmen **find nicht statt**. Der **Zeitaufwand** beträgt ohne Berücksichtigung der Zeit für die praktische Umsetzung, 26 Stunden für Ärzte und drei Stunden für Praxismitarbeiter. Auch das QM-System der Berlin Chemie ist als **dynamisches Modell** konzipiert und basiert auf dem PDCA-Zyklus (=Plan-Do-Check-Act-Zyklus, s. Kap. 4.3.4) und der **DIN EN ISO 9001:2000** (Deutsches Institut für Normung 2000). Es ist in sieben Module/Workshops gegliedert, wobei nach einer Basisveranstaltung sechs **Workshops** für Ärzte und einer für Praxismitarbeiter abgehalten werden. Die Ärzte sollen gemeinsam in den Workshops ein Praxisleitbild entwickeln, Regelungen für das Personal (z.B. Handlungsmuster, Risikoprozesse in der Praxis, Kostenmanagement etc.) treffen und schließlich eine Patientenbefragung entwickeln. Am Ende steht auch hier die **Zertifizierung** der Praxen, die allerdings im Gegensatz zu der bei EPA, nicht von einer unabhängigen Einrichtung, sondern von der durchführenden Firma (Medizin-QM) selbst vorgenommen wird. Der Workshop der Praxismitarbeiter konzentriert sich auf das Erlernen der Organisation von Teambesprechungen. Das „Herzstück“ des QM-Systems der Berlin-Chemie ist jedoch das sogenannte **„QM-Master-Handbuch“**, das sich durch seine Anpassungsfähigkeit an die speziellen Anforderungen der einzelnen Praxis auszeichnet. In diesem Handbuch befinden sich Regelungen für Arzt und Personal zur Ablauf- und

Aufbauorganisation, Leitlinien, Verfahrensanweisungen, Formblätter, Vorlagen und Mustertexte. Durch diese Regelungen sollen sowohl Struktur-, als auch Prozeß- und Ergebnisqualität gesichert werden. **Hilfe und Informationen** erhält jede Praxis **über das Internet**. Außerdem ist über das Netz ein Meinungs austausch mit anderen Teilnehmern des Programms möglich.

**Ziel** der vorliegenden Untersuchung soll es sein, das „Modellprojekt Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung“ des Medizinischen Qualitätsnetzes Langen-Dreieich (MQLD) darzustellen, die Ergebnisse der einzelnen Schritte zu diskutieren und die Bedeutung für QM in der ambulanten Krankenversorgung zu erörtern. Da es sich um ein dynamisches Modell handelt (s.o.), kann diese Arbeit nur den Beginn der Entwicklung des QM-Systems aufzeigen. Außerdem ist das Projekt in einem Umfeld zu sehen, das sich in ständiger Weiterentwicklung befindet. Dieses besteht aus anderen QM-Systemen (s.o.), rechtlichen Rahmenbedingungen, Vorgaben der KBV (s. Kap. 4.5) und nicht zuletzt der DIN EN ISO 9001:2000 (s. Kap. 0).

Folgende **Fragestellungen** sind zu beantworten:

Fragestellung:

1. Wie ist das Modellprojekt „Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung“ des MQLD konzipiert und strukturiert?
2. Erfüllt der Projektplan die Anforderungen eines QM-Systems und wurden die Projektziele umgesetzt?
3. Wie sind Validität und Reliabilität der eingesetzten Instrumente zu bewerten?
4. Wie können die Auswirkungen des Modellprojekts bewertet werden?
5. Welche Konsequenzen sind bei der Übertragbarkeit zu beachten?

## **2. Methodik**

### **2.1 Stichprobe**

#### **2.1.1 Praxen**

Von den  $N=53$  Praxen, die Mitglied des MQLD sind, melden  $n=14$  ihre Teilnahme.

#### **2.1.2 Mitarbeiter**

In den  $n=14$  teilnehmenden Praxen sollen die Mitarbeiter befragt und von den Ärzten beurteilt werden.

#### **2.1.3 Patienten**

Für die Patientenbefragung füllen bei der Eingangsbefragung  $n_{\text{Ges}}=528$  Patienten die Fragebögen aus. Die Auswahl der Patienten erfolgt nach keinem speziellen Verfahren.

#### **2.1.4 Ärzte**

Aus  $n=9$  teilnehmenden Praxen und aus  $n=10$  der  $N=39$  nichtteilnehmenden Praxen (Auswahl nach dem Zufallsprinzip) wird je ein Arzt befragt.

## 2.2 Instrumentarien

### 2.2.1 Projektplan (s. Anh. 1)

Als **Ziel des Projekts** wird die Einführung eines „Systems zur Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung“ definiert. Dadurch solle eine Effizienzsteigerung der Arbeit innerhalb der einzelnen Praxen und der Zusammenarbeit unter den Praxen des MQLD erreicht werden. Besonderer Wert wird auf den Modellcharakter des Projekts gelegt. Die Arbeitsbasis des Projekts ist die DIN EN ISO 9001:2000 (Deutsches Institut für Normung 2000).

Der Projektplan sieht folgenden Ablauf vor: Der erste Schritt ist die Erstellung eines **Anforderungsprofil** der fachlichen und persönlichen Leistungsfähigkeit für die Praxismitarbeiter der Netzmitglieder des MQLD. Anschließend ist eine Analyse des **Bedarfs an Schulungs- und Trainingsmaßnahmen** der Mitarbeiter und die Ermittlung von Engpässen im Praxisablauf im Hinblick auf die Fähigkeiten und das Verhalten der eingesetzten Mitarbeiter vorgesehen. Auf der Basis dieser Ist-Situation soll ein **Schulungskonzept** mit einzelnen, auf einander abgestimmten Bausteinen entwickelt werden, um die Leistungsfähigkeit, die Leistungsbereitschaft, sowie die Qualitätsleistung der Mitarbeiter zu erhöhen. Besonderer Wert wird hierbei auf die **Kontinuität der Leistungssteigerung** gelegt. Geplante Schulungsthemen sind „Netzkommunikation“, „Stressbewältigung“, „Arbeitsorganisation in der Praxis und am Empfang“, „Kommunikationstraining“, „Teamkommunikation“ und „Telefontraining“. Dabei ist eine Anpassung der Inhalte an den Bedarf der einzelnen Praxen vorgesehen. Die Schulungsbausteine sollen in Form von Gruppen- und Einzelübungen mit Fallbeispielen und Feedbackgesprächen in Kleingruppen geübt werden. Ziel ist es, die **Motivation der Mitarbeiter** durch eine Beteiligung an der Konzeption und Durchführung des Projektes zu wecken.

Zum Abschluss des Projekts ist eine **Evaluation** der Qualitätsimplementierung geplant - eine zweite Befragung von Mitarbeitern und Patienten. Damit sollen die durch die

Schulungsveranstaltungen bewirkten Verbesserungen erfasst werden. Für den beschriebenen Ablauf wurde ein **Zeitplan** erarbeitet. Mit der Durchführung des Projekts ist die Firma MEDIZIN-QM GmbH beauftragt. Die Kosten betragen insgesamt ca. 20.000 Euro und werden von der KV Hessen getragen.

### 2.2.2 Erhebungsinstrumentarien (s. Anh. 2-10)

Zur Erfassung der Daten für die Befragung von Ärzten, Praxismitarbeitern und Patienten wurden von der Projektleitung jeweils spezielle **Fragebögen** erstellt. Die Form der Fragebögen basiert dabei auf den bisherigen Erfahrungen der Firma Medizin-QM GmbH (Projektleitung) aus ihrer Arbeit in QM in der ärztlichen Praxis.

Die Daten jeder Praxis wie Adresse, Fachrichtung, Anzahl der Ärzte, Mitarbeiter und Ausstattung der Praxis werden anhand eines **Praxisprofils** katalogisiert (s. Anh. 2).

Jeder **Mitarbeiter** ist angewiesen, seine Aufgaben, deren Häufigkeit (s. Anh. 3) und die Ausbildungsmaßnahmen, die er in den letzten drei Jahren absolviert hat (s. Anh. 4), zu dokumentieren und anhand vorgegebener Kategorien („medizinisch-fachliches Wissen“, „praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz“, „Prävention“, „Praxisorganisation“, darunter „Arbeitsorganisation“, „Zeitmanagement“, „Praxismarketing“ und „Kostendenken“, und „psychosoziale und kommunikative Kompetenz“) zu beurteilen, wo er bei sich selbst Weiterbildungsbedarf sieht (s. Anh. 5). Dabei ist eine Skala von –3 bis +3 vorgegeben, wobei –3 „sehr niedrig“ und +3 „sehr hoch“ bedeutet.

**Leistungen und Trainingsbedarf der Mitarbeiter** hat ein Arzt aus der jeweiligen Praxis, ebenfalls anhand eines vorgegebenen Bogens, zu beurteilen (s. Anh. 6). Dabei können die Ärzte den einzelnen Mitarbeiter „keinen“, „etwas“ oder „intensiven“ Trainingsbedarf bescheinigen. Der Bogen beinhaltet die Kriterien „Belastbarkeit“, „Beharrlichkeit, strikte Zielverfolgung“, „Einsatzbereitschaft“,

„Entscheidungsfähigkeit“, „Flexibilität“, „Innovationsfähigkeit, innovatives Denken“, „Problemanalyse“, „Problemlösungsfähigkeit“, „Stressresistenz“, „Verantwortung übernehmen“, „Vertrauenswürdigkeit“, „Ausdauer“, „exakte, genaue Arbeitsweise“, „Aufgeschlossenheit“, „Aufrichtigkeit“, „Ausführungsbereitschaft“, „Konzentrationsfähigkeit“, „Pflichtbewusstsein“, „soziale Kompetenz“, „Diskretion“, „Hilfsbereitschaft“, „Integrationsfähigkeit“, „interkulturelle Problemsituationen“, „Kommunikationsfähigkeit“, „konstruktives Verhalten“, „Selbstkritik“, „Teamgeist“, „Berechenbarkeit“, „erweiterte Fachkenntnisse“ und „Beurteilungsfähigkeit und – vermögen“.

In der Woche vom Montag, den 18. Februar bis Samstag, den 23. Februar 2002 wird von den einzelnen Mitarbeitern einen Tag lang ein **Tagesplan** geführt, der die Häufigkeit ihrer fünf wichtigsten Tätigkeiten im Tagesverlauf abbilden soll (s. Anh. 7).

Die genannten Fragebogen werden den Praxen mit der Bitte, diese ausgefüllt an die Projektleitung zurückzugeben, zu Beginn des Projekts übergeben.

Schließlich werden die **Patienten** gebeten, einen gesonderten Fragebogen auszufüllen (s. Anh. 8). Dabei sollen sie 15 Fragen zu den Themen MQLD (eine Frage), aktueller Arztbesuch (drei Fragen), Empfang der Praxis (zwei Fragen), Kommunikation am Telefon (drei Fragen), Betreuung durch die Mitarbeiter (drei Fragen) und Gespräch mit dem Arzt (zwei Fragen) beantworten. Abschließend erhalten sie Gelegenheit, weitere Wünsche und Anregungen zu äußern. Der Fragebogen trägt den Titel „Anonyme Patientenbefragung“. Eingangs werden die Patienten persönlich angesprochen. Dabei wird ihnen versichert, dass ihre Meinung und ihre Erfahrungen in der Praxis von großer Wichtigkeit seien und dass der Grund für die Befragung sei, noch mehr auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können. Es wird um eine offene und anonyme Meinungsäußerung gebeten. Ausdrücklich wird auf die Möglichkeit der Mehrfachantwort bei allen Fragen hingewiesen. Nach dem Ausfüllen des Bogens sollen die Patienten den Bogen in einen bereitgestellten Container werfen.

Bei den Fragen handelt es sich um eine offene, zehn geschlossene und drei mit geschlossenen und offenen Anteilen. Unter den beiden letztgenannten Fragetypen befinden sich acht Fragen, bei denen die Patienten vorgegebenen Aussagen zustimmen und zum Teil eigene Aussagen ergänzend hinzufügen können, und drei eigentliche Fragesätze, die durch vorgegebene Antworten oder mit ja oder nein zu beantworten sind. Bei den geschlossenen Fragen sind Antworten vorgegeben, die inhaltlich teils widersprüchlich, teils miteinander vereinbar sind. Der Fragebogen schließt mit einer Danksagung an den Patienten für die Teilnahme.

Nach Abschluss der Schulungsphase, deren Inhalt sich an den erhaltenen Ergebnissen der Befragungen orientiert (s. o.), ist mit den einzelnen Fragebögen eine zweite Erhebung zur **Evaluation** des Projekts geplant (s. o.).

Zusätzlich zu den Fragebögen, die durch die Projektleitung erstellt wurden, wurden vom Autor zwei weitere Fragebogen erstellt. Der erste dieser Bögen ist für die **Ärzte** aller teilnehmenden Praxen bestimmt (s. Anh. 9), der zweite für eine Auswahl (s. Kap. 2.1.4) der Ärzte, die nicht am Projekt teilnehmen (s. Anh. 10). Der Zweck dieser beiden Bögen ist, eine persönliche Stellungnahme der Ärzte zum Projekt, zum Thema QM und zum MQLD zu erhalten. Beide Fragebogen werden zusammen mit einem persönlichen Anschreiben und einem ausreichend frankierten und adressierten Rückumschlag direkt an die jeweiligen Praxen versandt. Die Ärzte sollen zunächst den Grund Ihrer Teilnahme bzw. Ihrer Nichtteilnahme angeben. Anschließend wird die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeiter erfasst. Schließlich werden die Ärzte aufgefordert, das MQLD-Projekt, QM in der ärztlichen Praxis allgemein und das MQLD zu bewerten. Es werden größtenteils offene Fragen eingesetzt.



### 2.2.3 Schulungsprogramme (s. Anh. 11)

**Ziele des Schulungsprogramms** sind die Optimierung der Praxisabläufe, die Schaffung und Einführung von Instrumenten einer systematischen Personalbeurteilung und Personalentwicklung in den Praxen, die Klärung von Patientenwünschen, die Steigerung der Patientenzufriedenheit und die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Praxisteams und zwischen den Praxen des MQLD. Daher wird das erstellte Programm (s. Kap. 2.2.1) auf der Grundlage der erhobenen Daten durch Bausteine, die auf die Bedürfnisse der Mitglieder des MQLD abgestimmt sind, modifiziert (s. Anh. 11).

Die Veranstaltung „**Netzkommunikation**“ wird wie geplant durchgeführt. Das Thema Stressbewältigung wird komplett aus dem Programm gestrichen. Die Bausteine Arbeitsorganisation und Teamkommunikation werden zu zwei Veranstaltungen, mit dem Titel „**Praxismanagement**“ zusammengefasst. „Kommunikationstraining“ und „Telefontraining“ werden in den Einheiten „**Kommunikation mit dem Patienten**“ und „**Patientenservice und Marketing**“ an zwei Tagen durchgeführt. Einem ursprünglich nicht vorgesehenem Thema widmet sich die Veranstaltung „**Personalentwicklung und Personalbeurteilung**“. Diese Schulungseinheit erstellt die Projektleitung aufgrund der mangelhaften Fähigkeit der Ärzte, die Leistungen ihrer Mitarbeiter zu beurteilen (s. Kap. 3.2, 4.3.3).

Die Teilnehmer sollen gemäß dem Projektplan die Schulungsbausteine anhand von **Fallbeispielen** üben. Dabei sind **Einzel- und Gruppenübungen** durchzuführen und **Rollenspiele** ausgewählter Situationen zu dokumentieren und zu analysieren. In **Feedback-Gesprächen** lernen die Teilnehmer, ihr eigenes Verhalten zuverlässiger einzuschätzen.

Am Ende ist die **Zertifizierung** der Schulungsteilnehmer vorgesehen: Jeder Teilnehmer einer Veranstaltung erhält eine bestimmte Punktzahl. Nach Abschluss des Projektes wird jedem Teilnehmer mit einer festgelegten Mindestpunktzahl und jeder

Praxis, deren Mitarbeiter zusammen eine entsprechende Mindestpunktzahl erreicht haben, ein Zertifikat ausgestellt. Tatsächlich findet jedoch keine Zertifizierung statt.

## **2.3 Statistik**

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit nicht um eine repräsentative Studie, sondern um eine Pilotstudie, die die Übertragbarkeit des Projekts testen soll. Die Auswertung des Projekts ist rein empirisch und kann nur Hinweise auf bestimmte Tendenzen geben. Daher wird das Projekt, soweit möglich, deskriptiv summenstatistisch ausgewertet.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Praxen (s. Anh. 2, Kap.2.1.1, 2.2.2)

Das Projekt wird in einer Versammlung des MQLD angekündigt und vorgestellt. Daraufhin melden 14 Praxen ihre Teilnahme an. Schließlich nehmen n=8 Praxen an der Patientenbefragung und n=9 Praxen an der Mitarbeiterbefragung und -beurteilung teil.

Aus den **Praxisprofilen** (s. Anh. 2, Kap. 2.2.2) geht Folgendes hervor: Die Praxen werden von Ärzten unterschiedlicher und teilweise mehrerer Gebietsbezeichnungen geführt (s.u.). Die Praxen wurden mit P<sub>1</sub> bis P<sub>9</sub> verschlüsselt (s. Tab. 1).

Praxis	Anzahl der Ärzte	Gebietsbezeichnung
P <sub>1</sub>	1	Sportmedizin und Naturheilverfahren
P <sub>2</sub> *	2	Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Sportmedizin
P <sub>3</sub>	1	Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren
P <sub>4</sub>	1	Allgemeinmedizin
P <sub>5</sub>	1	Allgemeinmedizin
P <sub>6</sub> **	2	1 Arzt: Allgemeinmedizin, 1 Arzt: Diabetologie
P <sub>7</sub>	1	Innere Medizin
P <sub>8</sub>	3	Innere Medizin
P <sub>9</sub>	1	praktischer Arzt

Tab. 1: verschlüsselte Kennzeichnung der teilnehmenden Praxen (n=9)

\* Praxis P<sub>2</sub> nimmt nicht an der Patientenbefragung teil

\*\* aus Praxis P<sub>6</sub> nehmen nur die diabetologischen Patienten an der Befragung teil

Zwei Praxen (P<sub>1</sub> und P<sub>2</sub>) sind sportmedizinisch orientiert. Drei Praxen (P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub> und P<sub>3</sub>) wenden naturheilkundliche Verfahren an. Fünf Praxen (P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub>, P<sub>4</sub>, P<sub>5</sub> und P<sub>6</sub>) praktizieren auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin. In Praxis P<sub>6</sub> ist ein Facharzt für Allgemeinmedizin und ein Facharzt für Diabetologie tätig. Hier nehmen nur die diabetologischen Patienten an der Patientenbefragung teil. Zwei Praxen (P<sub>7</sub> und P<sub>8</sub>) sind auf dem Gebiet der inneren Medizin tätig. Die Praxis P<sub>9</sub> wird von einem

praktischen Arzt geführt. Die Praxen P<sub>2</sub> und P<sub>8</sub> sind Gemeinschaftspraxen mit zwei bzw. drei praktizierenden Ärzten. In allen übrigen Praxen ist jeweils nur ein Arzt tätig. Die Praxis P<sub>2</sub> nimmt nur an der Mitarbeiterbefragung, nicht jedoch an der Patientenbefragung teil.

### 3.2 Mitarbeiter (s. Anh. 3-7, Kap. 2.1.2, 2.2.2)

Von den insgesamt mindestens 47 Mitarbeitern aus den n=9 Praxen (die genaue Anzahl ist nicht mehr zu eruieren, da die Daten aus Praxis P<sub>3</sub>, die mit n=3 Mitarbeitern teilnimmt, nicht vorhanden sind) nehmen **n=31 Mitarbeiter** am Projekt teil (s. Tab. 2). Aus vier Praxen nehmen alle beschäftigten Mitarbeiter teil (P<sub>1</sub>: n=3, P<sub>4</sub>: n=3, P<sub>7</sub>: n=4, P<sub>9</sub>: n=3). Aus folgenden Praxen nimmt nicht das komplette Personal teil: Praxis P<sub>2</sub> nimmt mit n=3 von insgesamt sechs Mitarbeitern teil, Praxis P<sub>5</sub> mit n=3 von vier, P<sub>6</sub> mit n=3 von fünf und P<sub>8</sub> mit n=5 von 15. Aus Praxis P<sub>3</sub> nehmen n=4 Mitarbeiter teil, die Gesamtzahl der Praxismitarbeiter aus dieser Praxis ist nicht bekannt. Damit beträgt die Teilnahmequote ungefähr 66%. Als Gründe für die Nichtteilnahme der betreffenden Mitarbeiter werden Zeitmangel, Verständnisprobleme der deutschen Sprache und Teilzeitarbeit angegeben.

Die Mitarbeiter wurden **anonymisiert** und mit dem Buchstaben „M“ bezeichnet. Im Index steht an erster Stelle die Nummer der zugehörigen Praxis und an zweiter Stelle eine fortlaufende Nummer für die Mitarbeiter einer Praxis (s. Tab. 2). So hat z.B. der dritte Mitarbeiter aus Praxis P<sub>4</sub> die Bezeichnung M<sub>43</sub> usw.

Statt n=31 nehmen an der Befragung der Mitarbeiter zu deren Weiterbildungsbedarf (s. Anh. 5, Tab. 5, Abb. 4, 5) n=34 Mitarbeiter teil. Die von der Projektleitung zur Verfügung gestellten Daten erlauben weder Rückschlüsse auf die Praxiszugehörigkeit dieser Mitarbeiter, noch eine Zuordnung der Angaben zu einzelnen Mitarbeitern. Daher wird mit Ausnahme dieser Befragung von n=31 Mitarbeitern ausgegangen.

Praxis	Mitarbeiter	Praxis	Mitarbeiter
P <sub>1</sub>	M <sub>11</sub>	P <sub>6</sub>	M <sub>61</sub>
	M <sub>12</sub>		M <sub>62</sub>
	M <sub>13</sub>		M <sub>63</sub>
P <sub>2</sub>	M <sub>21</sub>	P <sub>7</sub>	M <sub>71</sub>
	M <sub>22</sub>		M <sub>72</sub>
	M <sub>23</sub>		M <sub>73</sub>
P <sub>3</sub>	M <sub>31</sub>	P <sub>8</sub>	M <sub>74</sub>
	M <sub>32</sub>		M <sub>81</sub>
	M <sub>33</sub>		M <sub>82</sub>
	M <sub>34</sub>		M <sub>83</sub>
P <sub>4</sub>	M <sub>41</sub>	P <sub>9</sub>	M <sub>84</sub>
	M <sub>42</sub>		M <sub>85</sub>
	M <sub>43</sub>		M <sub>91</sub>
P <sub>5</sub>	M <sub>51</sub>		M <sub>92</sub>
	M <sub>52</sub>		M <sub>93</sub>
	M <sub>53</sub>		

Tab. 2: verschlüsselte Kennzeichnung und Anzahl der Mitarbeiter (n=31) je Praxis

Bei der **Befragung der Mitarbeiter nach ihren Aufgaben** und in welcher Häufigkeit diese zu erledigen seien (s. Anh. 3, Kap. 2.2.2, Tab. 3) ergibt sich, dass die Hauptaufgabe der Mitarbeiter in allen Praxen die Betreuung der Anmeldung und die Vergabe von Terminen ist. Weitere wichtige Aufgabenbereiche sind Laborarbeiten, Spritzen, Schreiben von EKGs und Durchführung von Lungenfunktionstests, Honorarabrechnung, Aufräumen und Auffüllen diverser Schränke und Koffer etc., Bearbeitung von Karteikarten, Führen von Telefonaten etc.

Tätigkeit	Anzahl der Mitarbeiter, die die Tätigkeit		
	täglich	wöchentlich	unregelmäßig
	verrichten		
Anmeldung, Termine	23	1	0
Laborarbeiten	11	7	0
Spritzen	9	2	1
EKG, Lungenfunktionstest	8	5	8
Abrechnung	7	0	1
Aufräumen, Auffüllen	7	0	0
Karteikarten bearbeiten	7	0	0
Telefon	7	0	0
Infusion vorbereiten	6	1	3
Formulare, Rezepte ausgeben	6	0	0
Patientenbetreuung in der Praxis	6	0	0
Vorbereitung	5	0	4
Blutentnahme vorbereiten	4	6	1
Postbearbeitung	4	0	0
Schriftverkehr	3	2	1
Urinuntersuchung	3	2	1
Datenerfassung PC	3	2	0
Blutdruck messen	3	1	0
Stuhluntersuchungen	2	1	0
Anrufbeantworter einstellen	2	0	0
Bestrahlungen	2	0	0
Kurzwellen-Elektrotherapie	2	0	0
Untersuchungen Assistenz	1	5	0
Bestellungen Praxisbedarf	1	2	3
Privatliquidation	1	0	1
Geräte ausschalten	1	0	0
Ultraschall	1	0	0
Wäsche wechseln/waschen	1	0	0
Hygienemaßnahmen	1	0	0
Impfberatung	0	1	1
Blutzuckerkontrolle	0	1	0
Diabetes-Schulung	0	1	0
Koordination häuslicher Pflege	0	1	0
OP-Vorbereitung	0	1	0
Eigenblutbehandlung	0	0	3
Assistenz bei Hausbesuchen	0	0	2
Arztkoffer auffüllen	0	0	1
Helicobacter-Atmentest	0	0	1
Recallkartei	0	0	1

Tab. 3: Aufgabenbereiche der Mitarbeiter (n=31)

Die **Erhebung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen** für die Mitarbeiter in den letzten drei Jahren (s. Anh. 4, Kap. 2.2.2, Tab. 4, Abb. 1-3) führt zu folgendem Ergebnis: Insgesamt wurden in allen Praxen 36 Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt. Das sind pro Praxis durchschnittlich vier Maßnahmen. Wobei das

Minimum bei Null und das Maximum bei acht Maßnahmen liegt (s. Abb. 1). Pro Jahr und Praxis wurden also durchschnittlich 1,25 Maßnahmen durchgeführt. Umgerechnet auf die einzelnen Mitarbeiter, nahm jeder Mitarbeiter im Durchschnitt an ca. 0,4 Maßnahmen pro Jahr teil.

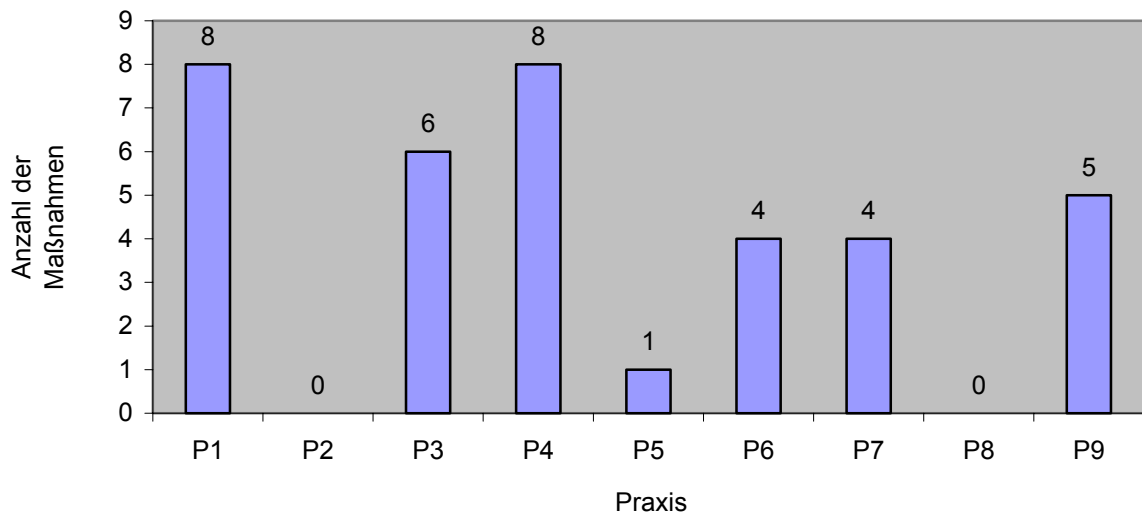


Abb. 1: Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter (n=31) der einzelnen Praxen in den letzten drei Jahren.

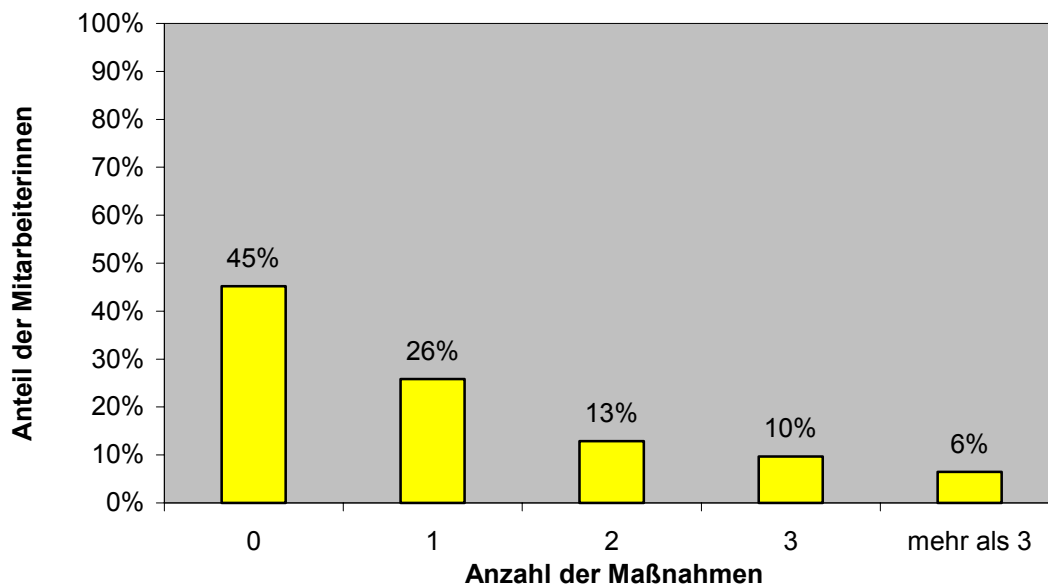


Abb. 2: Anzahl der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen in den letzten drei Jahren, bezogen auf den Anteil der Mitarbeiter aller Praxen (n=31)



Auffällig ist die Konzentration der Maßnahmen auf einzelne Praxen und Mitarbeiter: Aus den Praxen P<sub>2</sub> und P<sub>8</sub> wurde in den letzten drei Jahren kein Mitarbeiter weitergebildet. Für die Mitarbeiter der Praxis P<sub>5</sub> wurde eine Maßnahme durchgeführt. Die Praxen P<sub>6</sub> und P<sub>7</sub> ließen vier, die Praxis P<sub>9</sub> fünf, die Praxis P<sub>3</sub> sechs und die beiden Praxen P<sub>1</sub> und P<sub>4</sub> acht Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen durchführen.

45% der Mitarbeiter (14 Mitarbeiter) nahmen in den letzten drei Jahren an keiner Maßnahme (s. Abb. 2) teil. 26% (acht Mitarbeiter) besuchten eine Weiterbildungsveranstaltung, 13% (vier Mitarbeitern) zwei und 10% (drei Mitarbeitern) drei Veranstaltungen. 6% des Personals (M<sub>12</sub> und M<sub>43</sub>) nahmen an mehr als drei Fortbildungsveranstaltungen teil (s. Tab. 4).

Die insgesamt 36 Fortbildungsveranstaltungen befaßten sich mit 17 verschiedenen Themengebieten (s. Abb. 3). Besonders häufig behandelt wurden die Themen Diabetes (acht Veranstaltungen), Impfung (sechs Veranstaltungen), Notfälle (fünf Veranstaltungen) und Ernährungsberatung (vier Veranstaltungen). Zwei Veranstaltungen beschäftigten sich mit dem Thema Praxismanagement. Die Fortbildungen mit den Inhalten Erste-Hilfe, Asthma, Pflegemethoden, Inkontinenz, Kardiopulmonale Reanimation, Kommunikation und Rhetorik, Lungenfunktionstest, Prick-Test, Abrechnung und Stressbewältigung und ein Arzthelferinnen-Seminar wurden jeweils einmal durchgeführt.

Art der Maßnahme	Mitarbeiter																							Gesamtzahl der Maßnahmen									
	M11	M12	M13	M21	M22	M23	M31	M32	M33	M34	M41	M42	M43	M51	M52	M53	M61	M62	M63	M71	M72	M73	M74		M81	M82	M83	M84	M85	M91	M92	M93	
Impfseminar								1												1	1	1	1									1	6
Notfallseminar												1					1	1	1													1	5
Diabetes-Assistentin DOG			1								1	1					1																4
Diabetes-Seminar		1	1				1																									1	4
Ernährungsberatung		1	1				1																									1	4
Praxismanagement									1				1																				2
1. Hilfe-Kurs											1																						1
Asthmalehrgang		1																															1
Beschäftigung mit Pflegemethoden													1																				1
Inkontinenzseminar													1																				1
Kardiopulmonale Reanimation									1																								1
Kommunikation und Rhetorik													1																				1
Lungenfunktionstest-Lehrgang		1																															1
Prick-Test-Weiterbildung		1																															1
Schulung Abrechnung GOÄ; EBM, BG-GÖÄ											1																						1
Seminar für Arzthelferinnen																																1	1
Streßbewältigungsseminar													1																				1
<b>Gesamtzahl der Maßnahmen</b>	0	5	3	0	0	0	2	0	3	1	2	0	6	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	36

Tab. 4: Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der einzelnen Mitarbeiter (n=31) in den letzten drei Jahren, bezogen auf die Art der Maßnahme

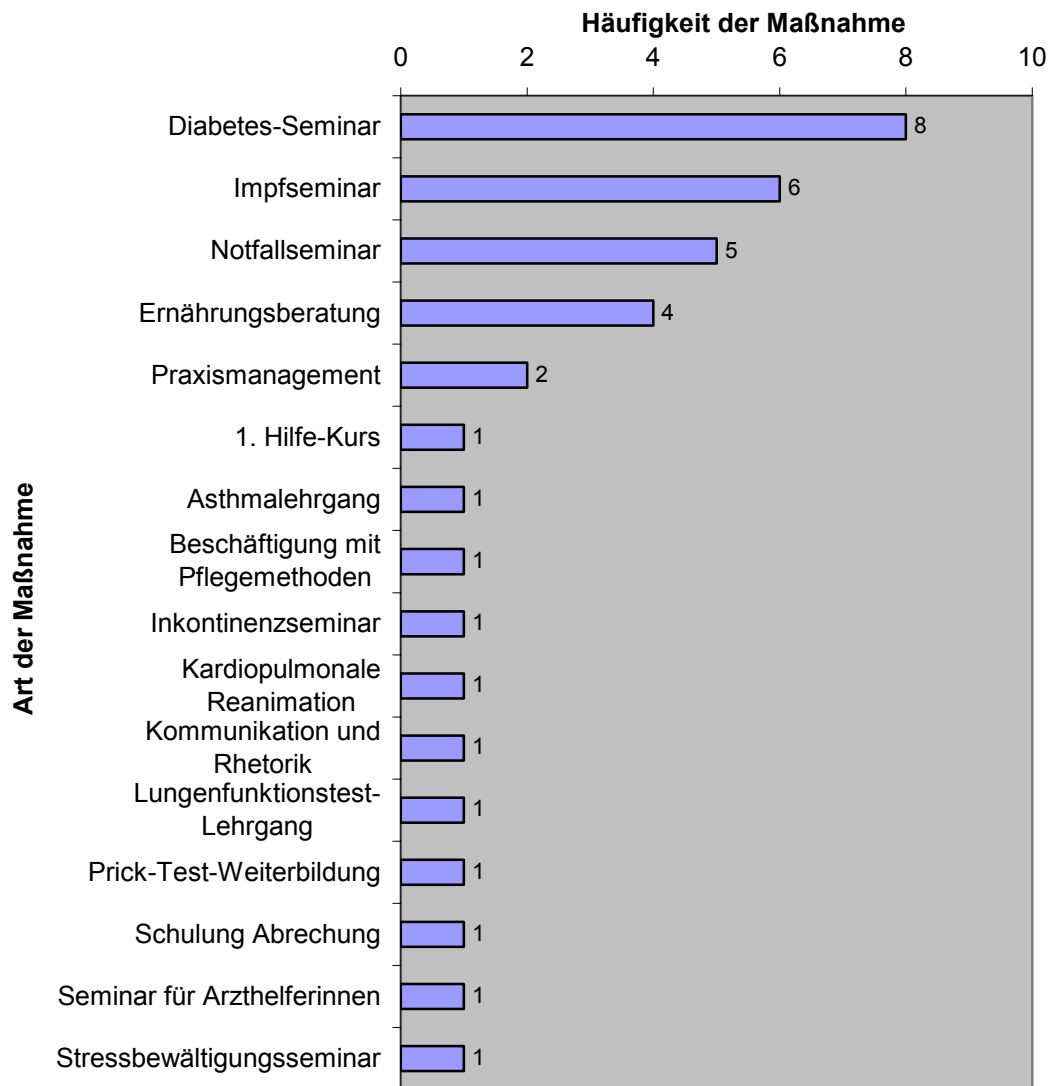


Abb. 3: Häufigkeit der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter aller Praxen (n=31), bezogen auf die Art der Maßnahme

An der **Selbstbeurteilung der Mitarbeiter** (s. Anh. 5, Kap. 2.2.2, Tab. 5, Abb. 4, 5) nehmen n=34 Mitarbeiter aus n=9 Praxen teil (s. o.). Bei einigen Kriterien machen nicht alle n=34 Mitarbeiter eine Angabe. Teilweise liegt die Zahl der Angaben auch über n=34. Der Grund dafür ist nicht bekannt.

Leistungsmerkmal	Anforderungen							Erfüllungsgrad										
	Anzahl der Angaben für ...							a.M.	Med.	Anzahl der Angaben für ...							a. M.	Med.
	-3	-2	-1	0	1	2	3			-3	-2	-1	0	1	2	3		
medizinisch-fachliches Wissen	0	0	1	1	9	20	3	1,68	2	0	2	4	5	4	16	1	0,97	2
prakt. Können in diagnost. u. therapeutischer Assistenz	0	0	1	1	10	17	2	1,58	2	0	1	3	5	5	18	0	1,13	2
Prävention	0	0	0	2	10	6	5	1,61	1	1	0	4	5	8	4	1	0,52	1
Praxisorganisation, darunter.....																		
.....Arbeitsorganisation	0	0	1	2	5	10	15	2,09	2	0	1	5	2	9	10	5	1,16	1
.....Zeitmanagement	0	1	0	2	6	12	11	1,91	2	0	2	3	4	12	6	4	0,94	1
.....Praxismarketing	0	1	0	2	6	8	12	1,93	2	2	3	2	11	7	5	1	0,19	0
.....Kostendenken	0	0	2	3	2	11	15	2,03	2	2	1	4	8	7	8	6	0,81	1
psychosoziale und kommunikative Kompetenz	0	0	0	0	5	6	19	2,47	3	1	0	2	2	8	14	4	1,39	2

Tab. 5: Selbsteinschätzung der Leistungsanforderungen an die Praxismitarbeiter (n=34) und der Erfüllung dieser Anforderungen

- 3 = sehr niedrig
- +3 = sehr hoch
- a.M. = arithmetischer Mittelwert
- Med. = Median

Aus den Angaben der Mitarbeiter werden von der Projektleitung **arithmetische Mittelwerte** gebildet, anhand derer Missverhältnisse zwischen Leistungsanforderungen und deren Erfüllung dargestellt werden (s. Abb. 4). Man gelangt auf diese Weise zu folgendem Ergebnis: In allen Leistungsmerkmalen liegen die Anforderungen an die Mitarbeiter im Durchschnitt über dem Erfüllungsgrad. Besonders gravierend ist die Differenz bei „Praxismarketing“ (Anforderungen: 1,93; Erfüllungsgrad: 0,19) und „Kostendenken“ (Anf.: 2,03; Erf.: 0,81). Aber auch im Bereich „psychosoziale und kommunikative Kompetenz“ (Anf.: 2,47; Erf.: 1,39), wo die Anforderungen am höchsten eingestuft werden und in den Gebieten

„Arbeitsorganisation“ (Anf.: 2,09; Erf.: 1,16), „Prävention“ (Anf.: 1,61; Erf.: 0,52), „Zeitmanagement“ (Anf.: 1,91; Erf.: 0,94) und „praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz“ (Anf.: 1,58; Erf.: 1,13) werden nicht erfüllbare Ansprüche an die Mitarbeiter gestellt.

Nach Berechnung des **Medians** (s. Kap. 4.3.3) kommt man zu folgendem Ergebnis (s. Abb. 5): In den Bereichen „praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz“ (Anf.: 2; Erf.: 2), „medizinisch-fachliches Wissen“ (Anf.: 2; Erf.: 2) und „Prävention“ (Anf.: 1; Erf.: 1) stimmen Leistungsanforderungen und deren Erfüllung überein. Bei den Kriterien „Arbeitsorganisation“, „Zeitmanagement“ und „Kostendenken“ (jeweils Anf.: 2; Erf.: 1) liegen die Anforderungen etwas höher als deren Erfüllungsgrad. Die höchsten Anforderungen an die Mitarbeiter liegen weiterhin im Bereich „psychosoziale und kommunikative Kompetenz“. Auch hier scheint es geringgradige Leistungsdefizite zugeben (Anf.: 3; Erf.: 2). Die gravierendste Differenz zwischen Anforderungen und Erfüllung besteht im Bereich „Praxismarketing“ (Anf.: 2; Erf.: 0).

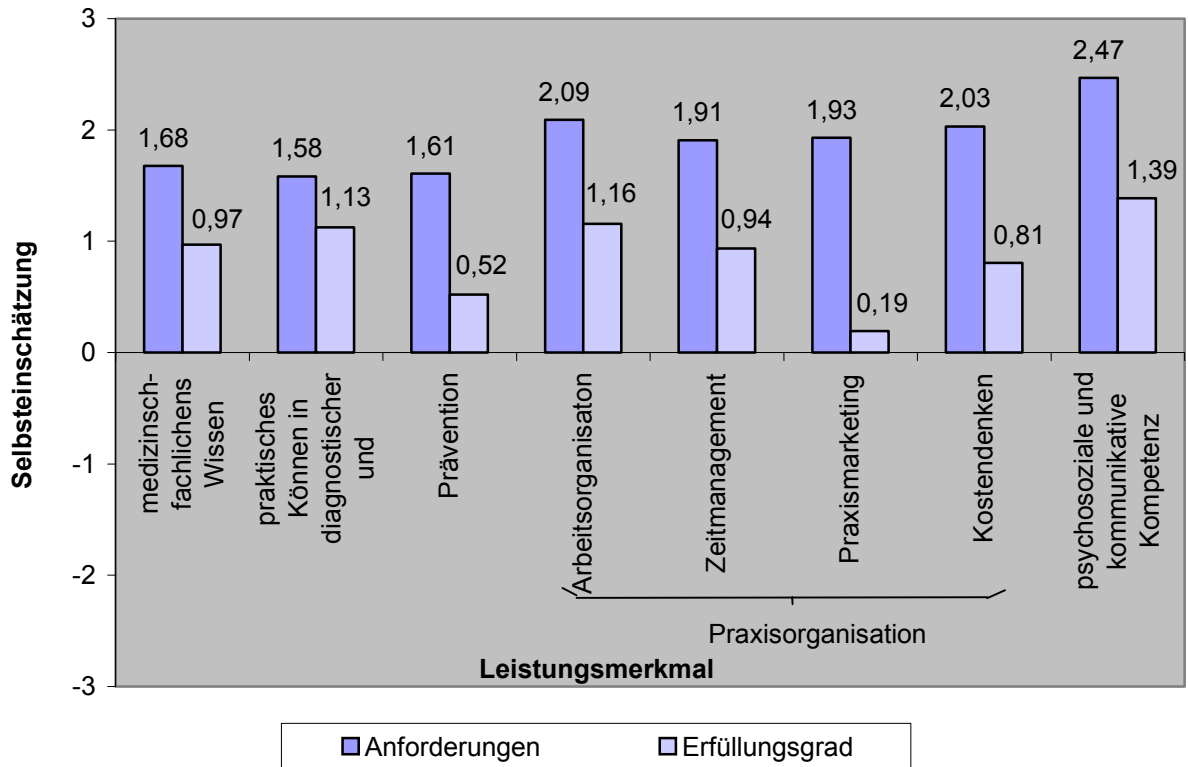


Abb. 4: Selbsteinschätzung der Leistungsanforderungen an die Praxismitarbeiter (n=34) und der Erfüllung dieser Anforderungen, Darstellung nach Berechnung des **arithmetischen Mittelwerts**. Höhe der Anforderungen und des Erfüllungsgrads: -3 = sehr niedrig, +3 = sehr hoch

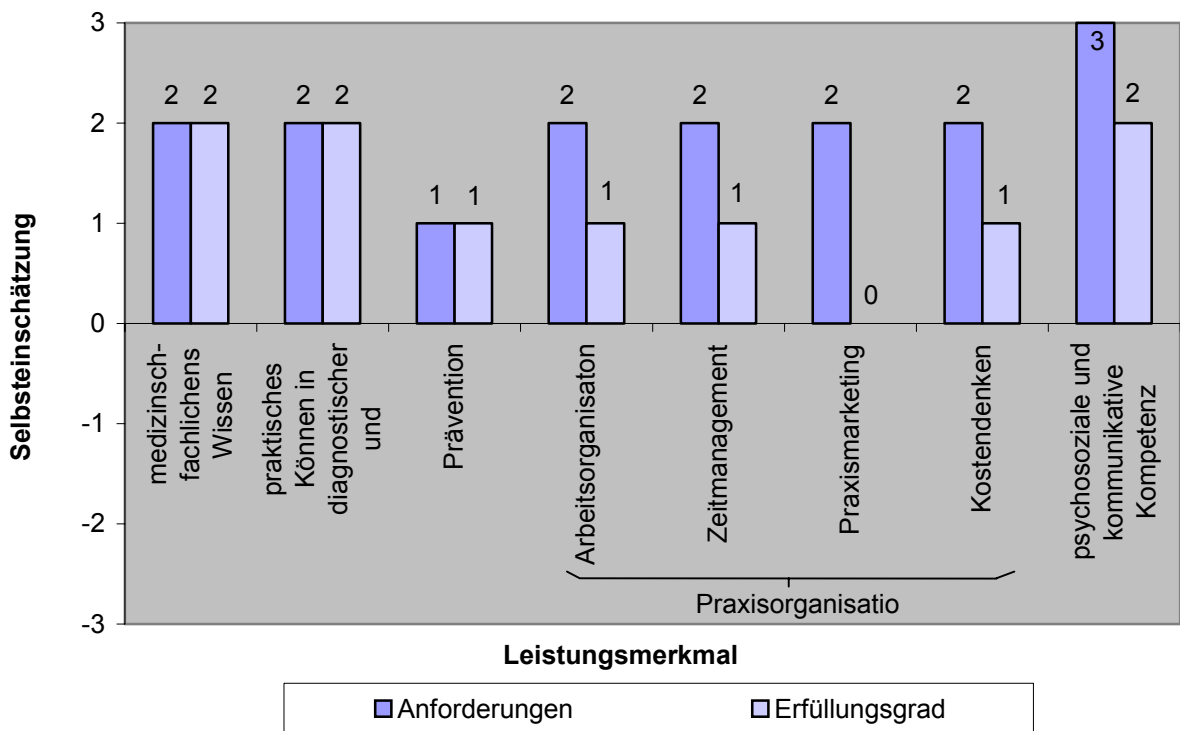


Abb. 5: Selbsteinschätzung der Leistungsanforderungen an die Praxismitarbeiter (n=34) und der Erfüllung dieser Anforderungen, Darstellung nach Berechnung des **Medians**. Höhe der Anforderungen und des Erfüllungsgrads: -3 = sehr niedrig, +3 = sehr hoch

Die **Beurteilung der Mitarbeiter durch die Ärzte** ergibt im Gesamtergebnis aller Praxen Folgendes (s. Tab. 6,7): Den größten Trainingsbedarf sehen die Ärzte bei der Kommunikationsfähigkeit ihres Personals (87% der Mitarbeiter). Aber auch in den Punkten „Innovationsfähigkeit“ (84%), „Problemlösungsfähigkeit“, „Verantwortung übernehmen“ (jeweils 81%), „Beurteilungsfähigkeit“, „Problemanalyse“, „soziale Kompetenz“, „Teamgeist“ (jeweils 77%), „konstruktives Verhalten“ und „Stressresistenz“ (jeweils 74%) scheint in fast allen Praxen, mit Ausnahme von Praxis P<sub>4</sub>, bei den meisten Mitarbeitern Trainingsbedarf zu herrschen. Der geringste Trainingsbedarf besteht in den Bereichen „Ausdauer“ und „Hilfsbereitschaft“ (39% der Mitarbeiter). Die Arzthelfer mit dem geringsten Trainingsbedarf sind die Mitarbeiter M<sub>21</sub>, M<sub>52</sub>, M<sub>22</sub>, M<sub>72</sub>, M<sub>23</sub>, M<sub>93</sub> und M<sub>51</sub>. Den größten Nachholbedarf haben die Mitarbeiter M<sub>41</sub>, M<sub>84</sub>, M<sub>42</sub>, M<sub>43</sub>, M<sub>34</sub>, M<sub>73</sub> und M<sub>12</sub>. Über die Beurteilung der Anforderungen und deren Erfüllung liegen leider keine Daten mehr vor, daher beschränken sich die hier dargestellten Daten auf den eingeschätzten Trainingsbedarf.

Zur besseren Einschätzung der Personalbeurteilungs- und Personalführungsqualität der Ärzte erscheint es sinnvoll, die Beurteilungsstufen „Trainingsbedarf“ und „dringender Trainingsbedarf“ vereinfachend als „Trainingsbedarf“ zu zusubsumieren. Fasst man nun den eingeschätzten Gesamttrainingsbedarf aller Mitarbeiter einer Praxis in allen Kategorien zusammen und vergleicht diesen Bedarf mit dem maximal möglichen, so zeigt sich, dass die Mitarbeiter der Praxen **P<sub>2</sub> (98%)**, **P<sub>5</sub> (86%)**, **P<sub>9</sub> (78%)** und **P<sub>7</sub> (73%)** einen sehr **hohen Trainingsbedarf** aufweisen. Hier haben nach Einschätzung der Ärzte alle Mitarbeiter in fast allen Gebieten Nachholbedarf. Der **geringste Trainingsbedarf** besteht unter dieser Annahme in den Praxen **P<sub>4</sub> (24%)** und **P<sub>3</sub> (47%)**. Im **Mittelfeld** lägen die Praxen **P<sub>1</sub>, P<sub>6</sub> (je 54%)** und **P<sub>8</sub> (59%)** (s. Tab. 7).

Trainingsbereich	Mitarbeiter																															Trainings- bedarf	Intensiver Trainingsbed.	Trainingsbed. (gesamt)			
	M <sub>11</sub>	M <sub>12</sub>	M <sub>13</sub>	M <sub>21</sub>	M <sub>22</sub>	M <sub>23</sub>	M <sub>31</sub>	M <sub>32</sub>	M <sub>33</sub>	M <sub>34</sub>	M <sub>41</sub>	M <sub>42</sub>	M <sub>43</sub>	M <sub>51</sub>	M <sub>52</sub>	M <sub>53</sub>	M <sub>61</sub>	M <sub>62</sub>	M <sub>63</sub>	M <sub>71</sub>	M <sub>72</sub>	M <sub>73</sub>	M <sub>74</sub>	M <sub>81</sub>	M <sub>82</sub>	M <sub>83</sub>	M <sub>84</sub>	M <sub>85</sub>	M <sub>91</sub>	M <sub>92</sub>	M <sub>93</sub>						
Kommunikationsfähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	19	8	27	87%
Innovationsfähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	17	9	26	84%
Problemlösungs-Fähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	15	10	25	81%
Verantwortung übernehmen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	21	4	25	81%
Beurteilungsfähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	17	7	24	77%
Problemanalyse	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	17	7	24	77%
Soziale Kompetenz	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	16	8	24	77%
Teamgeist	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	18	6	24	77%
Konstruktives Verhalten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	15	8	23	74%
Stressresistenz	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	15	8	23	74%
Belastbarkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	14	7	21	68%
Entscheidungsfähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	13	8	21	68%
Erweiterte Fachkenntnisse	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	16	5	21	68%
Integrationsfähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	16	5	21	68%
Selbstkritik	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	14	6	20	65%
Aufgeschlossenheit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	16	3	19	61%
Beharrlichkeit/Zielverfolg.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	14	5	19	61%
exakte Arbeitsweise	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	14	5	19	61%
Vertrauenswürdigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	16	3	19	61%
Aufrichtigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	10	7	17	55%
Flexibilität	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12	5	17	55%
Ausführungsbereitschaft	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	13	3	16	52%	
Diskretion	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	13	3	16	52%
Konzentrationsfähigkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	13	3	16	52%
Interkulturelle Probleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	12	3	15	48%
Pflichtbewusstsein	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11	3	14	45%
Berechenbarkeit	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	11	2	13	42%
Einsatzbereitschaft	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	10	3	13	42%
Ausdauer	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	8	4	12	39%
Hilfsbereitschaft	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	10	2	12	39%	

Tab. 6: Beurteilung des Trainingsbedarfs der Mitarbeiter (n=31) in einzelnen Bereichen durch die Ärzte. Der Höhe des Trainingsbedarfs ist den Farben zugeordnet.

■ Trainingsbedarf  
■ dringender Trainingsbedarf



Praxis	Trainingsbedarf
P <sub>1</sub>	54%
P <sub>2</sub>	98%
P <sub>3</sub>	47%
P <sub>4</sub>	24%
P <sub>5</sub>	86%
P <sub>6</sub>	54%
P <sub>7</sub>	73%
P <sub>8</sub>	59%
P <sub>9</sub>	78%

Tab. 7: Trainingsbedarf der Mitarbeiter (n=31) anteilig am maximal möglichen Trainingsbedarfs in allen Kategorien (sortiert nach Praxen (n=9))

Bei der Auswertung der **Erhebung des Tagesplans** (s. Anh. 7, Kap. 2.2.2) werden durch die Projektleitung sämtliche angegebenen Aufgaben in vier Teilbereiche („Patientenversorgung“, „interne medizinische Arbeiten“, „Organisation und Service“ und „Verwaltungsarbeiten“) zusammengefasst. Anschließend werden die Nennungen aller Mitarbeiter aus allen Praxen, nach diesen Teilbereichen und der Tageszeit geordnet, zusammengezählt. Jeder Aufgabenbereich wird nun mit unterschiedlichen empirischen Zeitansätzen gewichtet, so dass sich aus den reinen Häufigkeitsangaben der Praxismitarbeiter entsprechende Zeitangaben ergeben (s. Tab. 8). Dabei werden für jede Nennung aus dem Teilbereich „Patientenversorgung“ sechs, aus dem Bereich „interne medizinische Arbeiten“ vier, aus dem Bereich „Organisation und Service“ zwei und aus dem Bereich „Verwaltungsarbeiten“ drei Minuten angesetzt.

Aufgabenbereich	Minuten
Patientenversorgung	6
interne medizinische Arbeiten	4
Organisation und Service	2
Verwaltungsarbeiten	3

Tab. 8: Zeitansätze für die Aufgabenbereiche der Mitarbeiter

Nach dieser Einteilung ergibt sich folgendes Bild (s. Tab. 9, Abb. 6 und 7): Über den ganzen Tagesverlauf hinweg ist der Teilbereich „interne medizinische Arbeiten“

gegenüber den anderen Bereichen deutlich unterrepräsentiert. Mit einem Anteil an produktiver Zeit von 5% nimmt dieser Bereich über den gesamten Tag gesehen die geringste Zeit in Anspruch. Die meiste Zeit beansprucht mit 36% des Tages der Bereich „Organisation und Service“. Auch auf die Bereiche „Verwaltungsarbeiten“ (Gesamtzeitbedarf 31%) und „Patientenversorgung“ (28%) entfällt ein großer Zeitaufwand. Arbeitszeitmaxima ergeben sich am Morgen zwischen 08:00 und 12:00 Uhr und mit Abstrichen am Nachmittag zwischen 14:30 und 17:30 Uhr.

	Zeitbedarf in Minuten				
	Patientenversorgung	interne medizinische Arbeiten	Organisation und Service	Verwaltungsarbeiten	Summe
7 <sup>00</sup> Uhr bis 7 <sup>30</sup> Uhr	72	0	44	15	131
7 <sup>30</sup> Uhr bis 8 <sup>00</sup> Uhr	96	56	86	102	340
8 <sup>00</sup> Uhr bis 8 <sup>30</sup> Uhr	306	20	284	204	814
8 <sup>30</sup> Uhr bis 9 <sup>00</sup> Uhr	240	36	200	144	620
9 <sup>00</sup> Uhr bis 9 <sup>30</sup> Uhr	252	20	240	168	680
9 <sup>30</sup> Uhr bis 10 <sup>00</sup> Uhr	198	44	266	150	658
10 <sup>00</sup> Uhr bis 10 <sup>30</sup> Uhr	144	52	194	174	564
10 <sup>30</sup> Uhr bis 11 <sup>00</sup> Uhr	150	20	190	216	576
11 <sup>00</sup> Uhr bis 11 <sup>30</sup> Uhr	192	24	238	198	652
11 <sup>30</sup> Uhr bis 12 <sup>00</sup> Uhr	120	12	134	159	425
12 <sup>00</sup> Uhr bis 12 <sup>30</sup> Uhr	90	0	48	141	279
12 <sup>30</sup> Uhr bis 13 <sup>00</sup> Uhr	30	0	36	75	141
13 <sup>00</sup> Uhr bis 13 <sup>30</sup> Uhr	0	0	20	6	26
13 <sup>30</sup> Uhr bis 14 <sup>00</sup> Uhr	18	0	2	3	23
14 <sup>00</sup> Uhr bis 14 <sup>30</sup> Uhr	18	4	6	30	58
14 <sup>30</sup> Uhr bis 15 <sup>00</sup> Uhr	30	0	82	108	220
15 <sup>00</sup> Uhr bis 15 <sup>30</sup> Uhr	12	8	132	147	299
15 <sup>30</sup> Uhr bis 16 <sup>00</sup> Uhr	48	40	106	54	248
16 <sup>00</sup> Uhr bis 16 <sup>30</sup> Uhr	66	16	162	60	304
16 <sup>30</sup> Uhr bis 17 <sup>00</sup> Uhr	60	4	126	57	247
17 <sup>00</sup> Uhr bis 17 <sup>30</sup> Uhr	30	12	90	78	210
17 <sup>30</sup> Uhr bis 18 <sup>00</sup> Uhr	30	16	94	96	236
18 <sup>00</sup> Uhr bis 18 <sup>30</sup> Uhr	12	8	16	27	63
<b>Summe in Minuten</b>	<b>2.214</b>	<b>392</b>	<b>2.796</b>	<b>2.412</b>	<b>7.814</b>
<b>Summe in Stunden</b>	<b>~37</b>	<b>~7</b>	<b>~47</b>	<b>~40</b>	<b>~130</b>
<b>Anteil an produktiver Zeit</b>	<b>28%</b>	<b>5%</b>	<b>36%</b>	<b>31%</b>	<b>100,0%</b>

Tab. 9: Zeitbedarf verschiedener Aufgabenbereiche der Mitarbeiter (n=31) aller Praxen im Tagesverlauf

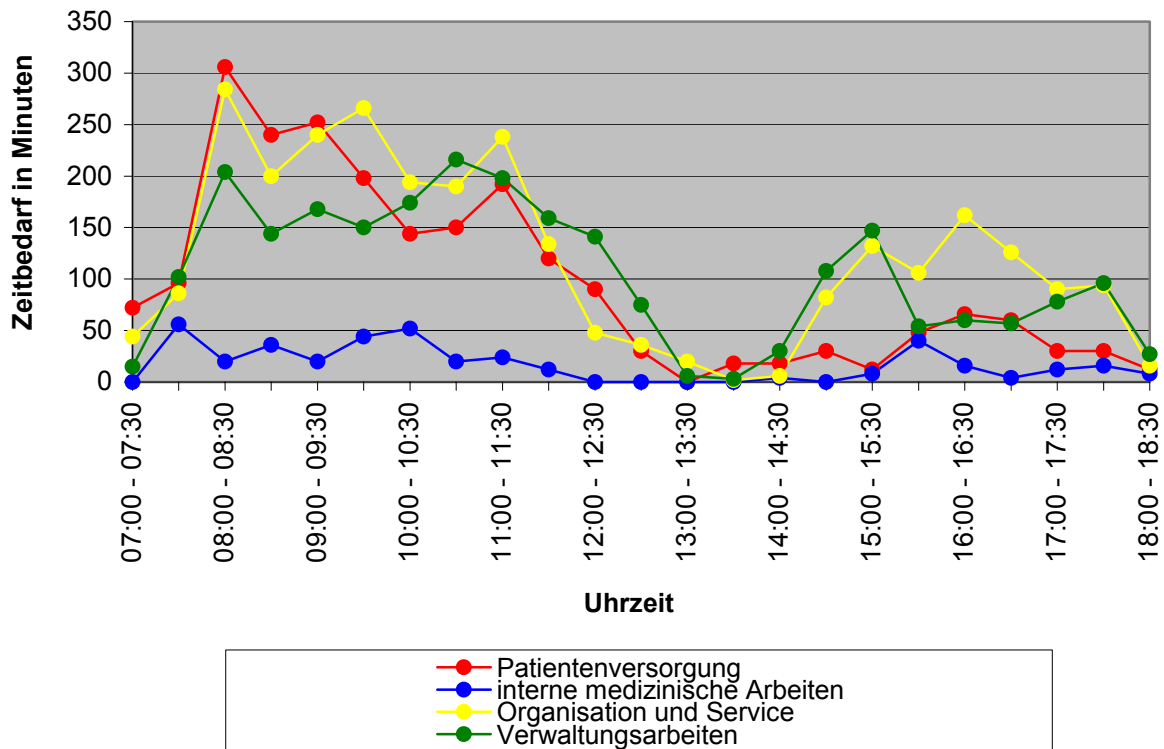


Abb. 6: Zeitbedarf der einzelnen Arbeitsbereiche der Mitarbeiter (n=31) aller Praxen im Tagesverlauf. Die Platzierung der farbigen Punkte entspricht der Höhe des Zeitbedarfs der einzelnen Aufgabenbereiche. Die Linien dienen der besseren Orientierung.

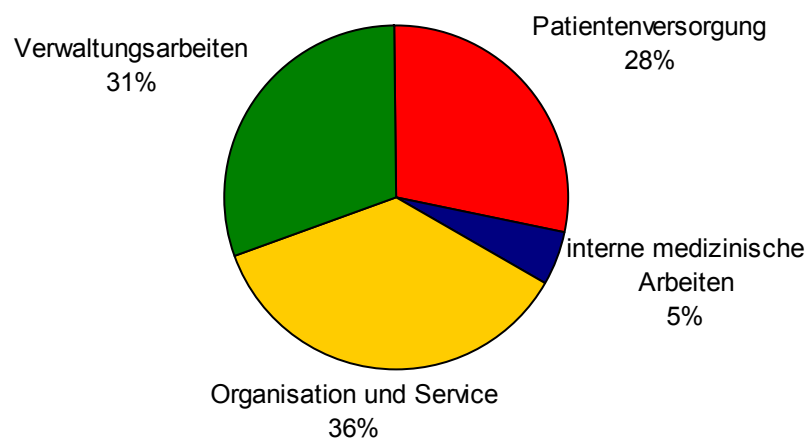


Abb. 7: Anteil an produktiver Zeit der einzelnen Arbeitsbereiche (n=31 Mitarbeiter)

Die im Projektplan vorgesehene **Erfolgskontrolle**, also eine zweite Befragung der Mitarbeiter und Ärzte, wurde nicht durchgeführt.

### 3.3 Patienten (s. Anh. 8, Kap. 2.1.3, 2.2.2)

Die **Verteilung** der Fragebögen liegt in der Eigenverantwortung der Praxen (s. Kap. 2.1.3). Die Patienten werden meist nicht persönlich von den Praxismitarbeitern oder Ärzten angesprochen und gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Vielmehr liegen die Fragebögen in den meisten Fällen im Wartezimmer aus. Die Patienten müssen also selbständig auf die Fragebögen aufmerksam werden. Nur in wenigen Praxen werden die Patienten vom Arzt persönlich auf die Befragung hingewiesen. Vor Verlassen der Praxis sollen die Patienten den ausgefüllten Bogen in eine bereitgestellte Box werfen.

Praxis	Patientenfragebogen
P <sub>1</sub>	n <sub>P1</sub> =93
P <sub>2</sub>	n <sub>P2</sub> = 0
P <sub>3</sub>	n <sub>P3</sub> =84
P <sub>4</sub>	n <sub>P4</sub> =45
P <sub>5</sub>	n <sub>P5</sub> =29
P <sub>6</sub>	n <sub>P6</sub> =94
P <sub>7</sub>	n <sub>P7</sub> =36
P <sub>8</sub>	n <sub>P8</sub> =49
P <sub>9</sub>	n <sub>P9</sub> =98
$n_{Ges} = \sum_{i=1}^9 x_i$	n <sub>Ges</sub> =528
$\bar{n} = \frac{\sum_{i=1}^9 x_i}{8}$ (nur teilnehmende Praxen berücksichtigt)	$\bar{n}=66$

Tab. 10: Anzahl der Patientenfragebögen, sortiert nach Praxen (Praxis P<sub>2</sub> nimmt nicht an der Befragung teil, deshalb wird sie bei der Berechnung der durchschnittlichen Fragebogenanzahl pro Praxis nicht berücksichtigt)

Insgesamt nehmen  $n_{\text{Ges}}=528$  **Patienten aus acht Praxen** an der Befragung teil (s. Tab. 10). Die persönlichen Daten der Befragten werden nicht erfasst. Aus der Praxis  $P_6$  nehmen nur die diabetologischen Patienten an der Befragung teil (s. Kap.3.1). Die Praxis  $P_2$  nahm nicht teil, deshalb wird die Zahl der Fragebögen aus dieser Praxis gleich Null gesetzt. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Patiententeilnahme wird die Fragebogenanzahl dieser Praxis nicht berücksichtigt, da sonst Ergebnisverzerrungen aufträten. Auf die anderen Praxen verteilen sich die teilnehmenden Patienten wie folgt: Aus Praxis  $P_1$  nehmen  $n_{P_1}=93$ , aus  $P_3$   $n_{P_3}=84$ , aus  $P_4$   $n_{P_4}=45$ , aus  $P_5$   $n_{P_5}=29$ , aus  $P_6$   $n_{P_6}=94$ , aus  $P_7$   $n_{P_7}=36$ , aus  $P_8$   $n_{P_8}=49$  und aus  $P_9$   $n_{P_9}=98$  Patienten teil. Durchschnittlich nehmen aus jeder einzelnen Praxis  $\bar{n}=66$  Patienten an der Befragung teil. Die geringste Teilnahmequote findet sich die Praxis  $P_5$  mit  $n_{P_5}=29$  Patienten, die höchste Quote in Praxis  $P_9$  mit  $n_{P_9}=98$  Patienten.

Bei fast allen Fragen gibt es Patienten, die **keine Angaben** machen. Viele Patienten nutzen aber auch die **Möglichkeit der Mehrfachantwort**. Einige Patienten nehmen den Hinweis, es gäbe bei *allen* Fragen die Möglichkeit von Mehrfachantworten, wörtlich und geben auch in den Fällen Mehrfachantworten ab, wo sich die Antwortmöglichkeiten offensichtlich widersprechen. Dadurch kommt es zu geringfügigen Verzerrungen der Ergebnisse. Da sich allerdings nicht mehr nachvollziehen lässt, wann wie viele Patienten keine Angaben bzw. Mehrfachangaben machen, andererseits bei der Befragung ohnehin nur Tendenzen zu erkennen sind, wird im Folgenden nicht weiter darauf eingegangen werden.

Bei der **Frage nach der Bekanntheit des MQLD** (s. Abb. 8) erhalten die Patienten die Antwortmöglichkeiten „Sie haben bereits vom MQLD gehört“, „Sie kennen das MQLD nicht“ und „Sie interessieren sich für die Aufgaben des MQLD“ vorgegeben. Zunächst sollen hier die Ergebnisse der ersten beiden Antwortmöglichkeiten betrachtet werden. Von den  $n_{\text{Ges}}=528$  befragten Patienten geben 17 % (93 Pat.) an, sie hätten schon einmal vom MQLD gehört, 72 % (385 Pat.) kennen es nicht.

Gehört haben vom MQLD in Praxis  $P_1$  12% (11 Pat.), in  $P_3$  20% (17 Pat.), in  $P_4$  16% (7 Pat.), in  $P_5$  17% (5 Pat.), in  $P_6$  17% (16 Pat.), in  $P_7$  22% (8 Pat.), in  $P_8$  29% (14 Pat.) und in  $P_9$  15% (15 Pat.) der Patienten. In Praxis  $P_1$  kennen 83% (77 Pat.) der Patienten das MQLD nicht, in  $P_3$  sind es 69% (58 Pat.), in  $P_4$  76% (34 Pat.), in  $P_5$  72% (21 Pat.), in  $P_6$  72% (68 Pat.), in  $P_7$  75% (27 Pat.), in  $P_8$  63% (31 Pat.) und in  $P_9$  70% (69 Pat.).

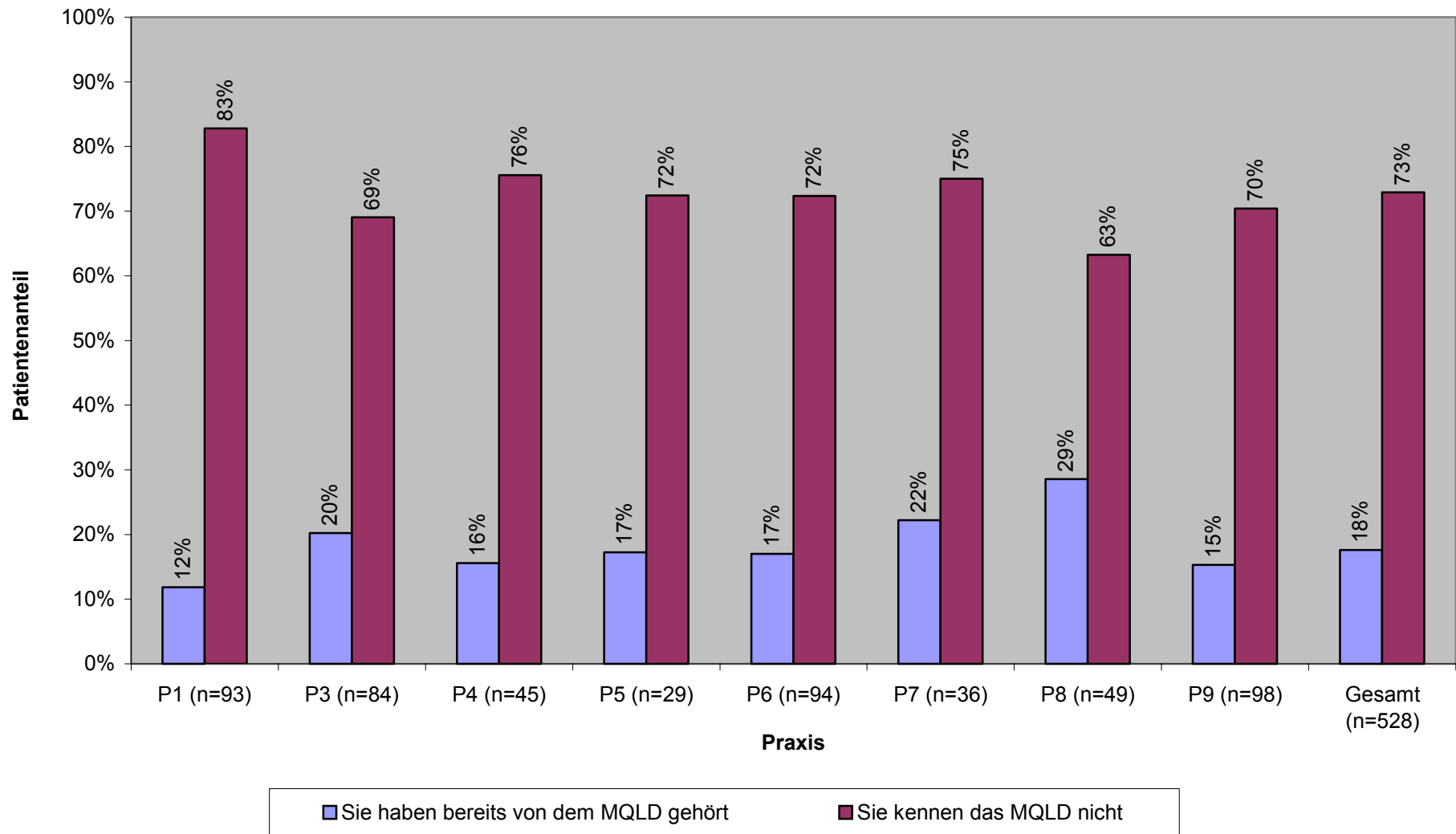


Abb.8: Bekanntheitsgrad des MQLD unter Patienten (n=528)

**Interesse an den Aufgaben des MQLD** (s. Abb. 9) haben 187 Patienten, was einem Anteil von 35 % entspricht.

Das Interesse in den einzelnen Praxen liegt zwischen 17% in Praxis 4 und 47% in Praxis 6. In Praxis P<sub>1</sub> geben 40% (37 Pat.), in P<sub>3</sub> 43% (36 Pat.), in P<sub>4</sub> 20% (9 Pat.), in P<sub>5</sub> 17% (5 Pat.), in P<sub>6</sub> 47% (44 Pat.), in P<sub>7</sub> 25% (9 Pat.), in P<sub>8</sub> 27% (13 Pat.) und in P<sub>9</sub> 35% (34 Pat.) Interesse am MQLD an.

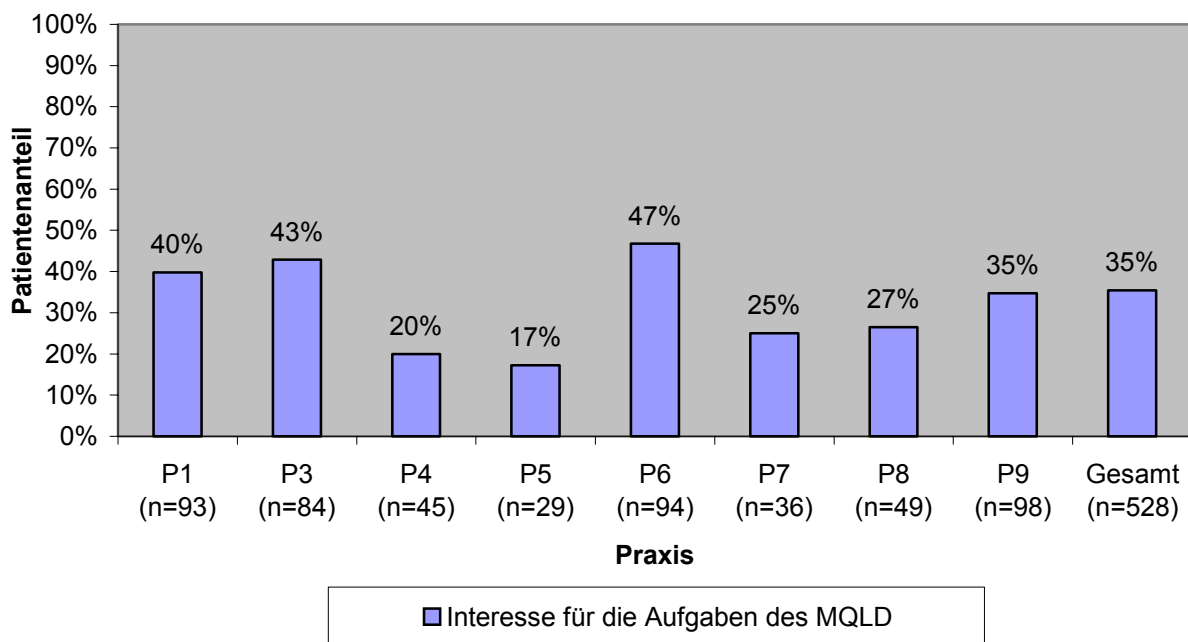


Abb. 9: Anteil der Patienten mit Interesse an den Aufgaben des MQLD (n=528)

Auf die Frage, ob es ihr **erster Besuch in der Praxis** (s. Abb. 10) sei, antworten insgesamt 3% (14 Pat.) mit „ja“. 88% (464 Pat.) geben an, dass dies nicht ihr erster Besuch in der Praxis sei.

In Praxis P<sub>1</sub> antworten 1% (1 Pat.) mit „ja“ und 86% (80 Pat.) mit „nein“, in P<sub>3</sub> 2% (2 Pat.) mit „ja“ und 77% (65 Pat.) mit „nein“, in P<sub>4</sub> 0% (0 Pat.) mit „ja“ und 98% (44 Pat.) mit „nein“, in P<sub>5</sub> 3% (1 Pat.) mit „ja“ und 90% (26 Pat.) mit „nein“, in P<sub>6</sub> 1% (1 Pat.) mit „ja“ und 94% (88 Pat.) mit „nein“, in P<sub>7</sub> 0% (0 Pat.) mit „ja“ und 97% (35 Pat.) mit „nein“, in P<sub>8</sub> 16% (8 Pat.) mit „ja“ und 78% (38 Pat.) mit „nein“ und in P<sub>9</sub> 1% (1 Pat.) mit „ja“ und 90% (88 Pat.) mit „nein“.



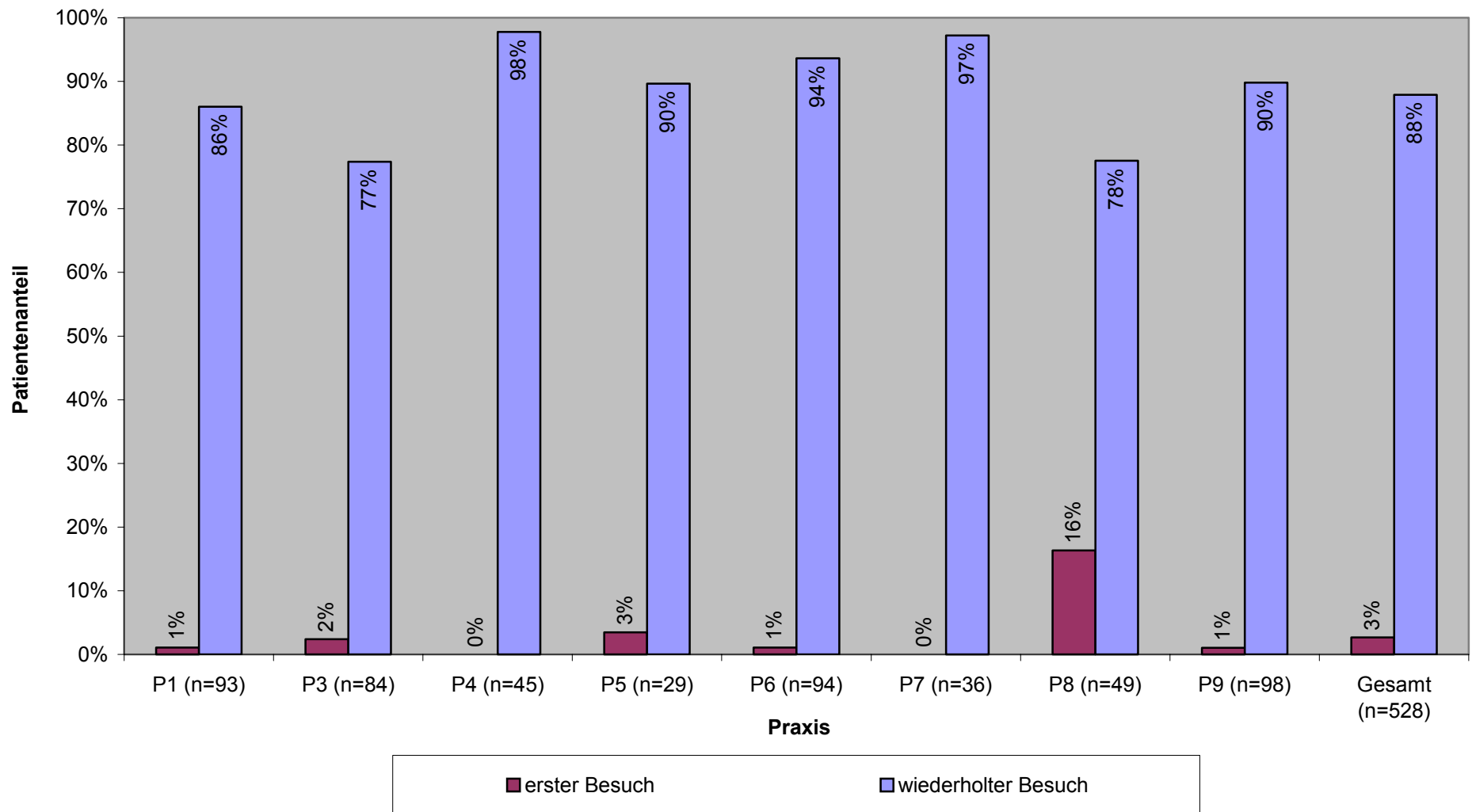


Abb. 10: Anteil der Patienten, die zum ersten bzw. zum wiederholten Male die Praxis besuchten (n=528)

28% (148 Pat.) der Patienten geben an, dass sie für ihren Besuch in der Praxis keinen **Termin** hätten (s. Abb. 11). 69% (365 Pat.) hätten einen Termin. 39% (208 Pat.) geben einen Folgetermin zur Behandlung oder Beratung als Grund für ihren Besuch an. 23% (121 Pat.) wollen sich ein Wiederholungsrezept besorgen und 1% (3 Pat.) sind aus anderen Gründen in der jeweiligen Praxis.

Ohne Termin sind in Praxis P<sub>1</sub> 28% (26 Pat.), in P<sub>3</sub> 12% (10 Pat.), in P<sub>4</sub> 87% (39 Pat.), in P<sub>5</sub> 24% (7 Pat.), in P<sub>6</sub> 9% (8 Pat.), in P<sub>7</sub> 25% (9 Pat.), in P<sub>8</sub> 18% (9 Pat.) und in P<sub>9</sub> 41% (40 Pat.). Einen Termin haben in Praxis P<sub>1</sub> 69% (64 Pat.), in P<sub>3</sub> 79% (66 Pat.), in P<sub>4</sub> 22% (10 Pat.), in P<sub>5</sub> 72% (21 Pat.), in P<sub>6</sub> 94% (88 Pat.), in P<sub>7</sub> 78% (28 Pat.), in P<sub>8</sub> 65% (32 Pat.) und in P<sub>9</sub> 57% (56 Pat.). Wegen eines Folgetermins zur Behandlung oder Beratung kommen in Praxis P<sub>1</sub> 39% (36 Pat.), in P<sub>3</sub> 43% (36 Pat.), in P<sub>4</sub> 29% (13 Pat.), in P<sub>5</sub> 17% (5 Pat.), in P<sub>6</sub> 52% (49 Pat.), in P<sub>7</sub> 56% (20 Pat.), in P<sub>8</sub> 35% (17 Pat.) und in P<sub>9</sub> 33% (32 Pat.). Ein Wiederholungsrezept wollen sich in Praxis P<sub>1</sub> 18% (17 Pat.), in P<sub>3</sub> 23% (19 Pat.), in P<sub>4</sub> 47% (21 Pat.), in P<sub>5</sub> 10% (3 Pat.), in P<sub>6</sub> 27% (25 Pat.), in P<sub>7</sub> 19% (7 Pat.), in P<sub>8</sub> 14% (7 Pat.) und in P<sub>9</sub> 22% (22 Pat.) besorgen. Aus anderen Gründen sind in Praxis P<sub>1</sub> 1% (1 Pat.), in P<sub>3</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>4</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>5</sub> 3% (1 Pat.), in P<sub>6</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>7</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>8</sub> 2% (1 Pat.) und in P<sub>9</sub> 0% (0 Pat.) gekommen.

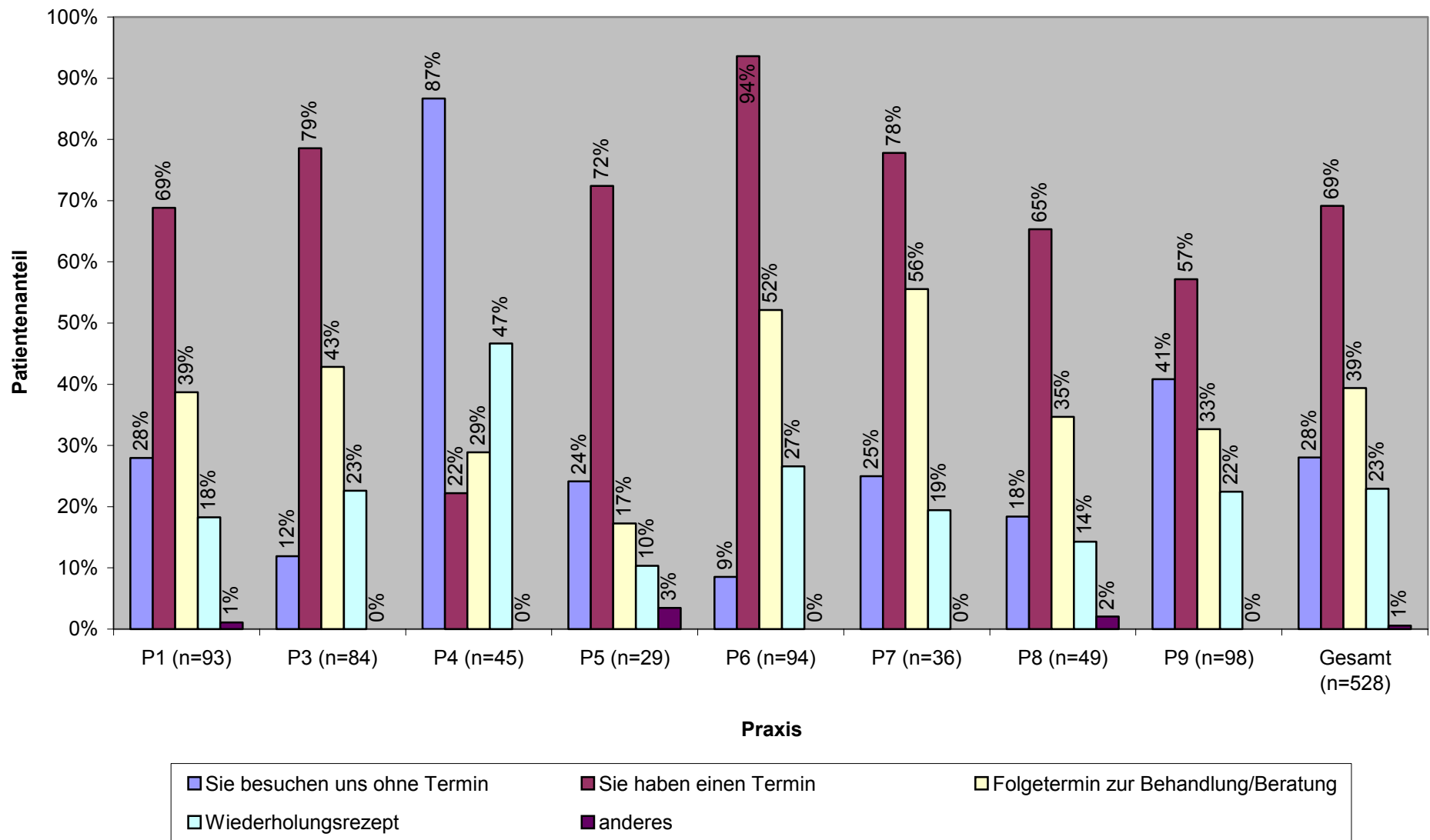


Abb. 11: Häufigkeiten verschiedener Arten des Patiententermins (n=528)

84% (443 Pat.) der Patienten geben an, sie hätten den ersten Termin selbst vereinbart (s. Abb. 12). Bei 8% (40 Pat.) hätten dies Angehörige und bei 7 (39 Pat.) der behandelnd Arzt erledigt. Für 1% (6 Pat.) hätte eine sonstige Person den Termin gemacht.

In Praxis P<sub>1</sub> geben 83% (77 Pat.) der Patienten an, sie hätten ihren ersten Termin in der Praxis selbst vereinbart, in P<sub>3</sub> sind es 92% (77 Pat.), in P<sub>4</sub> 80% (36 Pat.), in P<sub>5</sub> 79% (23 Pat.), in P<sub>6</sub> 85% (80 Pat.), in P<sub>7</sub> 78% (28 Pat.), in P<sub>8</sub> 74% (36 Pat.) und in P<sub>9</sub> 88% (86 Pat.). In Praxis P<sub>1</sub> haben für 11% (10 Pat.) der Patienten Angehörige den ersten Termin vereinbart, in P<sub>3</sub> für 5% (4 Pat.), in P<sub>4</sub> für 9% (4 Pat.), in P<sub>5</sub> für 14% (4 Pat.), in P<sub>6</sub> für 9% (8 Pat.), in P<sub>7</sub> für 6% (2 Pat.), in P<sub>8</sub> für 2% (1 Pat.) und in P<sub>9</sub> für 7% (7 Pat.). Der behandelnde Arzt habe nach Patientenangaben die erste Terminvereinbarung in Praxis P<sub>1</sub> für 4% (4 Pat.), in P<sub>3</sub> für 5% (4 Pat.), in P<sub>4</sub> für 7% (3 Pat.), in P<sub>5</sub> für 0% (0 Pat.), in P<sub>6</sub> für 3% (3 Pat.), in P<sub>7</sub> für 11% (4 Pat.), in P<sub>8</sub> für 33% (16 Pat.) und in P<sub>9</sub> für 5% (5 Pat.) durchgeführt. Durch eine sonstige Person sei die erste Terminvereinbarung in Praxis P<sub>1</sub> bei 4% (4 Pat.), in P<sub>3</sub> bei 1% (1 Pat.), in P<sub>4</sub> bei 0% (0 Pat.), in P<sub>5</sub> bei 0% (0 Pat.), in P<sub>6</sub> bei 0% (0 Pat.), in P<sub>7</sub> bei 0% (0 Pat.), in P<sub>8</sub> 2% (1 Pat.) und in P<sub>9</sub> 0% (0 Pat.) erfolgt.

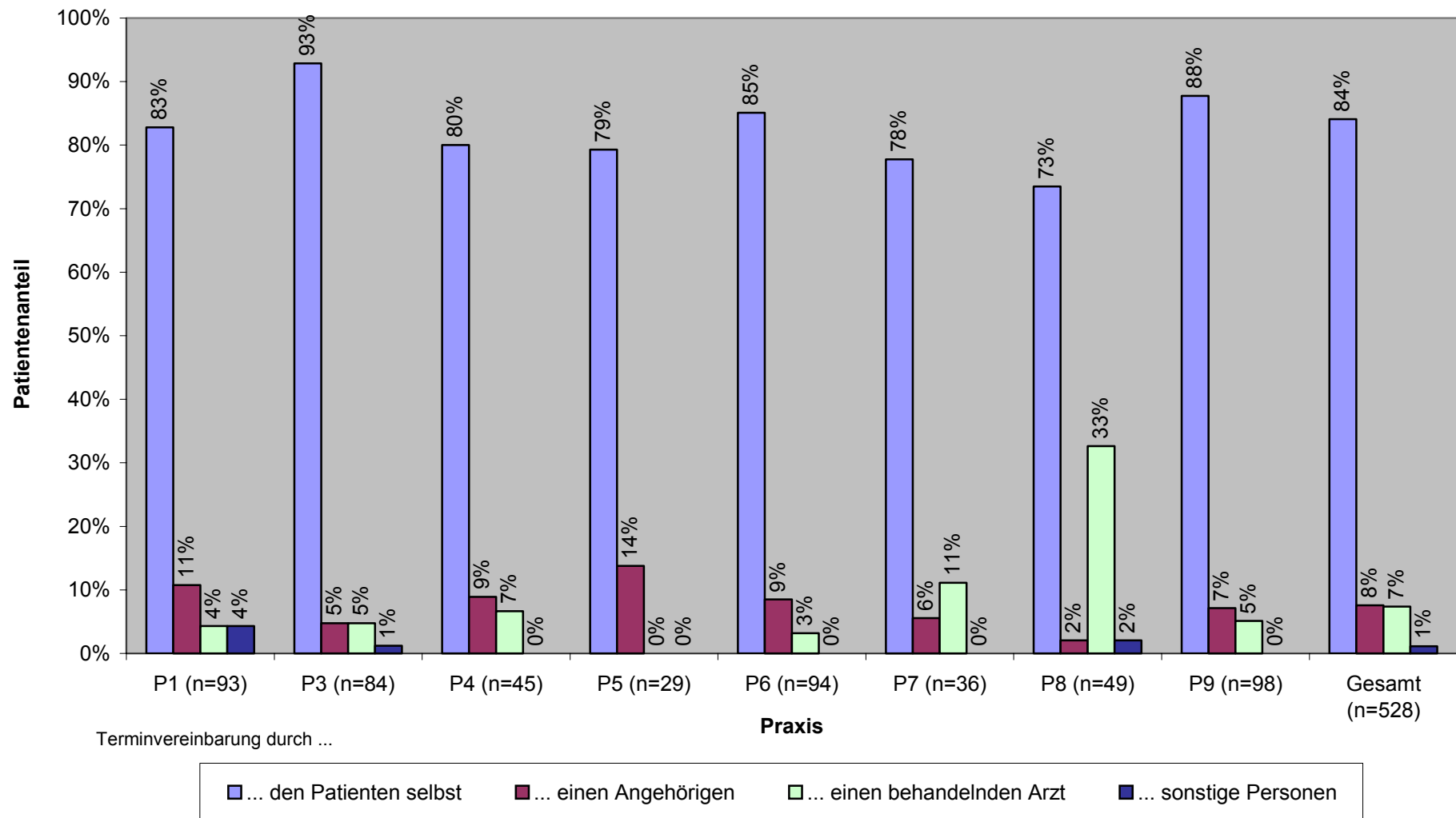


Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der Terminvereinbarung durch verschiedene Personen (n=528 Patienten)

Insgesamt geben 74% (388 Pat.) der Patienten an, sie hätten die **Information am Telephon** gut verstanden (s. Abb. 13). 2% (9 Pat.) geben an, die Information sei nicht ganz klar gewesen. 2% (12 Pat.) meinen, die Information hätte einige Fragen offen gelassen. 16% (84 Pat.) hätten keinen telephonischen Kontakt mit der Praxis gehabt.

In Praxis P<sub>1</sub> geben 69% (64 Pat.) an, sie hätten die Information am Telephon klar verstanden, in P<sub>3</sub> sind es 74% (62 Pat.), in P<sub>4</sub> 60% (27 Pat.), in P<sub>5</sub> 79% (23 Pat.), in P<sub>6</sub> 71% (67 Pat.), in P<sub>7</sub> 89% (32 Pat.), in P<sub>8</sub> 76% (37 Pat.) und in P<sub>9</sub> 78% (76 Pat.). Dass die Information, die sie am Telephon bekommen hätten, nicht ganz klar gewesen sei, meinen in Praxis P<sub>1</sub> 2% (2 Pat.), in P<sub>3</sub> 2% (2 Pat.), in P<sub>4</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>5</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>6</sub> 1% (1 Pat.), in P<sub>7</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>8</sub> 4% (2 Pat.) und in P<sub>9</sub> 2% (2 Pat.). Für 1% (1 Pat.) der Patienten ließ die Information in Praxis P<sub>1</sub> einige Fragen offen. In Praxis P<sub>6</sub> sind dies 3% (3 Pat.), in P<sub>8</sub> 4% (2 Pat.) und in P<sub>9</sub> 6% (6 Pat.). In den Praxen P<sub>3</sub>, P<sub>4</sub>, P<sub>5</sub> und P<sub>7</sub> macht kein Patient diese Angabe. Keinen telephonischen Kontakt hätten in Praxis P<sub>1</sub> 20% (19 Pat.), in P<sub>3</sub> 11% (9 Pat.), in P<sub>4</sub> 22% (10 Pat.), in P<sub>5</sub> 17% (5 Pat.), in P<sub>6</sub> 20% (19 Pat.), in P<sub>7</sub> 6% (2 Pat.), in P<sub>8</sub> 16% (8 Pat.) und in P<sub>9</sub> 12% (12 Pat.) gehabt.

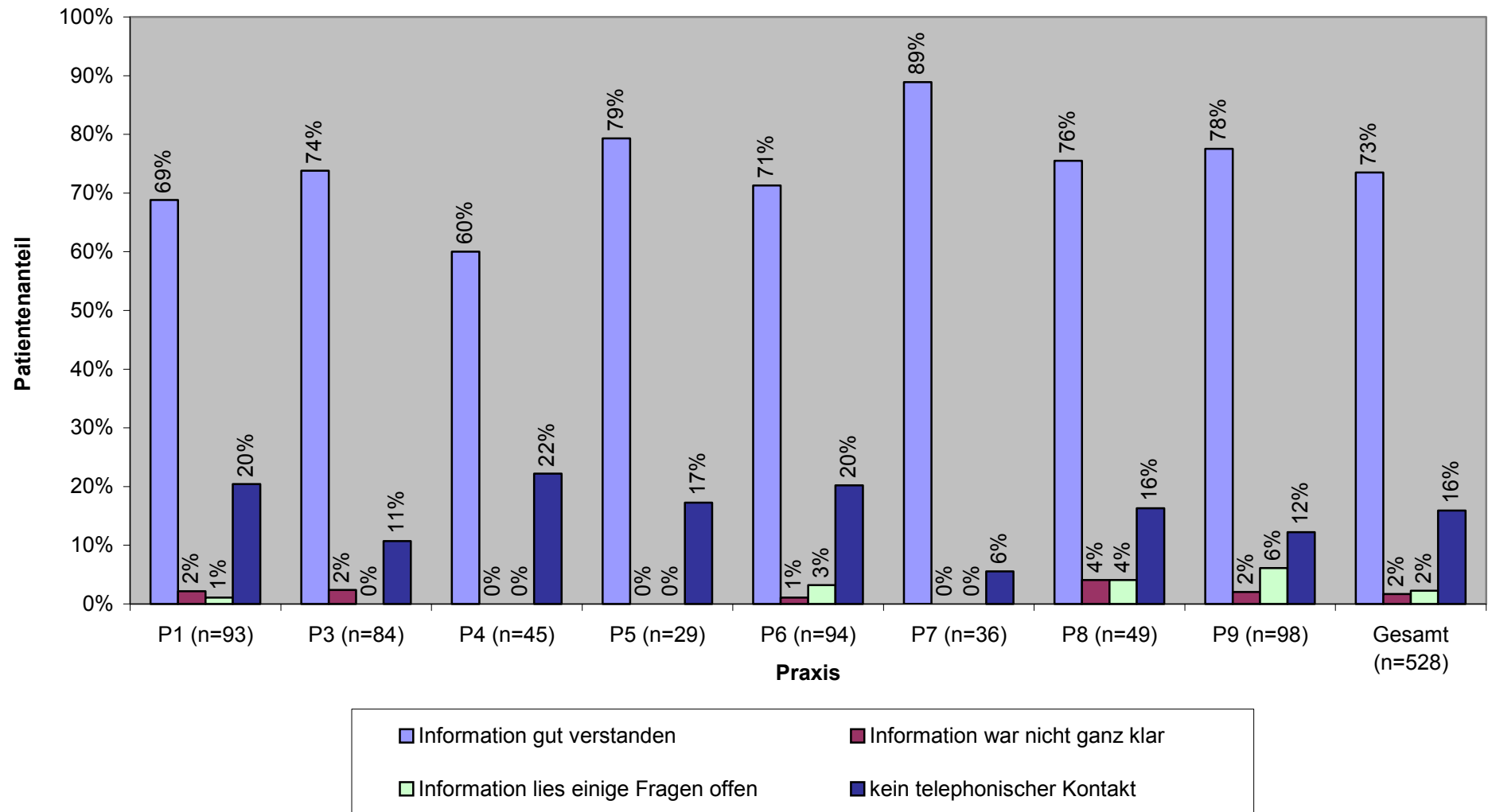


Abb. 13: Häufigkeitsverteilung des Verständnisses der Information am Telefon durch die Patienten (n=528)

Wenn sie in der Praxis anrufen und die **Telephone belegt** sind, wollen 55% (289 Pat.) der Patienten ein Besetztzeichen hören und später noch einmal anrufen (s. Abb. 14). 30% (159 Pat.) wollen warten bis ihr Anruf entgegen genommen werden kann.

In Praxis P<sub>1</sub> wollen 53% (49 Pat.), in P<sub>3</sub> 61% (51 Pat.), in P<sub>4</sub> 56% (25 Pat.), in P<sub>5</sub> 55% (16 Pat.), in P<sub>6</sub> 59% (55 Pat.), in P<sub>7</sub> 53% (19 Pat.), in P<sub>8</sub> 45% (22 Pat.) und in P<sub>9</sub> 53% (52 Pat.) das Besetztzeichen hören. Warten bis ihr Anruf entgegen genommen werden kann, wollen in Praxis P<sub>1</sub> 32% (30 Pat.), in P<sub>3</sub> 26% (22 Pat.), in P<sub>4</sub> 22% (10 Pat.), in P<sub>5</sub> 28% (8 Pat.), in P<sub>6</sub> 30% (28 Pat.), in P<sub>7</sub> 44% (16 Pat.), in P<sub>8</sub> 33% (16 Pat.) und in P<sub>9</sub> 30% (29 Pat.).



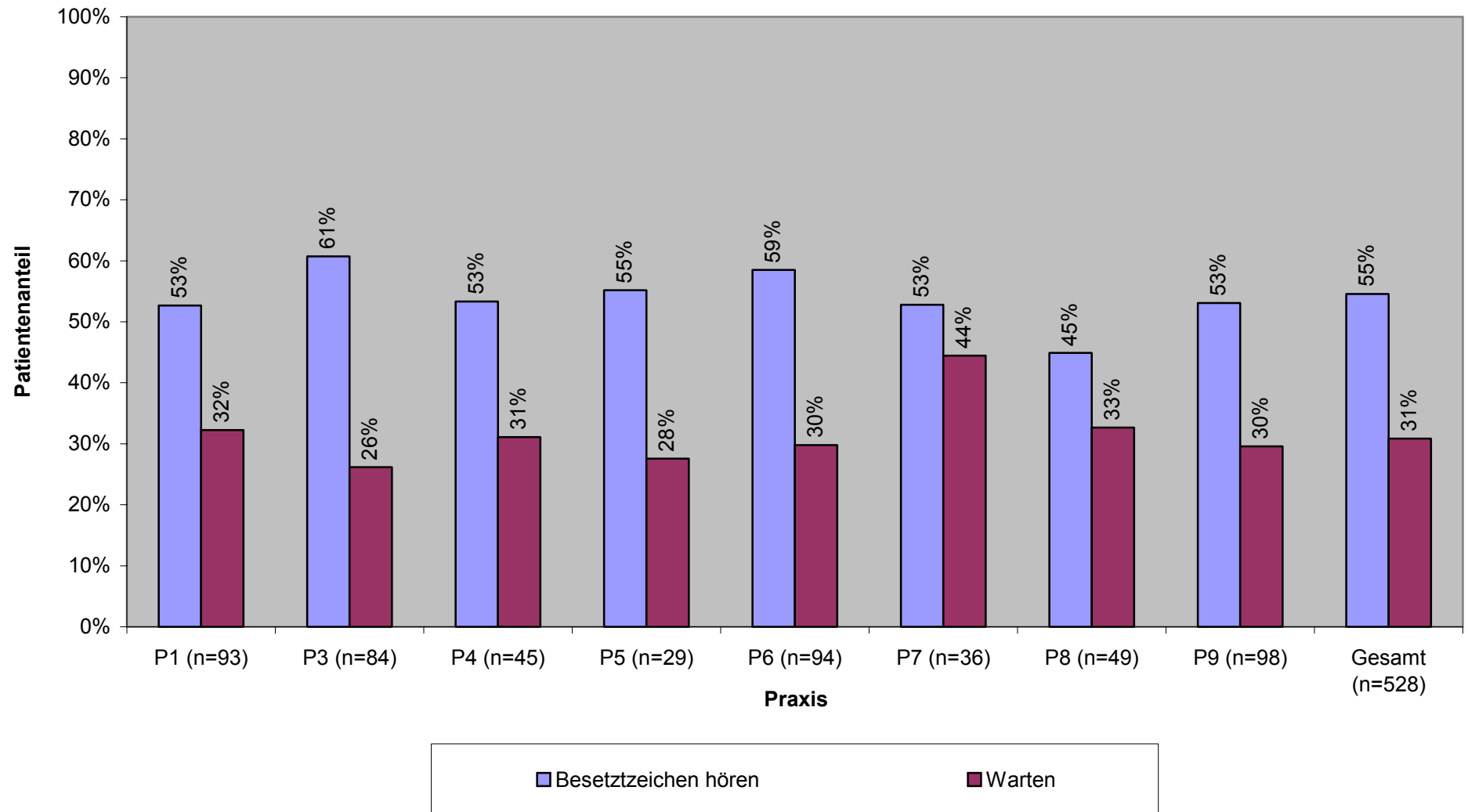


Abb. 14: Häufigkeitsverteilung der Patientenwünsche, wenn sie bei besetzten Telefonen in der Praxis anrufen (n=528)

Diejenigen Patienten, die am Telephon lieber warten wollen als das Besetztzeichen zu hören, geben teilweise eine Zeitangabe an, wie lange sie warten wollen (s. Tab. 11, Abb. 15). Dies betrifft jedoch in allen Praxen insgesamt nur 119 Patienten, also 22,5% aller Patienten.

In Praxis P<sub>1</sub> machen 24% (22 Pat.), in P<sub>3</sub> 19% (16 Pat.), in P<sub>4</sub> 13% (6 Pat.), in P<sub>5</sub> 31% (9 Pat.), in P<sub>6</sub> 31% (29 Pat.), in P<sub>7</sub> 33% (12 Pat.), in P<sub>8</sub> 29% (14 Pat.) und in P<sub>9</sub> 11% (11 Pat.) Angaben, wie lange sie warten wollen. Aufgrund dieser geringen Anzahl von Angaben ergäbe sich bei der Darstellung der Patientenangaben der einzelnen Praxen in einem Diagramm ein falsches Bild. Denn durch kleine Änderungen der Patientenzahl käme es zu unverhältnismäßig großen Änderungen der Prozentwerte. Deshalb sind an dieser Stelle nur die absoluten Zahlen der einzelnen Praxen angegeben (s. Tab. 11). Im Diagramm (s. Abb. 15) wurde als Ergebnis nur das Gesamtergebnis aller Praxen dargestellt.

Insgesamt wollen 17% (20 Pat.) der Patienten bis zu einer Minute, 42% (50 Pat.) bis zu zwei Minuten, 22% (26 Pat.) bis zu drei Minuten, jeweils 8% (10 Pat.) bis zu vier bzw. fünf Minuten und 2,5% (3 Pat.) sogar über fünf Minuten auf die Annahme ihres Anrufes warten.

Die Ergebnisse der einzelnen Praxen lauten wie folgt: Bis zu einer Minute warten wollen in den Praxen P<sub>1</sub> und P<sub>3</sub> jeweils drei Patienten, in P<sub>4</sub> wolle dies kein Patient, in P<sub>5</sub> wollen dies zwei und in P<sub>6</sub> vier Patienten. In P<sub>7</sub> ist es ein Patient, in P<sub>8</sub> drei und in P<sub>9</sub> vier Patienten. Bis zu zwei Minuten wollen in Praxis P<sub>1</sub> sechs, in P<sub>3</sub> fünf, in P<sub>4</sub> zwei, in P<sub>5</sub> sieben, in P<sub>6</sub> 20, in P<sub>7</sub> zwei, in P<sub>8</sub> sechs und in P<sub>9</sub> zwei Patienten warten. Bis zu drei Minuten Wartezeit nehmen in Praxis P<sub>1</sub> acht, in P<sub>3</sub> zwei und in P<sub>4</sub> drei Patienten in Kauf. In P<sub>5</sub> und P<sub>6</sub> will dies keiner und in P<sub>7</sub> acht Patienten. In P<sub>8</sub> wollen es zwei und in P<sub>9</sub> drei Patienten. Eine Wartezeit von bis zu vier Minuten akzeptiert in den Praxen P<sub>1</sub>, P<sub>4</sub>, P<sub>5</sub> und P<sub>7</sub> kein Patient, in P<sub>8</sub> und P<sub>9</sub> ein Patient, in P<sub>3</sub> drei und in P<sub>6</sub> fünf Patienten. Fünf Minuten als längste Wartezeit akzeptieren in Praxis P<sub>1</sub> vier, in P<sub>3</sub> drei Patienten und in P<sub>4</sub>, P<sub>7</sub> und P<sub>8</sub> ein Patient. In P<sub>5</sub>, P<sub>6</sub> und P<sub>9</sub> will dies kein Patient

akzeptieren. Sogar über fünf Minuten am Telephone warten würde in den Praxen P<sub>1</sub>, P<sub>8</sub> und P<sub>9</sub> je ein Patient. In allen anderen Praxen will kein Patient so lange warten.

akzeptierte Wartezeit	Patientenanzahl aus Praxis								
	P <sub>1</sub>	P <sub>3</sub>	P <sub>4</sub>	P <sub>5</sub>	P <sub>6</sub>	P <sub>7</sub>	P <sub>8</sub>	P <sub>9</sub>	Gesamt
bis zu 1 Minute	3	3	0	2	4	1	3	4	20
bis zu 2 Minuten	6	5	2	7	20	2	6	2	50
bis zu 3 Minuten	8	2	3	0	0	8	2	3	26
bis zu 4 Minuten	0	3	0	0	5	0	1	1	10
bis zu 5 Minuten	4	3	1	0	0	1	1	0	10
über 5 Minuten	1	0	0	0	0	0	1	1	3

Tab. 11: Häufigkeitsverteilung der akzeptierten Wartezeit bei besetzten Telefonen bis der Anruf entgegen genommen werden kann (n=528), sortiert nach Praxen

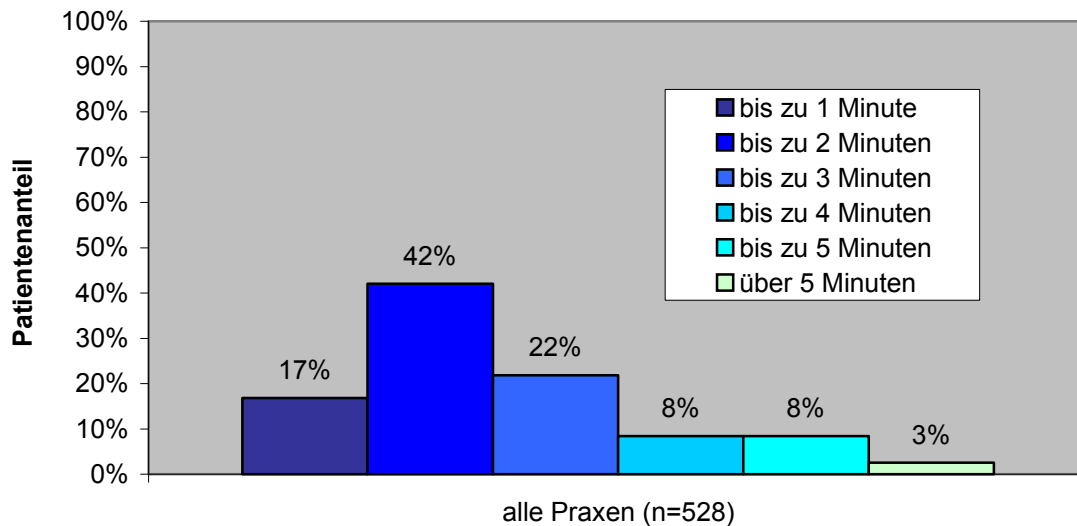


Abb. 15: Häufigkeitsverteilung der akzeptierten Wartezeit bei besetzten Telefonen bis der Anruf entgegen genommen werden kann, bezogen auf die Patienten aller Praxen (n=528)

Die Patienten sollen als nächstes angeben, ob ihnen die **Telephone zu oft besetzt** seien (s. Abb. 16) und ob sie ihren **Rezeptwunsch** gerne zu jeder Zeit **auf einen Anrufbeantworter** unter einer gesonderten Nummer sprechen **oder als Fax** senden wollen (s. Abb. 17). Von allen Patienten ist 13% (69 Pat.) das Telephone zu häufig besetzt. 28% (146 Pat.) wollen gerne ihren Rezeptwunsch auf einen Anrufbeantworter sprechen und 14% (76 Pat.) würden Rezepte gerne per Fax anfordern.

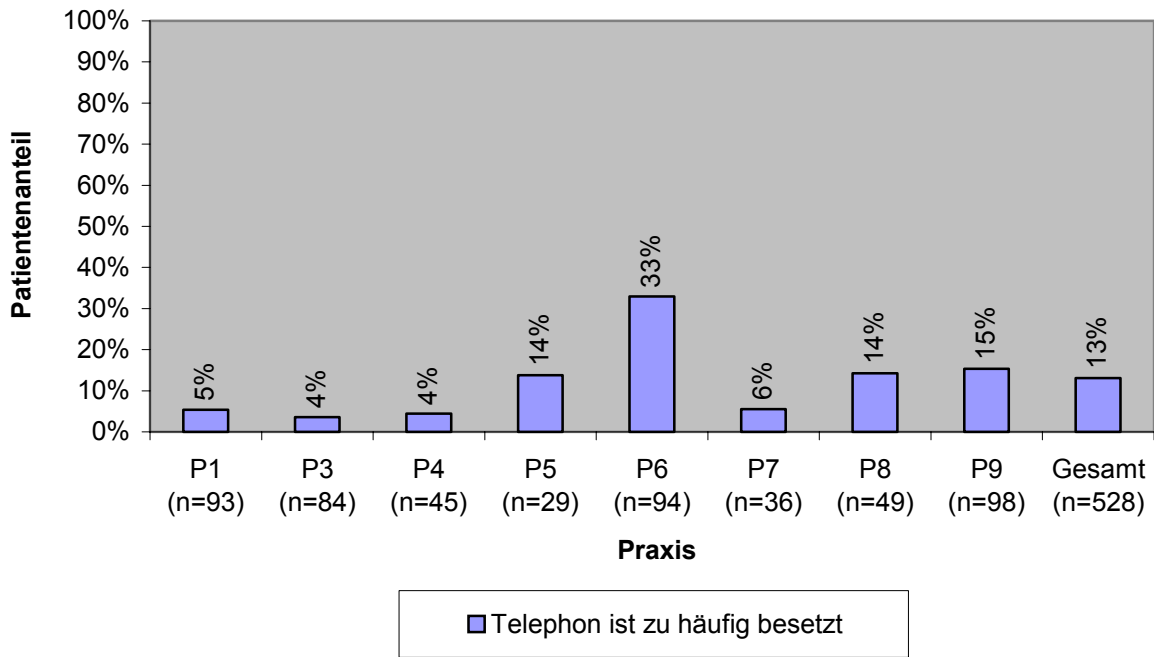


Abb. 16: Patientenanteil, der der Ansicht ist, die Telephone seien zu häufig besetzt (n=528)

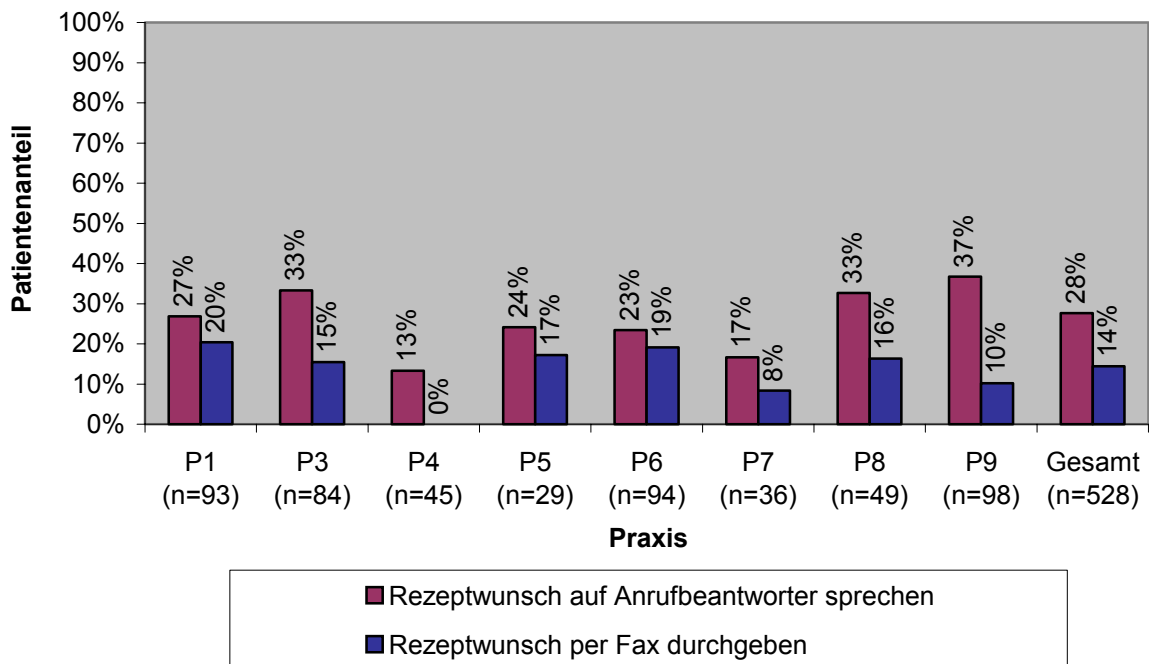


Abb. 17: Häufigkeitsverteilung der Patientenwünsche, ihren Rezeptwunsch auf einen Anrufbeantworter aufzusprechen bzw. per Fax durchzugeben (n=528)

In Praxis P<sub>1</sub> sind für 5% (5 Pat.), in P<sub>3</sub> 4% (3 Pat.), in P<sub>4</sub> 4% (2 Pat.), in P<sub>5</sub> 14% (4 Pat.), in P<sub>6</sub> 33,0% (31 Pat.), in P<sub>7</sub> 6% (2 Pat.), in P<sub>8</sub> 14% (7 Pat.) und in P<sub>9</sub> 15% (15 Pat.) der Patienten die Telephone zu häufig besetzt. Ihren Rezeptwunsch auf einen Anrufbeantworter sprechen wollen in Praxis P<sub>1</sub> 27% (25 Pat.), in P<sub>3</sub> 33% (28 Pat.), in P<sub>4</sub> 13% (6 Pat.), in P<sub>5</sub> 24% (7 Pat.), in P<sub>6</sub> 23% (31 Pat.), in P<sub>7</sub> 17% (6 Pat.), in P<sub>8</sub> 33%

(16 Pat.) und in P<sub>9</sub> 37% (36 Pat.). Per Telefax wollen in Praxis P<sub>1</sub> 20% (19 Pat.), in P<sub>3</sub> 16% (13 Pat.), in P<sub>4</sub> 0% (0 Pat.), in P<sub>5</sub> 17% (5 Pat.), in P<sub>6</sub> 19% (18 Pat.), in P<sub>7</sub> 8% (3 Pat.), in P<sub>8</sub> 16% (8 Pat.) und in P<sub>9</sub> 10% (10 Pat.) ihren Rezeptwunsch senden.

Auf die Frage „**Wie werden Sie in unserer Praxis empfangen?**“ (s. Abb. 18) antworten von allen Patienten 64% (336 Pat.) sie würden „sehr freundlich“ empfangen werden, 35% (185 Pat.) fühlen sich „freundlich“ empfangen, 2,5% (13 Pat.) halten den Empfang für „eher weniger freundlich“.

„Sehr freundlich“ empfangen worden seien in Praxis P<sub>1</sub> 83% (77 Pat.), in P<sub>3</sub> 41% (34 Pat.), in P<sub>4</sub> 67% (30 Pat.), in P<sub>5</sub> 62% (18 Pat.), in P<sub>6</sub> 62% (58 Pat.), in P<sub>7</sub> 83% (30 Pat.), in P<sub>8</sub> 53% (26 Pat.) und in P<sub>9</sub> 64% (63 Pat.). Als „freundlich“ empfinden den Empfang in Praxis P<sub>1</sub> 18% (17 Pat.), in P<sub>3</sub> 54% (45 Pat.), in P<sub>4</sub> 29% (13 Pat.), in P<sub>5</sub> 31% (9 Pat.), in P<sub>6</sub> 45% (42 Pat.), in P<sub>7</sub> 11% (4 Pat.), in P<sub>8</sub> 49% (24 Pat.) und in P<sub>9</sub> 32% (31 Pat.). Dass sie „eher weniger freundlich“ empfangen worden seien, gibt in den Praxen P<sub>1</sub>, P<sub>4</sub> und P<sub>7</sub> kein Patient an. In Praxis P<sub>3</sub> geben das 5% (4 Pat.), in P<sub>5</sub> 3% (1 Pat.), in P<sub>6</sub> 2% (2 Pat.), in P<sub>8</sub> 4% (2 Pat.) und in P<sub>9</sub> 4% (4 Pat.) an. Zu doppelten Angaben kommt es in den Praxen P<sub>1</sub>, P<sub>6</sub> und P<sub>8</sub>. In Praxis P<sub>1</sub> machen 1% (1 Pat.), in P<sub>6</sub> 9% (8 Pat.) und in P<sub>8</sub> 6% (3 Pat.) doppelte Angaben.

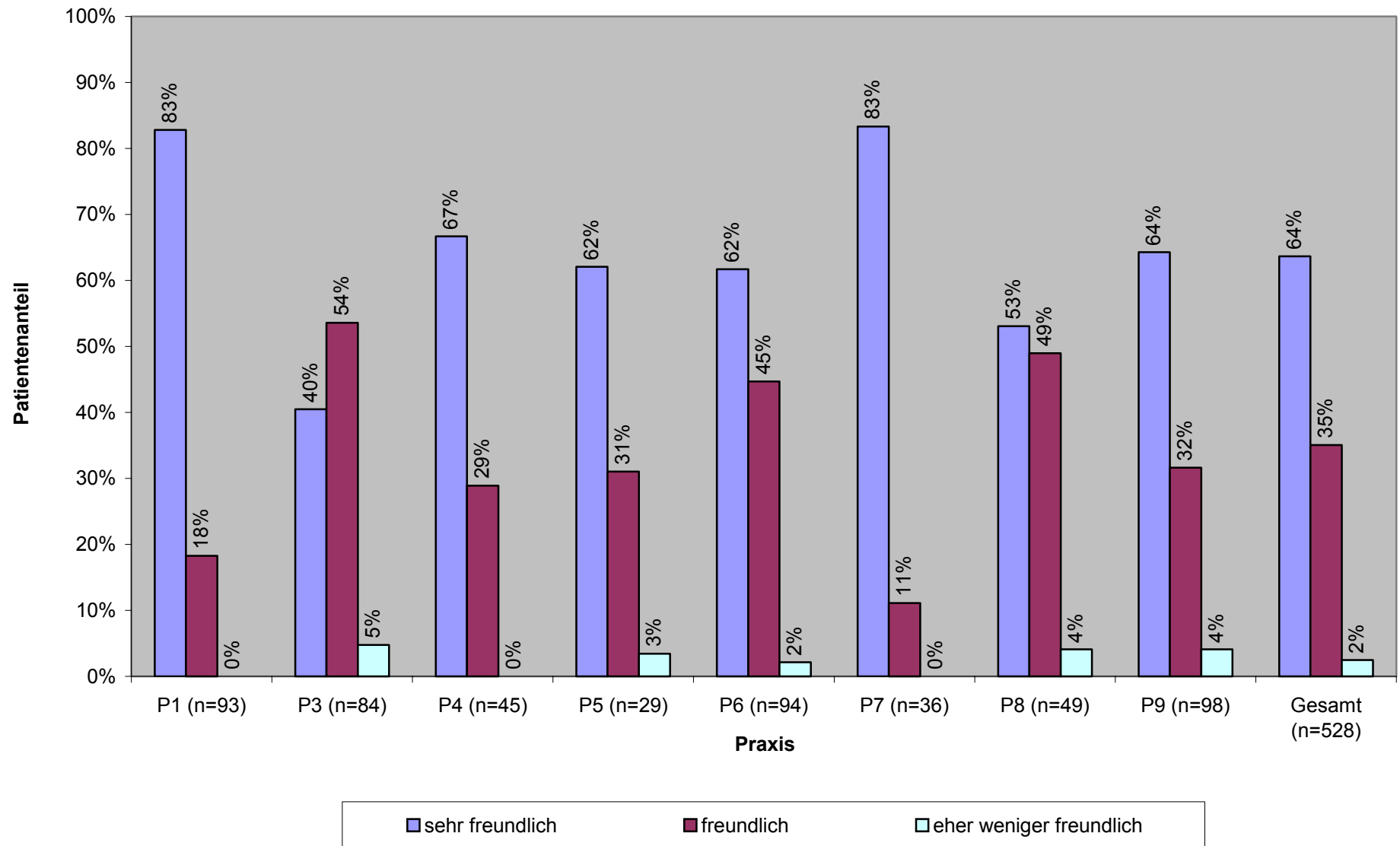


Abb. 18: Häufigkeitsverteilung des Patientenempfindens bezüglich der Freundlichkeit des Empfangs in den Praxen (n=528)

Bei der Frage nach dem **Umgang der Mitarbeiter mit Patientenfragen und Anliegen** (s. Abb. 19) kommt es zu folgenden Ergebnissen: Von allen  $n_{Ges}=528$  Patienten geben 88% (467 Pat.) an, die Mitarbeiter hörten ihnen zu und halfen gerne, 7% (37 Pat.) würden an andere verwiesen, die ihnen weiterhelfen könnten, 2% (12 Pat.) würden häufig getröstet und 2% (9 Pat.) geben an, es würde ihnen nicht wirklich geholfen.

Dass die Mitarbeiter in Praxis  $P_1$  ihnen zuhörten und gerne halfen, meinen 91% (85 Pat.) der Patienten dieser Praxis, dass dies in Praxis  $P_3$  auch so sei, meinen 87% (73 Pat.), in  $P_4$  sind 89% (40 Pat.) der Meinung, ihnen hörten die Mitarbeiter zu und halfen gerne, in  $P_5$  90% (26 Pat.), in  $P_6$  87% (82 Pat.), in  $P_7$  100% (36 Pat.), in  $P_8$  84% (41 Pat.) und in  $P_9$  86% (84 Pat.). An andere Mitarbeiter verwiesen, die ihnen helfen könnten, fühlen sich in Praxis  $P_1$  5% (5 Pat.), in  $P_3$  4% (3 Pat.), in  $P_4$  11% (5 Pat.), in  $P_5$  10% (3 Pat.), in  $P_6$  11% (10 Pat.), in  $P_7$  6% (2 Pat.), in  $P_8$  4% (2 Pat.) und in  $P_9$  7% (7 Pat.) der Patienten. Häufig getröstet fühle sich in den Praxen  $P_1$ ,  $P_4$ ,  $P_5$  und  $P_7$  kein Patient. In Praxis  $P_3$  meinen 5% (4 Pat.) der Patienten, sie würden häufig getröstet, in  $P_6$  meinen dies 2% (2 Pat.), in  $P_8$  8% (4 Pat.) und in  $P_9$  2% (2 Pat.). Nicht wirklich geholfen werde in den Praxen  $P_4$  und  $P_7$  keinem Patienten. In Praxis  $P_1$  sind 1% (1 Pat.), in  $P_3$  2% (2 Pat.), in  $P_5$  3% (1 Pat.), in  $P_6$  1% (1 Pat.), in  $P_8$  6% (3 Pat.) und in  $P_9$  1% (1 Pat.) dieser Meinung.

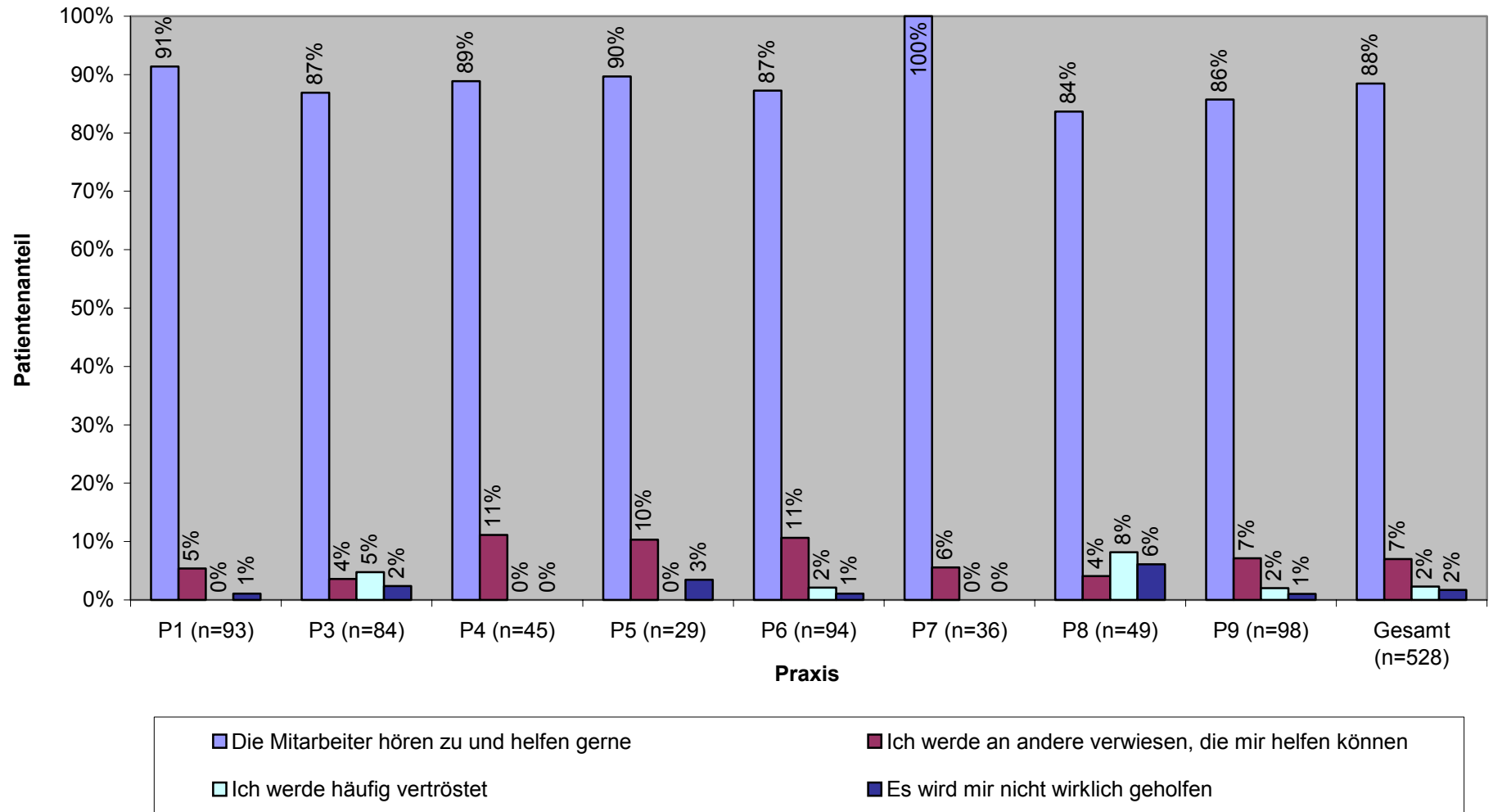
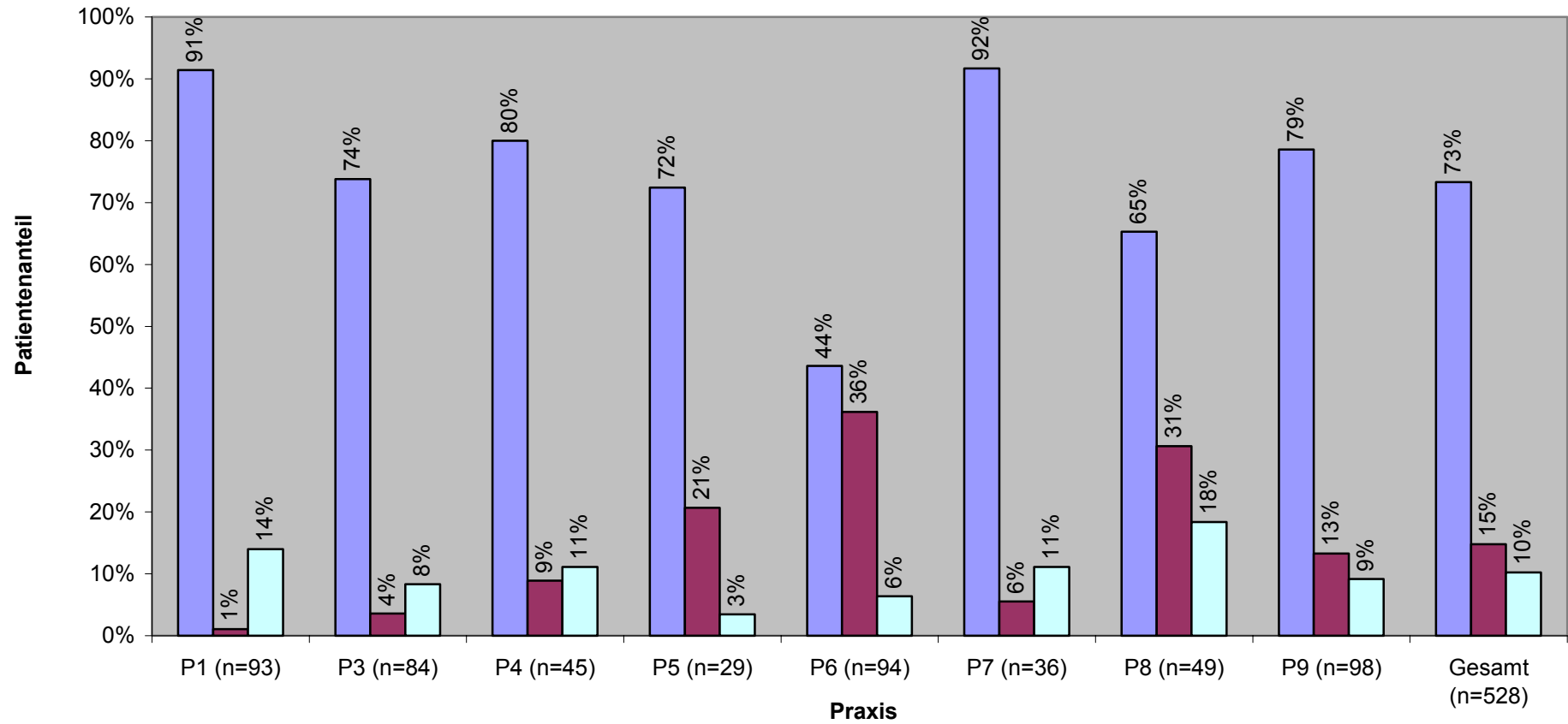


Abb. 19: Häufigkeitsverteilung der Patientenmeinung bezüglich der Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter (n=528)



Von allen Patienten empfinden 73% (387 Pat.) die **Atmosphäre an der Anmeldung** (s. Abb. 20) als angenehm und ihren Wünschen entsprechend. 15% (78 Pat.) ist sie zu unruhig oder hektisch. Für 10% (54 Pat.) bietet der Anmeldebereich ausreichend Platz.

In Praxis P<sub>1</sub> geben 91% (85 Pat.) an, die Atmosphäre sei angenehm und ihren Wünschen entsprechend, in P<sub>3</sub> geben dies 74% (62 Pat.) an, in P<sub>4</sub> 80% (36 Pat.), in P<sub>5</sub> 72% (21 Pat.), in P<sub>6</sub> 44% (41 Pat.), in P<sub>7</sub> 92% (33 Pat.), in P<sub>8</sub> 65% (32 Pat.) und in P<sub>9</sub> 79% (77 Pat.). Als „zu unruhig oder hektisch“ empfinden die Atmosphäre an der Anmeldung in Praxis P<sub>1</sub> 1% (1 Pat.), in P<sub>3</sub> 4% (3 Pat.), in P<sub>4</sub> 9% (4 Pat.), in P<sub>5</sub> 21% (6 Pat.), in P<sub>6</sub> 36% (34 Pat.), in P<sub>7</sub> 6% (2 Pat.), in P<sub>8</sub> 31% (15 Pat.) und in P<sub>9</sub> 13% (13 Pat.). Der Anmeldebereich biete ausreichend Platz, meinen in Praxis P<sub>1</sub> 14% (13 Pat.), in P<sub>3</sub> 8% (7 Pat.), in P<sub>4</sub> 11% (5 Pat.), in P<sub>5</sub> 3% (1 Pat.), in P<sub>6</sub> 6% (6 Pat.), in P<sub>7</sub> 11% (4 Pat.), in P<sub>8</sub> 18% (9 Pat.) und in P<sub>9</sub> 9% (9 Pat.).



Die Atmosphäre an der Anmeldung ...

- ... ist angenehm und entspricht meinen Wünschen
- ... ist mir zu unruhig oder hektisch
- ... bietet ausreichenden Platz

Abb. 20: Häufigkeitsverteilung der Patientenmeinung über die Atmosphäre an der Anmeldung ihrer Praxis (n=528)

Die **Patientenbetreuung durch die Mitarbeiter** (s. Abb. 21) halten von den  $n_{\text{Ges}}=528$  Patienten 82% (433 Pat.) für „aufgeschlossen und freundlich“. „Einen fachlich guten Eindruck“ macht sie auf 49% (261 Pat.). 3% (17 Pat.) erscheint sie „manchmal unsicher“. 6% (31 Pat.) meinen, sie sei „eher hektisch“. Für 21% (112 Pat.) ermögliche sie „ein vertrauliches Gespräch“.

Als „aufgeschlossen und freundlich“ empfinden in Praxis  $P_1$  88% (82 Pat.) die Patientenbetreuung durch die Mitarbeiter, in  $P_3$  sind 74% (62 Pat.) dieser Meinung, in  $P_4$  89% (40 Pat.), in  $P_5$  79% (23 Pat.), in  $P_6$  82% (77 Pat.), in  $P_7$  86% (31 Pat.), in  $P_8$  78% (38 Pat.) und in  $P_9$  82% (80 Pat.). „Einen fachlich guten Eindruck“ macht die Betreuung in Praxis  $P_1$  auf 57% (53 Pat.), in  $P_3$  auf 43% (36 Pat.), in  $P_4$  auf 44% (20 Pat.), in  $P_5$  auf 52% (15 Pat.), in  $P_6$  auf 44% (41 Pat.), in  $P_7$  auf 75% (27 Pat.), in  $P_8$  auf 45% (22 Pat.) und in  $P_9$  auf 48% (47 Pat.). „Manchmal unsicher“ erscheint die Betreuung in Praxis  $P_1$  2% (2 Pat.) der Patienten, in  $P_3$  2% (2 Pat.), in  $P_4$  2% (1 Pat.), in  $P_5$  10% (3 Pat.), in  $P_6$  2% (2 Pat.), in  $P_7$  keinem Patienten, in  $P_8$  4% (2 Pat.) und in  $P_9$  5% (5 Pat.). Für „eher hektisch“ halten die Betreuung in Praxis  $P_1$  1% (1 Pat.), in  $P_3$  2% (2 Pat.), in  $P_4$  kein Patient, in  $P_5$  7% (2 Pat.), in  $P_6$  12% (11 Pat.), in  $P_7$  kein Patient, in  $P_8$  14% (7 Pat.) und in  $P_9$  8% (8 Pat.). Dass die Patientenbetreuung „ein vertrauliches Gespräch“ ermögliche, meinen in Praxis  $P_1$  25% (23 Pat.), in  $P_3$  18% (15 Pat.), in  $P_4$  27% (12 Pat.), in  $P_5$  17% (5 Pat.), in  $P_6$  20% (19 Pat.), in  $P_7$  22% (8 Pat.), in  $P_8$  25% (12 Pat.) und in  $P_9$  18% (18 Pat.).

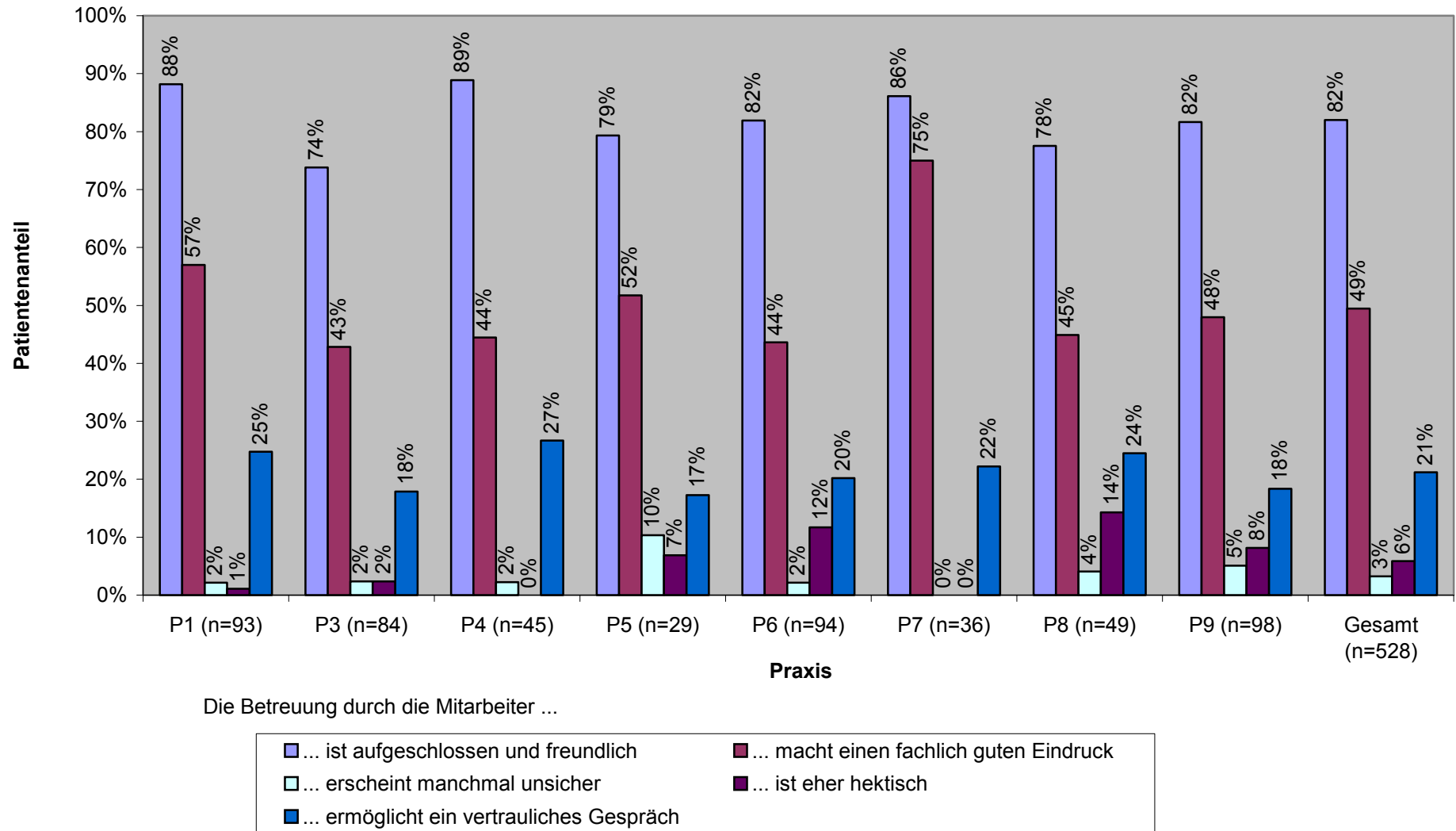


Abb. 21: Häufigkeitsverteilung der Patientenansicht über die Betreuung durch die Mitarbeiter (n=528)

Von allen Patienten geben 66% (350 Pat.) an: „**Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter** (s. Abb. 22) zeigt ein gutes Betriebsklima in der Praxis.“ 48% (251 Pat.) meinen: „Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter ist gut organisiert und abgestimmt.“ 8% (41 Pat.) glauben, die Mitarbeiter seien „überlastet“ und 32% (171 Pat.) sind der Ansicht, die Mitarbeiter hätten „Spaß an ihrer Aufgabe“.

Dass die Zusammenarbeit der Mitarbeiter „ein gutes Betriebsklima“ zeige, finden in Praxis P<sub>1</sub> 79% (73 Pat.), in P<sub>3</sub> 48% (40 Pat.), in P<sub>4</sub> 69% (31 Pat.), in P<sub>5</sub> 55% (16 Pat.), in P<sub>6</sub> 76% (71 Pat.), in P<sub>7</sub> 81% (29 Pat.), in P<sub>8</sub> 65% (32 Pat.) und in P<sub>9</sub> 59% (58 Pat.). In Praxis P<sub>1</sub> meinen 47% (44 Pat.), dass die Zusammenarbeit der Mitarbeiter „gut organisiert und abgestimmt“ sei, in P<sub>3</sub> sind 50% (42 Pat.) dieser Meinung, in P<sub>4</sub> 51% (23 Pat.), in P<sub>5</sub> 45% (13 Pat.), in P<sub>6</sub> 44% (41 Pat.), in P<sub>7</sub> 61% (22 Pat.), in P<sub>8</sub> 37% (18 Pat.) und in P<sub>9</sub> 49% (48 Pat.). „Die Mitarbeiter sind überlastet.“ geben in Praxis P<sub>1</sub> 2% (2 Pat.), in P<sub>3</sub> 2% (2 Pat.), in P<sub>4</sub> 2% (1 Pat.), in P<sub>5</sub> 14% (4 Pat.), in P<sub>6</sub> 14% (13 Pat.), in P<sub>7</sub> 3% (1 Pat.), in P<sub>8</sub> 14% (7 Pat.) und in P<sub>9</sub> 11% (11 Pat.) an. In Praxis P<sub>1</sub> glauben 44% (41 Pat.), die Mitarbeiter hätten „Spaß an ihrer Aufgabe“. In P<sub>3</sub> glauben dies 16% (13 Pat.), in P<sub>4</sub> 36% (16 Pat.), in P<sub>5</sub> 35% (10 Pat.), in P<sub>6</sub> 38% (36 Pat.), in P<sub>7</sub> 50% (18 Pat.), in P<sub>8</sub> 25% (12 Pat.) und in P<sub>9</sub> 26% (25 Pat.).

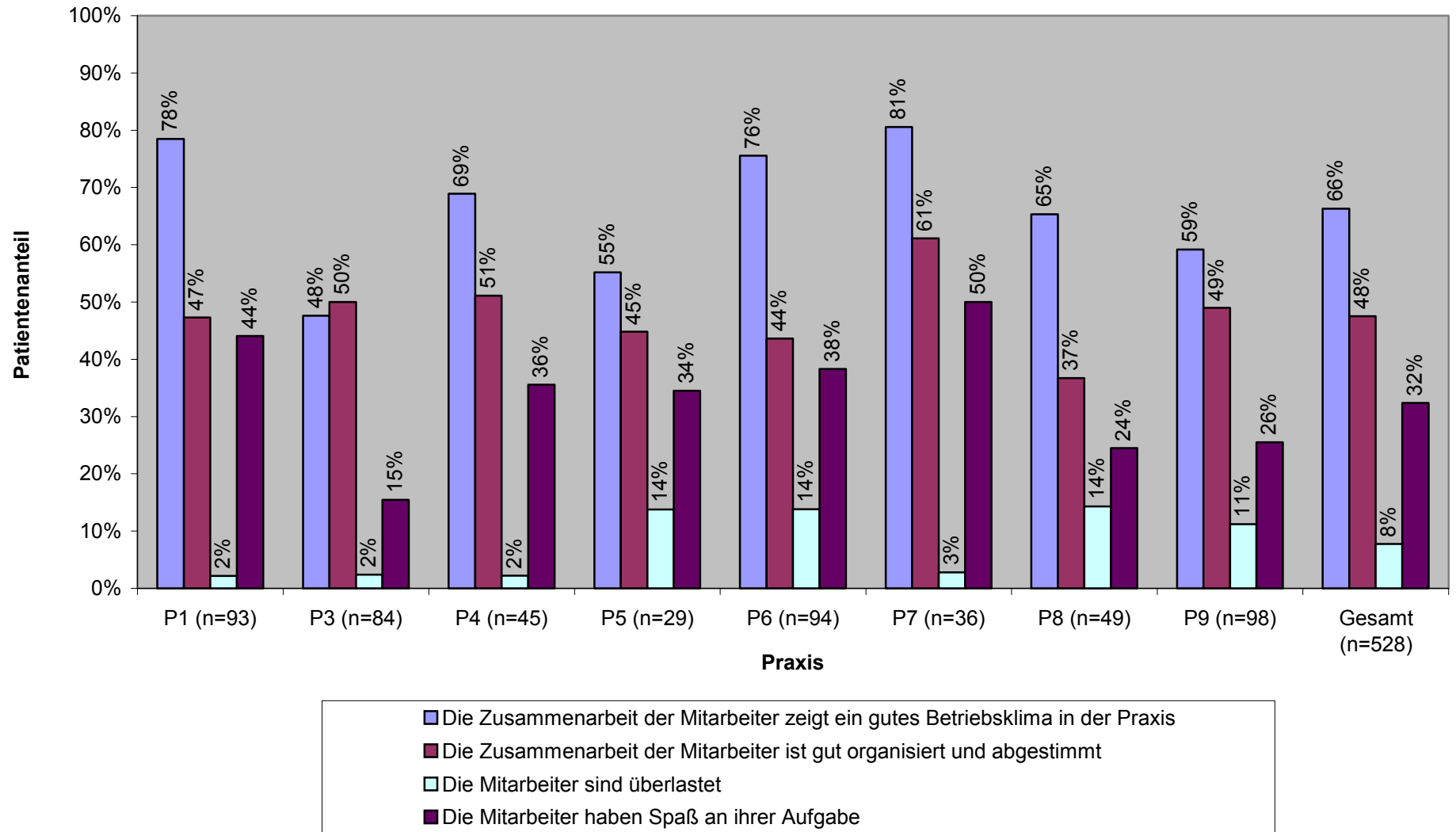
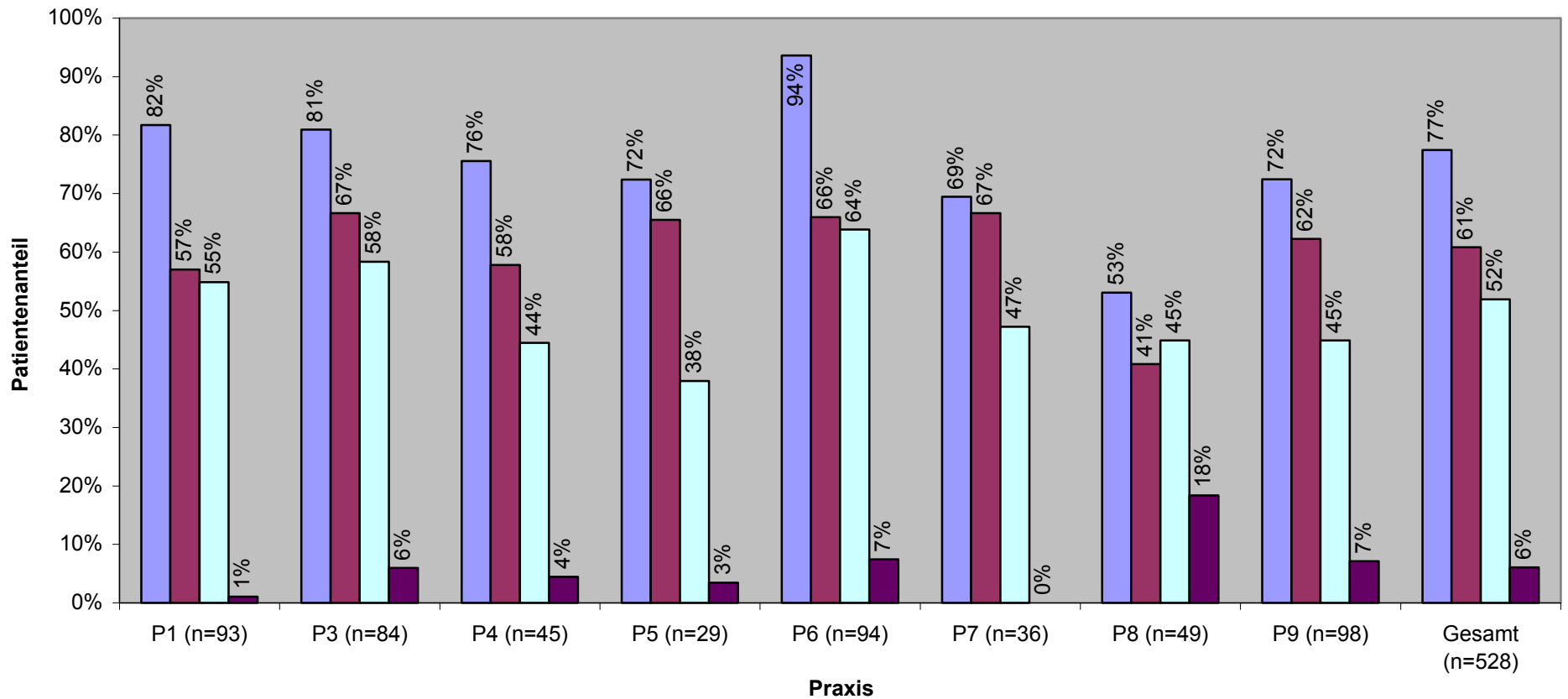


Abb. 22: Häufigkeitsverteilung der Patientenmeinung bezüglich der Zusammenarbeit der Mitarbeiter (n=528)

Von den  $n_{\text{Ges}}=528$  Patienten geben 78% (409 Pat.) der Patienten an, dass sie **bei den Gesprächen mit ihrem Arzt** (s. Abb. 23) „immer alles ansprechen“ könnten, „was ihnen wichtig“ sei. 61% (321 Pat.) haben „auch das Gefühl, verstanden zu werden“. 52% (274 Pat.) fühlen sich „gut über ihr Anliegen informiert“ und 6% (32 Pat.) fühlen sich „manchmal überfordert“ oder verstünden „nicht alles“.

In Praxis  $P_1$  meinen 82% (76 Pat.) der Patienten, sie könnten bei den Gesprächen mit ihrem Arzt „immer alles ansprechen, was ihnen wichtig“ sei, in  $P_3$  meinen dies 81% (68 Pat.), in  $P_4$  76% (34 Pat.), in  $P_5$  72% (21 Pat.), in  $P_6$  94% (88 Pat.), in  $P_7$  69% (25 Pat.), in  $P_8$  53% (26 Pat.) und in  $P_9$  72% (71 Pat.). „Das Gefühl, auch verstanden zu werden“ haben in Praxis  $P_1$  57% (53 Pat.), in  $P_3$  77% (56 Pat.), in  $P_4$  58% (26 Pat.), in  $P_5$  66% (19 Pat.), in  $P_6$  66% (62 Pat.), in  $P_7$  67% (24 Pat.), in  $P_8$  41% (20 Pat.) und in  $P_9$  62% (61 Pat.). Dass sie sich „gut über ihr Anliegen informiert“ fühlen, geben in Praxis  $P_1$  55% (51 Pat.), in  $P_3$  58% (49 Pat.), in  $P_4$  44% (20 Pat.), in  $P_5$  38% (11 Pat.), in  $P_6$  64% (60 Pat.), in  $P_7$  47% (17 Pat.), in  $P_8$  45% (22 Pat.) und in  $P_9$  45% (44 Pat.) der Patienten an. In Praxis  $P_1$  fühlen sich 1% (1 Pat.) der Patienten „manchmal überfordert“ oder verstünden „ nicht alles“, in  $P_3$  sind dies 6% (5 Pat.), in  $P_4$  4% (2 Pat.), in  $P_5$  3% (1 Pat.), in  $P_6$  7% (7 Pat.), in  $P_7$  kein Patient, in  $P_8$  18% (9 Pat.) und in  $P_9$  7% (7 Pat.).



Bei den Gesprächen mit dem Arzt ...

- ... kann ich immer alles ansprechen, was mir wichtig ist.
- ... habe ich auch das Gefühl, verstanden zu werden.
- ... fühle ich mich gut über mein Anliegen informiert.
- ... fühle ich mich manchmal überfordert oder verstehe nicht alles

Abb. 23: Häufigkeitsverteilung der Patientenmeinung über die kommunikative Qualität des Arztgespräch (n=528)

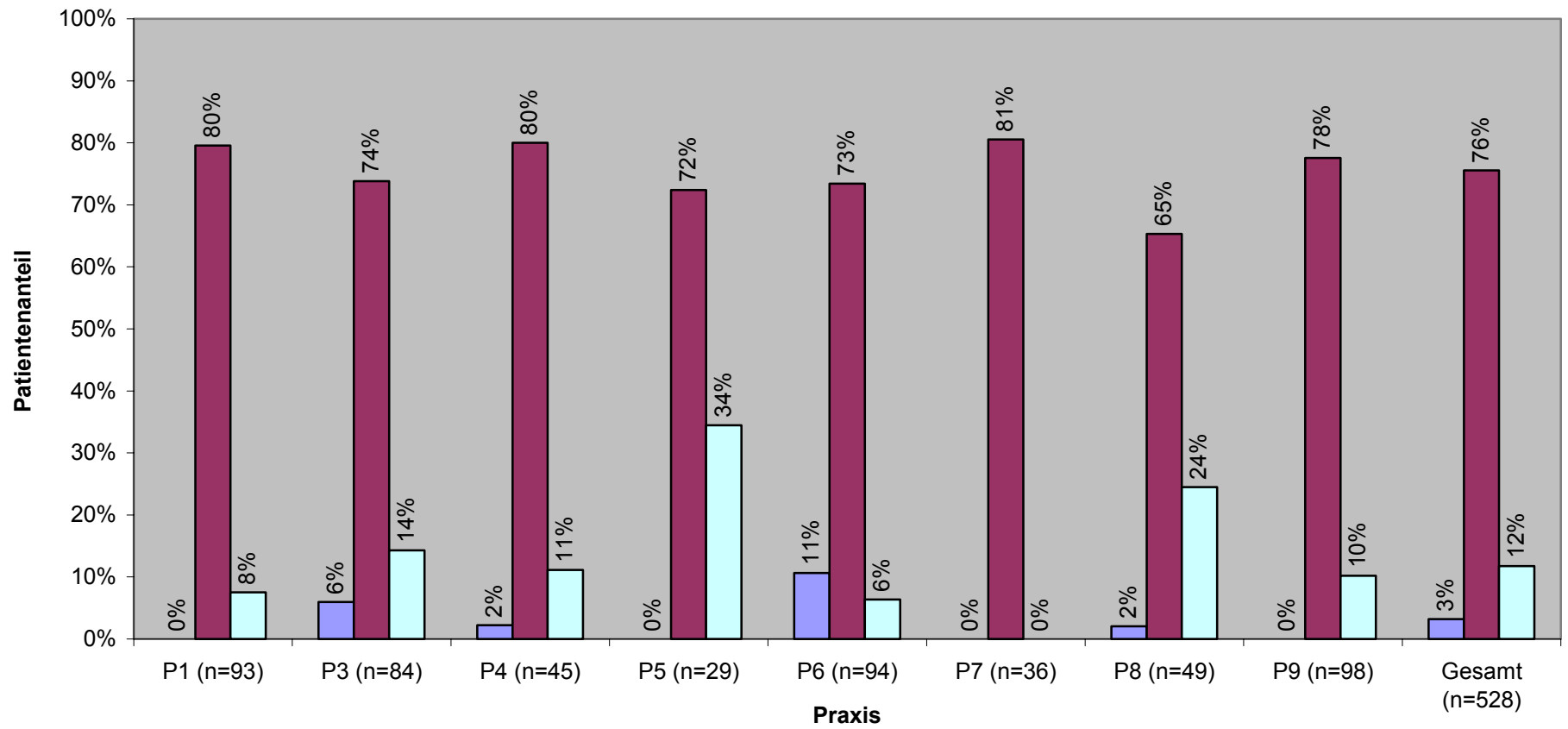


Die **Dauer der Arztgespräche** (s. Abb. 24) ist von den  $n_{\text{Ges}}=528$  Patienten aller Praxen 3% (17 Pat.) „zu lang“. Für 76% (399 Pat.) der Patienten sind die Arztgespräche „lang genug, um alles wichtige (...) zu klären“ und für 12% (62 Pat.) seien sie „zu kurz“.

In den Praxen  $P_1$ ,  $P_5$  und  $P_7$  halten keine Patienten das Arztgespräch für „zu lang“. In Praxis  $P_3$  sind für 6% (5 Pat.) die Gespräche „zu lang“, in  $P_4$  für 11% (5 Pat.), in  $P_6$  für 11% (10 Pat.) und in  $P_8$  für 2% (1 Pat.). „Lang genug, um alles Wichtige für sie zu klären“ sind die Arztgespräche in Praxis  $P_1$  80% (74 Pat.), in  $P_3$  74% (62 Pat.), in  $P_4$  80% (36 Pat.), in  $P_5$  72% (21 Pat.), in  $P_6$  73% (69 Pat.), in  $P_7$  81% (29 Pat.), in  $P_8$  65% (32 Pat.) und in  $P_9$  78% (76 Pat.). Für 8% (7 Pat.) sind die Gespräche in Praxis  $P_1$  „zu kurz“. Der gleichen Ansicht sind in  $P_3$  14% (12 Pat.), in  $P_4$  11% (5 Pat.), in  $P_5$  35% (10 Pat.), in  $P_6$  6% (6 Pat.), in  $P_7$  kein Patient, in  $P_8$  25% (12 Pat.) und in  $P_9$  10% (10 Pat.).

Die geplante **Abschlussbefragung** der Patienten wird **nicht durchgeführt**.

Alle bisher dargestellten **Ergebnisse** der Mitarbeiter-, Ärzte- und Patienten-Befragung werden nach Abschluss der Erhebungen und Auswertung der Ergebnisse **den Praxen übergeben**. Dabei werden die Einzelergebnisse der jeweiligen Praxis dem Durchschnitt der Gesamtergebnisse gegenüber gestellt, so dass jedes Praxisteam seine Stärken und Schwächen erkennen kann.



Die Dauer des Arztgesprächs ...

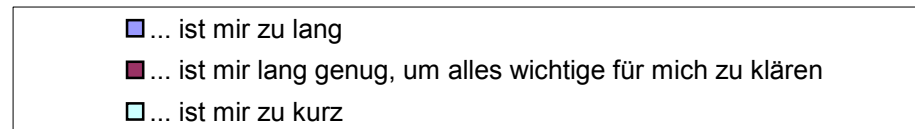


Abb. 24: Häufigkeitsverteilung der Patientenmeinung über die Dauer des Arztgesprächs (n=528)

### 3.4 Ärzte (s. Anh. 9,10, Kap. 2.1.4, 2.2.2)

Die **Begrenzung der Anzahl** der befragten Nichtteilnehmer auf  $n=10$  von  $n=39$  erscheint sinnvoll, da kein Anspruch auf Vollständigkeit der Ergebnisse erhoben wird, sondern nur eine Tendenz der persönlichen Ansicht einzelner Ärzte erkennbar werden soll. Insgesamt werden von den  $n=19$  versendeten Fragebogen ( $n=9$  Teilnehmer und  $n=10$  Nichtteilnehmer)  $n=13$  ( $n=8$  Teilnehmer und  $n=5$  Nichtteilnehmer) ausgefüllt und zurückgeschickt. Das entspricht einer **Rücklaufquote** von 68%.

Da zum großen Teil **offene Fragen** gestellt werden (s. Kap. 2.2.2), bedeutet das bei insgesamt  $n=13$  zurückgeschickten Fragebogen, dass zu jeder dieser offenen Fragen, bis zu 13 verschiedene Antworten möglich sind, unter Umständen teilweise mit ähnlicher Grundaussage. Zur übersichtlicheren Ergebnisdarstellung und einfacheren Auswertung werden alle Antworten, die die gleiche Grundaussage enthalten, subsumiert. So werden beispielsweise die folgenden Antworten auf die Frage „Warum haben Sie an dem Modellprojekt teilgenommen?“ dem Begriff „neue Ideen/Neuerungen“ zugeordnet:

„neue innovative Ideen“

„Bin für Neuerungen ...“

„... Außerdem schult es den Geist, was Neues zu probieren!“

„Weil ich mir neue Erkenntnisse zum Thema Praxismanagement erhofft hatte.“

„Weil man immer etwas dazulernen kann.“

und

„Interesse“

Da die Antwort einer befragten Person auf eine offene Frage mehrere **verschiedene Aspekte** beinhalten kann zugleich aber sich nicht alle Ärzte zu jeder Frage äußerten, kommt es dazu, dass bei einigen Fragen die Menge der Antworten größer bzw. kleiner als die Menge der zurückgegebenen Fragebögen ist.

Bei den **teilnehmenden Ärzten** ist die Rücklaufquote mit 89% (acht der neun versandten Fragebogen werden zurückgesandt) höher als bei den Nichtteilnehmern (50%). Die meisten Ärzte geben als Teilnahmegrund den Wunsch nach neuen Ideen und Neuerungen an (sechs Angaben). Je zwei Ärzte wünschen sich Tips zur Optimierung der Praxisabläufe bzw. zur Qualitätsverbesserung ihrer Praxis. Je einmal wird als Ziel die Beendigung des Einzelkämpferdasein, das Knüpfen von Kontakten, eine bessere Schulung der Mitarbeiter und die Sicherung der Zukunft der Praxis genannt. Fast alle Ärzte nehmen von Anfang bis Ende am Projekt teil. Nur zwei Ärzte steigen zwischendurch aus. Die Gründe dafür liegen im privaten Bereich bzw. in der Unzufriedenheit mit dem Nutzen des Projekts. Der Grund für die Nichtteilnahme an der Patientenbefragung der Praxis P<sub>2</sub> wird nicht angegeben.

Der Nutzen des Projekts wird allgemein als sehr gering eingeschätzt. Sechs Teilnehmer sehen wenig bis keinen Nutzen. Nur drei Ärzte erkennen interessante Aspekte für den Einstieg in die kontinuierliche QM-Arbeit. QM in der ärztlichen Praxis im allgemeinen beurteilen die Projektteilnehmer folgendermaßen: Je drei Ärzte sind der Ansicht, es sei erst im Aufbau begriffen bzw. halten es notwendig für geregelte Abläufe und koordinierte Arbeit. Als (zu) arbeitsintensiv bezeichnen es zwei Ärzte. Aber auch die Frage der Finanzierung wird aufgeworfen. In der eigenen Praxis betreiben 50% (vier Ärzte) QM. Alle Befragten aber halten es mindestens für wichtig, drei Ärzte sogar für sehr wichtig.

Ärztetze im allgemeinen sind für die meisten positive Einrichtungen (fünf Ärzte). Als Zweck wird beispielsweise die Kooperation mit Kollegen angegeben. Ein Arzt hält die Netze für das einzige Mittel gegen den Druck der Krankenkassen. Das MQLD als Ärztenetz im besonderen wird dreimal als zu locker organisiert bezeichnet. Es sei zu personenbezogen und es existiere zu viel Neid meint ein Arzt. Für einen Befragten hat auch das MQLD eine wichtige Funktion bei der Kooperation mit Kollegen. Die meisten (sechs Ärzte) sehen im MQLD die Plattform für Kontakte und Austausch mit Kollegen. Zwei ziehen keinen Nutzen aus dem MQLD. Das Netz sei aber auch für die

Projektkoordination und als Anregung für Neuerungen nach Meinung Einzelner eine gute Grundlage.

Von den n=10 **befragten Ärzten, die nicht am Modellprojekt teilnehmen**, schicken fünf (50%) ihren Fragebogen ausgefüllt zurück. Von diesen fünf geben drei Ärzte an, deshalb nicht teilzunehmen, weil sie keine Informationen über die Existenz des Projekts erhalten hätten. Je einmal wird angegeben, dass beim ersten Treffen die Effizienz des Projekts nicht erkennbar gewesen sei bzw. dass private Gründe der Teilnahme entgegenstünden. QM in der ärztlichen Praxis im allgemeinen wird von zwei der Befragten als sinnvoll bezeichnet. Ebenfalls zwei der Befragten halten die Umsetzung für sehr zeitaufwendig und schwierig. Alle fünf Ärzte halten QM jedoch für wichtig. In der eigenen Praxis arbeiten zwei Ärzte mit QM.

Ärztetnetze im allgemeinen bewerten alle fünf Ärzte positiv und nennen als deren Vorteil u.a. die Möglichkeit der Kooperation mit Kollegen. Zwei Ärzten ist das MQLD zu locker organisiert, ein Arzt hält es für zu personenbezogen. Drei der fünf Ärzte ziehen keinen persönlichen Nutzen aus dem MQLD. Je einmal wird das MQLD als Ausgangspunkt für Kontakte und den Austausch mit Kollegen bzw. als Plattform für Fortbildung und Qualitätszirkel bezeichnet.

## 4. Diskussion

### 4.1 Stichprobenauswahl und Teilnahmequoten

#### 4.1.1 Praxen (s. Kap. 2.1.1, 3.4)

Zu den **Ergebnissen der Ärztebefragung** seien folgende Vorbemerkungen angeführt:

1. Die Antworten können aufgrund der geringen Stichprobenzahl nur deskriptiv ausgewertet werden, sie können nur Hinweise auf bestimmte Tendenzen geben.
2. Die meisten Fragen werden offen an die Ärzte gestellt, so dass die Möglichkeit besteht, dass die geäußerte Meinung eines Arztes Zustimmung bei den übrigen fände. So sind möglicherweise mehr als drei Ärzte der Ansicht QM sei erst im Aufbau begriffen oder QM sei sinnvoll und notwendig für geregelte Abläufe, koordinierte Arbeit, Qualitätsverbesserung und Effizienz. Ebenso ist nicht klar, wie viele Ärzte den großen Zeitaufwand bzw. schwierig Umsetzung von QM bemängeln oder die Frage nach der Finanzierung stellen.
3. Bei der Bewertung von QM bezieht sich ein Teil der Ärzte auf den Entwicklungsstand von QM in deutschen Arztpraxen, der andere Teil auf die Vor- und Nachteile der praktischen Anwendung von QM. Die Formulierung der Frage hätte präziser sein müssen.

Die **Teilnahmequote** der Praxen liegt mit 17% (n=9 von n=53 MQLD-Praxen nehmen teil) auf einem niedrigen Niveau. Eine der Ursachen könnte allgemeines Desinteresse an QM unter den Ärzten sein. Die Ergebnisse der Ärztebefragung scheinen dagegen zu sprechen. Fünf der n=10 nichtteilnehmenden Ärzte halten QM für „wichtig“. Es bleibt offen, welches Interesse die nichtteilnehmenden Ärzte, die nicht auf die Befragung antworteten, an QM haben, und ob sie möglicherweise aufgrund geringen Interesses nicht antworteten (nur 50% Rücklauf gegenüber 89% Rücklauf bei den

Projektteilnehmern). Ebenso ungeklärt ist, wie viele der Ärzte die Relevanz von QM als von extern aufgezwungen, die praktische Umsetzung jedoch für (zu) schwierig und (zu) zeitaufwendig erachten. So halten alle n=13 Ärzte QM für „wichtig“ oder für „sehr wichtig“ - drei Ärzte sprechen gar von der Notwendigkeit, um die Effizienz ihrer Arbeit zu erhöhen, doch betreiben nur sechs Ärzte (46%) tatsächlich QM. An dieser Stelle spielt sicherlich auch die Angst der Ärzte eine wichtige Rolle, durch QM zusätzliche finanzielle Belastungen tragen zu müssen. Doch ist diese Befürchtung unbegründet, denn durch Qualitätssteigerung werden die Kosten erheblich gesenkt und gleichzeitig die Effizienz der Arbeit gesteigert (Gerlach 2001). Wichtig ist natürlich trotzdem, dass den Praxen „**handfeste Anreize**“ gegeben werden, QM zu betreiben. QM Arbeit muss nachdrücklich gefördert werden, sei es finanziell oder in anderer Weise (Selbmann 1996). Letzteres wird bei der Finanzierung des MQLD-Projekts durchaus berücksichtigt: Die Kosten trägt die KV Hessen. Lediglich die Kosten für „verlorene“ Arbeitszeit der Mitarbeiter und Ärzte für Befragungen und Schulungen müssen die Praxen selbst tragen.

Möglicherweise verstehen aber Ärzte, die sich grundsätzlich für QM interessieren, etwas anderes darunter als ein Projekt dieser Art. Sie sind unter Umständen vor allem an einer **Qualitätsverbesserung hinsichtlich klinischer und technischer Aspekte** interessiert (Gerlach 2001), so dass sie für die Teilnahme an einem Projekt, das sich auf Patientenbetreuung und Mitarbeiterschulung konzentriert, gar keine Notwendigkeit sehen.

Ein weiterer Grund für die geringe Teilnehmerzahl könnte sein, dass nicht genügend **Werbung für das Projekt** betrieben wird, sowohl hinsichtlich der Bekanntmachung, als auch, um die Qualität des Projekts und damit dessen Nutzen für die Praxen hervorzuheben. Vielleicht sind daher viele Mitglieder des MQLD über die Existenz des Projekts einfach nicht informiert. Möglicherweise nehmen viele Ärzte das Projekt mangels Werbung nicht ernst oder sehen kein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis. So ist drei der nichtteilnehmenden Ärzte (60%) das Projekt gar nicht bekannt und ein Arzt äußert, dass beim ersten Treffen keine Effizienz ersichtlich

gewesen sei. Letzteres kommt auch als Ursache dafür in Frage, dass immerhin fünf der ursprünglich gemeldeten n=14 Teilnehmer, also ca. 30% ihre Teilnahme noch vor Beginn des Projekts zurückziehen. „Modelle müssen so angelegt sein, dass sie neugierig machen und (...) Nachahmer finden.“ Sie sollen „das Bewusstsein der niedergelassenen Ärzte für Fragen der Qualitätssicherung (...) wecken und deutlich machen, dass über kurz oder lang die Qualität der Leistung Wettbewerbsparameter sein wird, und anhand konkreter Beispiele zeigen, dass mehr Qualitätssicherung im ambulanten Bereich möglich ist.“ (Luithlen 1996)

Zehn Ärzte (77%) sind der Ansicht, Ärztenetze im allgemeinen seien ein Weg zum qualitativ hochwertigen Gesundheitssystem. Dem MQLD als Netz im speziellen scheinen jedoch die wenigsten Befragten zuzutrauen, als systematisches QM-Instrument wirksam zu sein. Nur zwei Ärzte (15%) meinten, es sei wirklich in dieser Hinsicht zu nutzen. Fünf Ärzte (38%) halten die **Struktur des MQLD** für zu locker organisiert. Viele sehen es wohl eher als eine Art „Verein“ an und nicht als durchorganisiertes Ärztenetz. Nicht wenige bemängeln dabei nicht nur die sich daraus ergebenden Nachteile, wie z.B. den Neid unter den Mitgliedern, sondern schätzen durchaus auch die sich daraus ergebenden Vorzüge, wie beispielsweise das Knüpfen und Halten von Kontakten zu anderen Ärzten. Doch führt eine allzu locker organisierte Struktur unter Umständen zu einem mangelhaften Informationsfluss unter den Mitgliedern, vor allem aber zwischen Vorstandschaft und Mitgliedern. Hier findet sich sicherlich eine weitere Ursache der geringen Teilnahmequote. Scheinbar gibt es sehr viele passive Mitglieder, die nur selten an den Treffen teilnehmen, so dass sie praktisch nicht an Aktivitäten des MQLD beteiligt sind und keine Informationen vom MQLD erhalten. So finden die Treffen des MQLD einmal monatlich mit jeweils nahezu denselben ca. 20 Teilnehmern im Rahmen eines Ärztetammtisches statt.

Die geringe Teilnehmerzahl hat aber eine zum Teil **unzureichende Umsetzung der Ziele des Projektplans** (s. Kap. 2.2.1) zur Folge. Denn wie soll eine Verbesserung der Zusammenarbeit aller Praxen des MQLD bei einer Teilnehmerquote von nur 17% erreicht werden? Welche Qualität hat ein Ärztenetz, in dem nur 17% der Praxen



zusammenarbeiten? Schon aus diesem Grund scheint es sinnvoll, bei zukünftigen Projekten im Rahmen eines Ärztenetzes auf eine **möglichst hohe Teilnehmerquote der Praxen** zu achten. Doch auch, um das Ziel einer möglichst umfassenden Etablierung von QM zu erreichen – um möglichst viele Ärzte „mit ins Boot“ QM zu holen – sollte es den Beteiligten am Herzen liegen, so viele Praxen wie möglich zur Teilnahme an QM-Projekten zu bewegen. „[D]enn gerade neue Maßnahmen zur Qualitätsförderung sollten (...) in Form überschaubarer, konkreter Projekte eingeführt werden“ (Gerlach 2001).

Wie aber kann dieses Ziel erreicht werden?

1. Es muss dafür nicht nur ein ausreichendes Interesse an QM unter den Ärzten bestehen, **QM** muss vielmehr als notwendig für die Praxisarbeit erkannt werden und der Wille, QM aus diesem Grund zu betreiben, muss vorhanden sein – es muss **als Unternehmenskultur** gelebt werden (Kastenholz 1999). Es sind zwar v.a. die Ärzte, die über die Teilnahme an einem Projekt entscheiden, doch da alle Mitarbeiter eines Praxisteam für Qualität verantwortlich sind, muss diese Forderung entsprechend auch für die Mitarbeiter gelten (Kastenholz 1999). Die Führungspersonen einer Praxis müssen hier persönliche Verantwortung und eine Vorbildfunktion übernehmen (Gerlach 2001).

2. Es ist nicht nur die **Frage der Finanzierung** mit den Praxen zu besprechen und zu klären. Es sollten grundsätzlich auch **positive Anreize** für die Teilnahme geschaffen und den Praxen schmackhaft gemacht werden. Die Androhung von Sanktionen bzw. Strafen sind in diesem Fall weniger wirksam (Gerlach 2001).

3. Den Leistungserbringern muss verdeutlicht werden, dass Qualitätsverbesserung langfristig nicht zur Steigerung, sondern zur **Verringerung des Arbeitsaufwands** führt.

4. Vor allem Ärzte müssen erkennen, dass sich Qualitätssicherung in der Medizin nicht auf klinische und technische Aspekte reduzieren lässt. Nach Donabedian (1980) gibt es **drei Teilbereiche der Qualität** in der Gesundheitsversorgung:

- technische Qualität, die sich auf die medizinische Diagnostik und Behandlung bezieht,
- Qualität der persönlichen Beziehungen zwischen allen Beteiligten und
- Umgebungsqualität, hier: die örtlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen einer Praxis

Es muss in das Bewusstsein aller vordringen, dass Qualität nicht nur „technische Qualität“ bedeutet.

5. **Für ein Projekt muss geworben werden.** Zum einen sind die Praxen über die Existenz eines Projekts zu informieren. Zum anderen muss die Teilnahme für die Praxen attraktiv erscheinen. Der große Nutzen eines Projekts sollte ersichtlich werden.

6. Die **Infrastruktur**, in der das Projekt durchgeführt wird, **muss berücksichtigt werden**. Es scheint, als stecke nicht hinter jeder Fassade die mit dem Begriff „Ärztendorf“ etikettiert ist, auch ein solches dahinter. Neben der Analyse von Ausgangsbedingungen und Bedarf der einzelnen Praxen (s. Kap. 2.2.2, 3, Anh. 1-8), ist die eindeutige Erfassung des Ist-Zustands der Rahmenbedingungen essentiell, damit die optimale Anpassung des Projekts möglich wird (Gerlach 2001; Niebling 2003).

#### **4.1.2 Mitarbeiter** (s. Kap. 2.1.2, 3.2)

Die **Teilnahmequote der Mitarbeiter** liegt mit ca. 66% (zum Problem der nicht mehr eruierten Gesamtzahl aller Mitarbeiter s. Kap. 3.2) auf einem mittleren Niveau. Dabei ist zu berücksichtigen, dass unter den ca. 16 nichtteilnehmenden Mitarbeitern zehn Mitarbeiter der Praxis P<sub>8</sub> sind. Diese Praxis kann nach Angaben des Arztes nicht alle Mitarbeiter teilnehmen lassen, da sonst der Praxisbetrieb nicht aufrecht erhalten werden könnte. Damit hätten, abzüglich der Mitarbeiter der Praxis P<sub>8</sub>, nur sechs von

n=32 Mitarbeitern nicht teilgenommen (Teilnahmequote: 81%). Die weiteren angegebenen Gründe für die Nichtteilnahme von Arzthelfern, klingen plausibel (Verständnisprobleme, Teilzeitkraft, Schülerin), so dass keine Anzeichen eines Motivationsproblems des Praxispersonals erkennbar sind. Dies spricht für die Motivationsfähigkeit der Ärzte und der Projektleitung und für die These, dass QM nur in Gang kommt, „wenn die Praxischefs es ihren Mitarbeitern vormachen“ (Röhrig und Raffauf 1999).

#### **4.1.3 Patienten** (s. Kap. 2.1.3, 2.2.2, 3.3 )

Die Art der **Verteilung der Fragebögen** an die Patienten **und** damit auch die **Stichprobenauswahl** der Patienten führt zu einer besonderen, eine repräsentative Auswertung unmöglichmachenden, Selektion der Patienten. Wenn die Fragebögen im Wartezimmer ausliegen, korreliert die Aufenthaltsdauer im Wartezimmer eng mit der Wahrscheinlichkeit, an der Befragung teilzunehmen bzw. mit der Genauigkeit, mit der der Fragebogen ausgefüllt wird. Je mehr Zeit ein Patient im Wartezimmer der Praxis verbringt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er auf die Befragung aufmerksam wird und desto mehr Zeit hat er auch, den Fragebogen richtig durchzulesen und auszufüllen. Je mehr Wartezeit ein Patient aber in einer Praxis verbringt, desto unzufriedener wird er möglicherweise. Damit **verschlechterte sich das Ergebnis** der Befragung für die Praxis.

Weiterhin wurden die Patienten nicht berücksichtigt, die auf die Befragung aufmerksam werden, jedoch kein Interesse an der Teilnahme haben. Die **Rücklaufquote** kann daher nicht erfasst werden. Doch diese macht eine wichtige Aussage über die Art der Verteilung der Fragebogen (durch den Arzt oder nur Ausliegen der Bogen im Wartezimmer), über die Einstellung des Praxispersonals und der Patienten gegenüber der Befragung und über die Zeit, die der Arzt pro Patient zur Verfügung hat (Bitzer und Dierks 1999).

Die Teilnahmequote, also die **Patientenstichprobenzahlen, aus einzelnen Praxen ist bedenklich niedrig**, so dass die Auswertung der Ergebnisse hier besonders fragwürdig bleibt. So nehmen beispielsweise aus Praxis P<sub>5</sub> nur n=29 Patienten teil. Wie die einzelnen Praxen die Fragebögen verteilen, ist nicht mehr nachzuvollziehen, es kann aber davon ausgegangen werden, dass Praxen mit einer eher hohen Teilnahmequote die Patienten persönlich auf die Befragung ansprechen und Praxen mit einer eher geringen Quote dies nicht tun (s.u.).

Um zu zeigen wie zukünftig Repräsentativitätsdefizite Einhalt geboten werden kann, sollen einige Beispiele dargestellt werden, wie die Handhabung der Stichprobenauswahl und der Verteilung bei künftigen Projekten verbessert werden könnten: Dabei gibt es zwei **Möglichkeiten einer korrekten Stichprobenauswahl**. Die erste Möglichkeit wäre, nach Erfassung sämtlicher relevanter soziodemographischer und krankheitsspezifischer Daten aller Patienten der einzelnen Praxen anhand dieser Daten aus der Grundgesamtheit „mit Hilfe eines Zufallsprozesses“ eine repräsentative und ausreichend große (s. u.) Stichprobe zu ziehen (Ackermann 1999).

Da diese Vorgehensweise jedoch mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden ist, bietet sich stattdessen z.B. ein Verfahren wie das von Bitzer und Dierks (1999) an. Man wählt dabei als einziges **Einschlusskriterium** für teilnehmende Patienten das **Mindestalter von 18 Jahren**. Daher kann man ein möglichst breites Patientenspektrum erhalten. An drei aufeinander folgenden Tagen werden in jeder Praxis mindestens 50 bis 100 Fragebogen mit einem Anschreiben und einem Rückumschlag („Entgelt zahlt Empfänger“) fortlaufend an die Patienten verteilt. Dabei sollten „die Befragungsunterlagen nicht ausgelegt, sondern **im Rahmen eines persönlichen Gesprächs an die Patienten ausgeteilt**“ werden. Denn der Rücklauf ist tendenziell höher, wenn „die Befragungsunterlagen durch den Arzt ausgeteilt werden (...), das Praxispersonal positiv gegenüber der Befragung eingestellt ist (...), die Patienten positiv gegenüber der Befragung eingestellt sind (...) und die Ärzte mehr Zeit pro Patient zur Verfügung haben“. Die Patienten sollten den **Fragebogen nun mit**

**nach Hause** nehmen, dort ausfüllen und an die Projektleitung zurückschicken. Allerdings sollten auch dabei „Anstrengungen unternommen werden, **detaillierte Informationen zum Praxisklientel** der Praxen zu erhalten und diese Informationen mit den Angaben der Patienten, die an der Befragung tatsächlich teilnehmen, zu vergleichen.“ Sonst wäre die Repräsentativität einer solchen Umfrage stark gefährdet (Bitzer und Dierks 1999).

Die **Teilnahmequote** einer Patientenbefragung hängt unter Umständen auch **von Form und Struktur des Fragebogens ab**. Darauf wird in Kap. 4.3.4 näher eingegangen werden.

Die **Repräsentativität der Patientenstichprobe** ist also in Frage zu stellen. Dadurch entstehende Verzerrungen der Ergebnisse und Fehldeutungen der Patientenmeinung könnten möglicherweise zur Konstruktion unnötiger Schulungen oder zur Einführung unverhältnismäßiger Elemente in den Praxisalltag führen.

Um unnötige Ergebnisverzerrungen der Patientenbefragung zu vermeiden, sind also folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Die Art der Verteilung der Fragebögen an die Patienten wirkt sich in ungünstiger Weise auf die Teilnehmerquote, das Ergebnis und die Stichprobenauswahl aus. Es muss eine **systematische Verteilung** (z.B. nach dem Zufallsprinzip) stattfinden.
- Die **Rücklaufquote ist von Relevanz**, kann aber hier aufgrund des Verteilungsverfahrens nicht beurteilt werden.
- Die Stichprobe muss **mindestens 50 bis 100 Patienten** umfassen.
- Der **Fragebogen** muss den Patienten **persönlich übergeben** werden, u.a. um den Rücklauf zu erhöhen.
- Der **Fragebogen** ist von den Patienten **mit nach Hause** zu nehmen und dann per Post zurückzuschicken.
- Detaillierte **Informationen zum Praxisklientel** sind unbedingt nötig.

#### 4.1.4 Ärzte

s. Kap. 2.1.4 und 4.1.1

#### 4.2 Inhalt und Umsetzung des Projektplans (s. 2.2.1 u. Anh. 1)

Ein **Plan für ein Projekt ist unabdingbar**. Dabei sollten folgende **Fragen** bedacht und geklärt werden:

- Was soll bearbeitet werden?
- Welches Ergebnis soll erzielt werden?
- Wo ist der Zusammenhang zwischen dem konkreten Projekt und dem Leitbild bzw. der Qualitätspolitik der Einrichtung?
- Wie können durch das Projekt erzielte Verbesserungen aufgezeigt werden?
- Wer erklärt sich für die Durchführung des Projekts verantwortlich?
- Mit wem sollte das Thema gemeinsam bearbeitet werden?
- Wann soll das Projekt beginnen?
- Bis wann soll das Projekt beendet werden?
- Wird Unterstützung benötigt? Falls ja, welche und durch wen?
- Wie soll die Bearbeitung des zu lösenden Problems genau erfolgen?
- Wie lange wird die Bearbeitung schätzungsweise dauern (ggf. mit Spezifizierung der für Gruppensitzungen, Koordination, Schreibarbeit usw. nötigen Zeitstunden für Projektverantwortliche und -beteiligte)?
- Welche Sachmittel werden benötigt?
- Wie sollen Projektverlauf und Arbeitsergebnisse dokumentiert werden?
- Wie soll die Umsetzung der Projektergebnisse in tägliche Abläufe und die Aufrechterhaltung der erzielten Veränderungen erfolgen?

(Gerlach 2001)

Diese Fragen greift der vorliegende Projektplan soweit möglich auf und beantwortet sie (s.u.). Die **Frage nach der Einführung der Kontinuität** wird jedoch nicht

ausreichend beantwortet. Die „kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft sowie der Qualitätsleistung der Mitarbeiter“ wird zwar als Ziel definiert (s. Anh. 1), doch bleibt der Projektplan die Antwort auf die Frage nach der „Umsetzung der Projektergebnisse in tägliche Abläufe und die Aufrechterhaltung der erzielten Veränderungen“ schuldig. Was aber kommt nach dem Projekt? Wie verhindert man das Zurückfallen in den alten Trott? Welche Maßnahmen werden getroffen um weiterhin QM zu betreiben? Das Ignorieren dieses wichtigen Bestandteils verhindert die Einführung von wirklich tiefgreifenden QM-Maßnahmen durch das Projekt. „Systematic quality assurance is complex, and proceeds very slowly“ (Grol 1999). Mit einzelnen Projekten kann zwar eine punktuelle Verbesserung erreicht werden, aber kaum ein nachhaltiger Entwicklungsprozess ausgelöst werden (Röhrig und Raffauf 1999). Bei der Durchführung eines QM-Projekts kann auf die Schaffung der Kontinuität qualitätsfördernder Maßnahmen nach Abschluss des Projekts nicht verzichtet werden.

Einige Ärzte können dem Projekt wohl interessante Aspekte abgewinnen, die meisten jedoch schätzen dessen **Nutzen** gering bis nicht existent ein (s. Kap. 3.4). Die Erwartungen an das Projekt hinsichtlich der kontinuierlichen Einführung von QM vor Beginn sind vielfältig: Die meisten Ärzte sind scheinbar lediglich an Anregungen und wertvollen Tips interessiert. Doch einige Ärzte erhoffen sich eine wirkliche Qualitätsverbesserung ihrer Praxisarbeit durch das Projekt. Vor allem die hohen, aber auch die eher bescheidenen Erwartungen der Teilnehmer werden größtenteils nicht erfüllt. Eine Praxis beendet aus diesem Grund sogar vorzeitig die Teilnahme. Möglicherweise hat das Projekt in einigen Praxen erstmals die Aufmerksamkeit auf QM gelenkt und deshalb schon eine positive Wirkung erzielt, doch QM braucht gute Organisation und Struktur. Mangelt es daran, was hier nach Ansicht der beteiligten Ärzte der Fall ist, funktioniert es nicht (Grol 1996).

Ebenfalls eine Antwort schuldig bleibt der Projektplan auf die Frage: „**Wie lange wird die Bearbeitung schätzungsweise dauern?**“ Die Praxisteamts könnten sich so besser auf den Zeitaufwand einstellen.

Die weiteren genannten Fragen wurden befriedigend beantwortet: Bei der **Definition der Projektziele** werden zwei der Hauptprobleme der Praxen des MQLD genannt: Erstens die Überforderung der Mitarbeiter in den Praxen v.a. zu Stoßzeiten (s. Kap. 3.2), zweitens die mangelnde Netzkommunikation und damit auch die lockere Struktur des MQLD (s. Kap. 4.1.1) („Was soll bearbeitet werden?“). Diese Zustände sollen durch das im Projekt zu entwickelnde „Systems zur Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung“ und durch die „Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und den Einsatz geeigneter Kommunikationsinstrumente verbessert und weiterentwickelt werden“ („Welches Ergebnis soll erzielt werden?“). Auch in diesem Fall ist wohl bestenfalls eine auf den Zeitraum der Projektdurchführung begrenzte Verwirklichung zu erkennen: Nach Abschluss der Schulungsveranstaltungen fand keine **weitere Personalentwicklung** in diesem Sinne mehr statt. Eine **sukzessive Implementierung der Netzkommunikation** ist ebenfalls nicht mehr angedacht. Ohne Kommunikation kann ein Ärztenetz nicht funktionieren. Ärztenetze aber werden in Zukunft immer wichtiger. Die Gründe dafür liegen nicht nur in der dadurch möglichen Überwindung des „Einzelkämpferdaseins“ und im fachlichen Austausch unter Kollegen, sondern vor allem in der wirklichen Zusammenarbeit unter niedergelassenen Ärzten (idealerweise auch mit Klinikern, Apothekern, Physiotherapeuten und Krankenkassenmitarbeitern) und in der Effizienzsteigerung ärztlicher Leistungen (Szecsenyi 1999a). Ärztenetze sind aber auch eine der Voraussetzungen für die Entfaltung von QM (Häussler und Kuch 1999). Daher wäre es von großer Bedeutung, die Netzkommunikation zu optimieren.

Das Modellprojekt wird der **KV Hessen zur Zusammenarbeit** angeboten („Mit wem sollte das Thema gemeinsam bearbeitet werden?“). Diese Zusammenarbeit mit den KVen erwarten niedergelassene Ärzte allgemein, da sie ihnen die Kompetenzen für QM zuschreiben (Röhrig und Raffauf 1999). Sie sorgt für eine anhaltende Motivation der Teilnehmer (Lorenz 1995).

**Verantwortlich für das Projekt** erklären sich die Mitglieder des MQLD („Wer erklärt sich für die Durchführung des Projekts verantwortlich?“).



Die **Aufgaben des Projekts** sind auf ein Ärztenetz wie das MQLD zugeschnitten und erfüllen durchaus die Anforderungen an ein QM-Programm (s.u.: Forderung nach den vier Elementen der Qualitätssicherung). Dabei können die genannten Ziele durch die im Projektplan genannten Aufgaben in den **vorgesehenen Schritten** („Wo ist der Zusammenhang zwischen dem konkreten Projekt und dem Leitbild bzw. der Qualitätspolitik der Einrichtung?“) im festgelegten Zeitplan („Wann soll das Projekt beginnen?“, „Bis wann soll das Projekt beendet werden?“) erfüllt werden.

Als Aufgabe wird zum einen die **Analyse des „Ist“-Zustands** (s. 2.2.2, Anh. 2-8) genannt. Diese wird durchgeführt in der Erstellung von Praxisprofilen, in der Selbsteinschätzung von Arbeitsspektrum und -umfang der Mitarbeiter, in deren Beurteilung durch die Ärzte und durch sie selbst und in der Befragung zur Patientenzufriedenheit. Sie entspricht dem **Schritt 1 des Projektplans („Analyse der organisierten Rahmenbedingungen“)**. Ebenso zu diesem Schritt gehört die **Erarbeitung des Anforderungsprofils** der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und Ärzte, also die Auswertung der Ergebnisse durch die Projektleitung.

Eine weitere Aufgabe des Projekts sollte sein, **Instrumente zur netzinternen Kommunikation einzuführen**. Dieses Ziel sollte durch die Schulungsveranstaltung „Netzkommunikation“ erreicht werden (s. 2.2.3, Anh. 11) (s.o.).

**Schritt 2 („Erarbeitung der erforderlichen Aus- und Weiterbildung“)** und **3 („Durchführung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen“)** decken die Aufgaben ab, ein auf die individuellen Bedürfnisse der Netzmitglieder abgestimmtes **Trainingskonzept zu entwickeln** und eine kontinuierliche Steigerung der Qualitätsleistung der Mitarbeiter zu erreichen.

Die **geplanten Schulungsveranstaltungen** („Wie soll die Bearbeitung des zu lösenden Problems genau erfolgen?“) sind im Projektplan schon relativ klar strukturiert, können aber an den durch die Befragungen ermittelten Bedarf der

Teilnehmer angepasst werden. Dies ist als wesentlicher Vorteil des Projekts zu werten, da die Grundzüge der Veranstaltungen zwar auf den Erfahrungen der Projektleitung basierten, sich jedoch sämtliche Befragungsergebnisse in der Entwicklung des individuellen Schulungsprogramms niederschlagen sollten. Im Idealfall müsste ein Beratungs- und Schulungsangebot sogar „individuell auf (...) die Gegebenheiten der einzelnen Praxis zugeschnitten sein“ (Bitzer und Dierks 1999). Bei der Planung der Schulungsveranstaltungen lag der Schwerpunkt eindeutig auf dem Thema Kommunikation, denn Mitarbeiter in ärztlichen Praxen haben damit die meisten Probleme (Gerlach 2001). Die Anpassung des Schulungsprogramms an die Gegebenheiten der Praxen soll in Kap. 4.3 näher erörtert werden.

Die **Motivationssteigerung der Mitarbeiter** soll durch deren „Beteiligung an der Konzeption und Durchführung des Projektes“ erreicht werden. „Die stärkste Motivation zur Teilnahme an einer Maßnahme zur Qualitätsförderung beruht zumeist auf der Erwartung unmittelbar auf die eigene Person und Arbeit bezogener Vorteile“ (Gerlach 2001). Diese Ankündigung wird nur bedingt umgesetzt. Die Schulungsveranstaltungen werden ausschließlich durch die Projektleitung geplant. Die Beteiligung der Mitarbeiter beschränkt sich auf deren Befragung anhand der Bögen. Partizipation des Personals bei der Umsetzung neuer Personalentwicklungsmodelle ist aber der Schlüssel zur gesteigerten Motivation (Olesch und Paulus 2000). Doch schon durch eine Schulung an sich kann eine höhere Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und dadurch eine höhere Effizienz der Arbeitsleistung erreicht werden (Häussler und Kuch 1999).

Die **Didaktik der Schulungen** erscheint fortschrittlich: Gruppenübungen mit Fallbeispielen, Rollenspielen und Feedback-Gesprächen erweitern konventionellen Frontalunterricht. Effektiv scheint auch, dass die Übungen in Kleingruppen durchgeführt werden sollen (Olesch und Paulus 2000). Die tatsächliche Durchführung der Schulungsveranstaltungen lässt allerdings die Anwendung dieser Lehrmethoden vermissen. Die Veranstaltungen setzen sich aus Frontalunterricht und offenen

Gruppendiskussionen zusammen. Lediglich die angekündigten Feedbackgespräche wurden durchgeführt.

**Schritt 4 („Dokumentation und Evaluation“)** („Wie sollen Projektverlauf und Arbeitsergebnisse dokumentiert werden?“) ist wichtig, um die Effizienz des Projekts erkennen zu können. Es führt zu mehr Kontinuität und damit zu einer fortlaufenden Verbesserung der Qualität, wenn die Ergebnisse einzelner Bausteine eines Projekts immer wieder analysiert und anschließend entsprechend erweitert und verbessert werden (Straub 1995; Gerlach 2001). Die Einführung der Kontinuität soll ja ebenfalls eine wichtige Aufgabe des Projekts sein (s.o.).

Damit wäre die in der Medizin auf breiter Basis vorhandene **Forderung nach den vier Elementen der Qualitätssicherung** im Projektplan erfüllt. Diese sind nach C. Straub (1995):

- „ 1. Strukturierte Aktivitäten zur Erkennung von Defiziten
2. Gezielte Intervention
3. Evaluation
4. Schaffung von Kontinuität durch Wiedereinstieg in den Kreislauf “

(s. auch PDCA-Zyklus in Kap. 4.3.4)

Die **Einführung der Kontinuität findet aber im Projekt nicht statt**. Der Projektplan wird nur bis zur Phase „Trainingsdurchführung“ (Element 2) eingehalten (s. Anh. 1), die Phase „Erfolgskontrolle“ (Element 3) wird nur zum Teil realisiert. Den Dokumentations-Auftrag des Projektplans erfüllt zwar diese Arbeit, doch eine Evaluation in Form einer zweiten Befragung von Ärzten, Mitarbeitern und Patienten wird nicht durchgeführt. Zudem werden vom MQLD nach Abschluß des Projekts keine kontinuierlichen QM-Maßnahmen (Element 4) durchgeführt (s.o.).

Mit der Auftragsdurchführung, Systementwicklung und Implementierung des Modellprojekts wurde die Medizin-QM GmbH beauftragt („Wird **Unterstützung** benötigt? Falls ja, welche und durch wen?“, „Welche Sachmittel werden benötigt?“)

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Der **Projektplan erfüllt** zwar **beinahe alle wichtigen Voraussetzungen** für ein QM-Programm, doch eine zentrale Frage bleibt unbeantwortet: Wie soll die Kontinuität der Qualitätssteigerung eingeführt werden? Das führt dazu, dass **Kontinuität von QM-Maßnahmen im MQLD** tatsächlich **nicht eingeführt** wird.
- Die **Aufgaben des Projekts werden nur zum Teil erfüllt**: Eine Analyse des Ist-Zustands, die Erarbeitung eines Anforderungsprofils der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und Ärzte und die Erarbeitung eines Trainingskonzepts werden durchgeführt, die Einführung von Kommunikationsinstrumenten, die kontinuierliche Steigerung der Leistung der Mitarbeiter und die Steigerung ihrer Motivation durch Partizipation bleiben dagegen aus.
- Die **Schritte des Projektplans erfüllen zwar zentrale Forderungen** an eine effektive QM-Maßnahme, vollständig durchgeführt werden aber nur die Schritte „Analyse der organisatorischen Rahmenbedingungen“, „Erarbeitung der erforderlichen Aus- und Weiterbildung“, „Durchführung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen“ und „Dokumentation“. Die „**Evaluation**“ der Effekte des Projekts **bleibt jedoch aus**.
- Die **Schulungsveranstaltungen werden an das MQLD angepasst** und durchgeführt, allerdings nicht mit den angekündigten innovativen Lehrmethoden.
- Die **Ziele des Projektplans** (Einführung eines Systems zur Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung und dessen Weiterentwicklung durch eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und den Einsatz geeigneter Kommunikationsinstrumente) **bleiben unerreicht**

Projekte dieser Art können einen Einstieg in QM erleichtern, bei einer Fortsetzung des Kreislaufs möglicherweise auch die Einführung kontinuierlichen QMs bewirken. Doch um QM wirklich systematisch durchzuführen, um die Praxisabläufe zu standardisieren und somit effizienter zu machen, sollten Arztpraxen auf der Basis von Normen wie z.B. der Qualitätssicherungsnorm DIN EN ISO 9001:2000 (s. Kap. 0) arbeiten. „Sie ist vom Charakter her eine **Zertifizierungsnorm**, die an die bewerbenden Unternehmen

formale Anforderungen stellt, wie z.B.: sind die Ziele definiert, findet eine Auditierung statt? Durch die Verwendung der DIN EN ISO 9001:2000 in einem Betrieb wird ein **Prozess der Selbstorganisation** in Gang gesetzt“ (Häussler 1996).

Dieses Projekt kann als Teil der Entwicklungsphase der noch relativ neuen „Technologie“ QM (Selbmann 1995) betrachtet werden. Es sollte einen kleinen Beitrag zum Übergang in die sogenannte Diffusionsphase (Selbmann 1995), also eine Verbreitung von qualitätssichernden Maßnahmen unter den Beteiligten des Gesundheitssystems, leisten.

### **4.3 Erhebungsinstrumente, Ergebnisse und deren Umsetzung in das Schulungsprogramm**

#### **4.3.1 Art und Erstellung der Erhebungsinstrumente (s. Kap. 2.2.2 u. Anh. 2-10)**

Anhand der Patientenbefragung soll hier dargestellt werden, warum Fragebögen, also **quantitative Erhebungsinstrumente**, für die Erhebung des „Ist-Zustands“ der Patientenzufriedenheit **qualitativen Erhebungsinstrumenten**, wie z.B. persönlichen Gesprächen mit den zu Befragenden oder Diskussionsrunden (sog. Focus-group-discussions) vorzuziehen sind.

#### **„Fragebögen bieten dabei folgende Vorteile:**

- es können größere (...) Zahlen befragt werden als in Focus-group-discussions oder mit anderen qualitativen Verfahren;
- die Ergebnisse aus verschiedenen Praxen sind vergleichbar bzw. es können Vergleiche mit externen „Normwerten“ angestellt werden;
- geringerer Zeitaufwand bei der Durchführung;
- standardisierte Auswertungsverfahren“ (Bitzer und Dierks 1999).

**Gruppendiskussionen** weisen zwar ihrerseits ebenfalls grundsätzliche Vorteile gegenüber Fragebögen auf (so werden unterrepräsentierte Patientengruppen erreicht, die Patientenmeinung wird im Originalton erfasst, die Meinungsäußerungen sind praxisnäher, die Auswertung der Ergebnisse ist weniger zeit- und arbeitsintensiv und die Rückmeldung an die Praxis ist zeitnäher und auch hier sind vorsichtige externe Vergleiche möglich), doch überwiegen die Vorteile quantitativer (s.o.) und die Nachteile qualitativer Methoden (externer Moderator wird benötigt, Einladung der Patienten, Organisation des Treffens) (Bitzer und Dierks 1999).

Die **Erhebung mittels eines Fragebogens** ist also eine adäquate Methode zur Messung von Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten. Doch auch für Mitarbeiterbefragungen erscheint der Einsatz von Fragebögen aus den genannten Gründen, vor allem aber zur Wahrung der Anonymität, als geeignetes Instrument.

Es stellt sich bei den von der Projektleitung erhobenen Daten die Frage nach einem Vergleich mit **externen Ergebnissen oder „Normwerten“**. Verglichen wird lediglich zum Teil zwischen den Werten der einzelnen Praxen und dem Durchschnittswert aller Praxen. Die Ursache liegt in der fehlenden Standardisierung der Fragebögen. Zur objektiven Auswertung der Ergebnisse bei künftigen Maßnahmen müssten natürlich standardisierte Instrumente verwendet werden. „So könnten beispielsweise facharztspezifische Durchschnittswerte als Vergleichsgröße herangezogen werden. Denkbar wäre auch, in Anlehnung an das in der industriellen Qualitätssicherung durchgeführte **Benchmarking**, den jeweils besten Wert, den eine Praxis erreicht hat, als Vergleich anzugeben“ (Bitzer und Dierks 1999).

Natürlich weisen solche externen Vergleiche, im weiteren Sinne **Querschnittstudien**, auch **Defizite** auf. Standardisierte Fragebögen sind nicht exakt auf die spezifischen Gegebenheiten zugeschnitten. Sie „haben nur Signalcharakter und können lediglich auf Auffälligkeiten hinweisen“ (Gerlach 2001). „Aber auch Einfachmessungen in Querschnittstudien können Defizite aufzeigen.“ Die Ergebnisqualität ist derjenigen von Längsschnittdaten natürlich unterlegen (Mühlbacher et al. 2003). Aber gerade

**Längsschnittdaten**, wie sie in der Abschlussbefragung erhoben werden sollten, liegen ja hier nicht vor. Daher ist ein Vergleich von Daten insgesamt unmöglich.

Beim Einsatz von standardisierten Fragebögen, hätte wenigstens auf **validierte Instrumente** zurückgegriffen werden können (Mühlbacher et al. 2003). So mussten spezielle Fragebögen erstellt werden, was im Allgemeinen einen erheblichen Aufwand bedeutet (s. Kap. 4.3.4). Der geringe Aufwand bei der Erstellung des MQLD-Bogens liegt in der fehlenden Prüfung des Instruments auf Validität und Reliabilität begründet. Die Fragebögen basieren auf den Erfahrungen der Projektleitung und wurden größtenteils ohne Hilfsmittel erstellt.

Bei **künftigen Projekten** muss also vorher entschieden werden, ob auf **standardisierte Fragebogen** zurückgegriffen wird und damit die speziellen Gegebenheiten der Projektteilnehmer außen vor gelassen werden, **oder** ob der Aufwand betrieben werden soll, **auf die Teilnehmer zugeschnittene Instrumente** zu erstellen. Im letzteren Fall sind allerdings weitere Befragungen im Sinne einer Längsschnittstudie unabdingbar, da die Daten sonst nur von geringem Wert sind. Eine Hypothese, die in nachfolgenden Untersuchungen zu verifizieren wäre, ist das Einschlagen eines **Mittelwegs**. Das bedeutet, dass zwar standardisierte Fragebögen herangezogen werden, diese aber durch spezielle Fragen ergänzt werden, die den spezifischen Umständen Rechnung tragen.

Die Zusammenstellung der Fragebögen basiert beim MQLD-Projekt nur auf der persönlichen Erfahrung der Projektleitung. Aber ist diese Erfahrung zur Erzielung wirklich valider, reliabler Ergebnisse ausreichend? Es handelt sich **zwar** um **ein Modellprojekt**, dessen Übertragbarkeit in dieser Arbeit erst noch zu untersuchen ist, aber die **Testung der Fragebögen auf Validität und Reliabilität hätte** trotzdem **vorher** in Form einer Pilotstudie mit größeren Fallzahlen, ob durch die Projektleitung oder durch andere Stellen, **durchgeführt werden müssen**. Stattdessen wird von der Validität und Reliabilität der gesammelten Daten von vornherein ausgegangen. Die Auswertung wird ohne kritische Bewertung vorgenommen. Doch aus Daten, die mit

nicht verifizierten Erhebungsinstrumenten ermittelt werden, können keine verwertbaren Schlüsse gezogen werden. Damit sind die Ergebnisse, statistisch gesehen, wertlos.

Grundsätzlich hängen sämtliche Ergebnisse von Befragungen von der **Differenzierungsfähigkeit der Befragten** ab. „Es ist auf der Hand liegend, dass eine derartige Evaluation immer nur recht weiche Daten zutage fördern kann, da die Nachvollziehbarkeit einer Abweichung ein hochsubjektives Moment in sich trägt. Nur kommt es – rein pragmatisch gesehen – bei der Evaluation hausärztlicher Tätigkeit im Rahmen eines Qualitätszirkels weniger auf die Erfassung exakter Daten als vielmehr auf die Sicherung und Erhöhung der Qualität hausärztlicher Tätigkeit an.“ (Abholz 1995)

Die **Rückmeldung** der praxisspezifischen Befragungsergebnisse an die Praxen ist eine zentrale Voraussetzung eines gezielten und effektiven Einsatzes der Ergebnisse (Potthoff 1997) und ermöglicht den einzelnen Praxen einen Vergleich ihres Qualitätsstandards mit anderen Praxen. Leider können hier aber aus den bekannten Gründen keine externen Vergleiche, z.B. im Sinne eines Benchmarkings (Gerlach 2001), mit Praxen außerhalb des Projekts angestellt werden (s.o.).

Die Ergebnisse der Befragungen können bei der Umsetzung in ein Schulungsprogramm auf Grund der Projektstruktur nur **begrenzt auf spezielle Bedürfnisse einzelner Praxen** oder gar einzelner Mitarbeiter eingehen. Die Ergebnisse müssen vor allem auf die Gesamtheit der Praxen und Mitarbeiter bezogen werden. Die Schulungen können nur auf Mangelzustände zielen, die in vielen Praxen bzw. bei vielen Mitarbeiter vorherrschen. Individuelle Leistungsmängel einzelner Mitarbeiter oder Mängel einzelner Praxen können also nicht, was durchaus wünschenswert wäre (Bitzer und Dierks 1999), berücksichtigt werden. Doch will man diesen Ansprüchen genügen, müssen andere Mittel eingesetzt werden, wie z.B. die Zusammenarbeit einzelner Praxen mit einem Qualitätsberater (s. Kap. 1, Abschnitt QM-System EPA). Leistungsmängel, die nur einzelne Praxen bzw. Mitarbeiter



betreffen, sollten aber den betreffenden Praxisteams eröffnet werden, damit sie sich individuell um die Beseitigung dieser Mängel kümmern können. In begrenztem Umfang geschieht dies bei der Rückmeldung der Ergebnisse an die Praxen auch (s.o.).

Zusammenfassend wird festgestellt:

- **Quantitative Erhebungsinstrumente** haben Vorteile gegenüber qualitativen Erhebungsinstrumenten und sind daher zu bevorzugen.
- Der **Vergleich** erhobener Daten **mit externen Vergleichsdaten** (u.U. im Sinne eines Benchmarkings) wäre wünschenswert (**Querschnittstudie**), ist aber hier wegen der Anwendung nicht standardisierter Erhebungsinstrumente weitestgehend unmöglich.
- Eine **Längsschnittstudie** mit speziellen, aber validierten Instrumenten, wie sie für das MQLD-Projekt vorgesehen ist, ist ebenfalls ein praktikables Element von QM-Projekten. Da aber weder validierte Befragungsinstrumente verwendet werden, noch eine zweite Befragung durchgeführt wird, handelt es sich nicht um eine solche Studie. Damit ist der **Wert der Ergebnisse äußerst fragwürdig**.
- Die Ergebnisse der Befragungen hängen in hohem Maße von der **Differenzierungsfähigkeit der Befragten ab**. Doch kommt es nicht auf die Erhebung exakter Daten an.
- Die **Rückmeldung** der Ergebnisse ist ein wichtiges Feedback für die Beteiligten.
- Das MQLD-Projekt kann aus strukturellen Gründen nicht auf **spezielle Bedürfnisse Einzelner** eingehen.

Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten, v.a. bezüglich der Validität der Befragungsinstrumente, soll in den folgenden Kapiteln dennoch versucht werden, eine Bewertung der **Erhebungsinstrumente**, der damit **erhobenen Daten** und des von der Projektleitung auf dieser Basis entwickelten **Schulungsprogramms** vorzunehmen.

Speziell bezüglich des Patientenfragebogens wird in Kap. 4.3.4 noch auf die vorherige Testung eines derartigen Instruments auf dessen Validität und Reliabilität einzugehen sein.

#### 4.3.2 Praxen (s. Kap. 2.2.2, 2.2.3, 3.1, Anh. 1)

Die Erstellung eines Praxisprofils erlaubt es, bei der Entwicklung des Trainingskonzepts besser auf die **individuellen Gegebenheiten der einzelnen Praxen** einzugehen und die Ergebnisse der Befragungen besser einordnen zu können. Doch ist auch der hierfür verwendete Fragebogen nicht auf Validität und Reliabilität getestet. Der Nutzen eines Praxisprofils und die Qualität der damit erhobenen Daten sind in nachfolgenden Untersuchungen zu analysieren.

#### 4.3.3 Mitarbeiter (s. Kap. 2.2.2, 2.2.3, 3.2, Anh. 2-7)

Die Schwerpunkte des Projekts bilden die Patientenbefragung und die Befragung, Beurteilung und Schulung der Praxismitarbeiter. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass „die qualitätsbewussten Mitarbeiter“ neben den Patienten „ein weiteres Schlüsselement (...) des modernen Qualitätsmanagements“ sind (Selbmann 1996). Mitarbeiterbefragungen gehören zu den **bewährten Methoden einer erfolgreichen Personalführung** (Mühlbacher et al. 2003). Dabei ist die Focusierung auf die **Schwerpunkte Weiterbildung und Organisation der Arbeit**, die das MQLD-Programm betreibt, durchaus sinnvoll (Mühlbacher et al. 2003).

Eine **Erhebung der Mitarbeiteraufgaben** ist notwendig, um Schwerpunkte im Aufgabenspektrum des Personals zu finden und Spitzenbelastungen zu eruieren, wie im Projektplan gefordert (s. Anh. 1).

Zur Vorgehensweise im MQLD-Projekt müssen jedoch einige kritische Fragen gestellt werden: Worin besteht die Notwendigkeit von **zwei Erhebungen** („Aufgabenerhebung“ und „Tagesplan“). Werden dadurch die Mitarbeiter nicht unnötig belastet (und demotiviert)? Inwiefern stimmt die bei der Auswertung des Tagesplans angewandte **Zeitbedarfsberechnung** mit der Realität überein (s. Tab. 8,9, Abb. 6,7)? Wäre die Einschätzung des Zeitbedarfs einzelner Aufgabenbereiche durch

die Mitarbeiter selbst nicht sinnvoller? Möglicherweise beruhen ohnehin viele Häufigkeitsangaben der Mitarbeiter auf Schätzungen, da es nur schwer vorstellbar erscheint, dass alle Mitarbeiter einen ganzen Tag lang bei allen Aufgaben eine Strichliste mit sich führten und diese gewissenhaft ausfüllten.

Wenn das **Ziel der Befragungen** ist, nur die **Schwerpunkte der Arbeitsbereiche** zu erfassen, nicht aber die einzelnen Aufgaben im Detail zu erheben, warum wird dann nicht bereits eine Einteilung nach Aufgabenbereichen vorgegeben? So entstünde vor allem bei der „Aufgabenerhebung“ nicht ein derart großes Spektrum an Aufgaben, deren Häufigkeiten sich bei genauerer Prüfung größtenteils nicht signifikant unterscheiden dürften (s. Tab. 3).

Hinzu kommt, dass die beiden Erhebungen teilweise zu **unterschiedlichen Ergebnissen** kommen: In der Befragung zum „Tagesplan“ entsteht der Eindruck, sogenannte „interne medizinische Arbeiten“ nähmen nur 5% des Zeitbedarfs in Anspruch. Die Ergebnisse der „Aufgabenerhebung“ weisen dagegen darauf hin, dass Arbeiten wie „Laborarbeiten“, „Infusion vorbereiten“, „Urin- und Stuhluntersuchungen“, die wohl eindeutig unter diese Kategorie fallen, einen wesentlich größeren Anteil als 5% einnehmen. Dies soll an dieser Stelle nur als Beispiel für die fragliche Validität der Ergebnisse dienen.

Trotz allem zeigen sich eindeutige Tendenzen der Ergebnisse, die durchaus in die richtige Richtung weisen. Die **Aufgabenerhebung** zeigt eine Vielzahl von Aufgaben der Mitarbeiter, deren Häufigkeiten sich größtenteils nicht deutlich unterscheiden. Damit sind die Ergebnisse von eher geringem Wert. Der einzige deutlich überrepräsentierte Aufgabenbereich ist „Anmeldung und Termine“. 23 Mitarbeiter (74%, n=31) gaben diesen als eine ihrer täglichen Aufgaben an. Die **Kommunikation mit den Patienten** scheint einen großen Teil der Arbeitszeit in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich zeigen Untersuchungen, dass bei Arzthelfern jedoch Defizite in diesem Bereich bestehen. Die **Schulungsveranstaltung „Kommunikation mit den Patienten“** trägt dieser Tatsache Rechnung (s. 4.2).

Aus den **Ergebnissen des Tagesplans** lassen sich die Spitzenbelastungen der Arbeitszeit ablesen. Diese treten in der Zeit zwischen 8 und 12:30 Uhr und, in geringerem Maße, zwischen 15 und 18 Uhr auf. Die drei Arbeitsgebiete „Patientenversorgung“, „Organisation und Service“ und „Verwaltungsarbeiten“ nehmen ungefähr gleich viel Zeit in Anspruch (Die Fragwürdigkeit des geringen Zeitanteils der „internen medizinischen Arbeiten“ wurde schon diskutiert, s.o.). So sind lediglich die **Spitzenbelastungen** von Interesse. Der bessere Umgang mit diesen Belastungen ist ein Ziel des Projekts. Doch ist fraglich, ob dieses Ziel bei dem geringen Nutzen, den die Ärzte dem Projekt zuschreiben (s. Kap. 3.4), und trotz des Fehlens der Kontinuitätseinführung von QM (s. Kap. 4.2) erreicht werden kann. Wenn die Organisationsmuster und die Menschen sich nicht grundlegend ändern, kann die Qualität nicht verbessert werden (Häussler und Kuch 1999). Wie eine Erhebung der Aufgaben der Mitarbeiter besser durchgeführt werden könnte, müssen **weiterführende Untersuchungen** zeigen. Wert muss dabei jedoch insbesondere auf die **Reliabilität und Validität der Befragungen** gelegt werden.

Die **Erfassung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der letzten drei Jahre** (s. Abb. 1-3, Tab. 4) zeigt, wie wenig Zeit und Kosten von den Praxen in diesen Bereich investiert werden. Durchschnittlich 1,25 Fortbildungsmaßnahmen pro Jahr und Praxis erscheinen **zu wenig**, vor allem, wenn dabei 16% (fünf Mitarbeiter, n=31) drei oder mehr Maßnahmen, 71% (22 Mitarbeiter, n=31) jedoch nur eine bzw. gar keine Maßnahme erhalten, einige Mitarbeiter also bevorzugt aus- und weitergebildet werden, andere hingegen gar nicht. Auffällig ist die **extreme Vernachlässigung der Fortbildung in einzelnen Praxen** (s. Abb. 1), wie P<sub>2</sub>, P<sub>5</sub> und P<sub>8</sub>, wo eine bzw. keine Maßnahme durchgeführt wurde, und die, im Gegensatz dazu, eher große Anzahl von jeweils acht Maßnahmen in den Praxen P<sub>1</sub> und P<sub>4</sub>. Die **Maßnahmen** sind hier jedoch auf die Mitarbeiter sehr **ungleich verteilt** (s. Tab. 4).

Auf welcher Grundlage erhalten Mitarbeiter eine Maßnahme? Ist der schnellste und dominanteste derjenige, der an den meisten Veranstaltungen teilnehmen darf oder werden die Maßnahmen gezielt vergeben? Natürlich müsste zur Beantwortung dieser

Frage die Länge der Betriebszugehörigkeit der einzelnen Praxismitarbeiter festgestellt werden, denn ein Mitarbeiter, der erst ein Jahr in der Praxis arbeitet, hat sicher weniger Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen besucht als ein Mitarbeiter, der im gesamten Zeitraum von drei Jahren der Praxis angehörte. Deshalb sind die Ergebnisse nicht frei von Verzerrungen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch im MQLD hinsichtlich der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen **keine besseren Bedingungen herrschen als in den meisten Arztpraxen Deutschlands**: Zum Einen ist das Angebot an Maßnahmen zwar vielfältig, jedoch unkoordiniert und ohne erkennbares systematisches Qualifikationsangebot. Zum Anderen werden Fort- und Weiterbildungen i.d.R. primär von den Arzthelfern, oftmals ohne Praxiskontext, ausgewählt und selbst finanziert. Diese Defizite müssen durch ein strukturiertes, modulfähiges und praxisorientiertes Fort- und Weiterbildungsangebot, kombiniert mit Führungskompetenz und Praxiszielen kompensiert werden. Denn eine nicht zeitgemäße Ausbildung und ein uneinheitliches Qualifizierungskonzept behindern die Möglichkeit der praxis- und patientenorientierten Arbeit (Schwäbe 2003). Der Verbesserung der Führungskompetenz und der Einführung von Praxiszielen widmet sich das MQLD-Projekt in der **Schulungsveranstaltung „Personalbeurteilung und Personalentwicklung“**.

Auffällig erscheint auch die **Art der Fortbildungsmaßnahmen** (s. Abb. 3, Tab. 4). Nur zwei Veranstaltungen behandelten das Thema Praxismanagement. In nur jeweils einer Veranstaltung wurden die Mitarbeiter in den Bereichen Kommunikation und Rhetorik, Praxisabrechnung und Stressbewältigung weitergebildet. Doch genau in diesen Bereichen sind der Trainingsbedarf der Arzthelfer aus Sicht der Ärzte und die Defizite ihrer Leistungserfüllung aus Sicht der Mitarbeiter besonders groß (s. Tab. 5, 6, Abb. 4, 5). So haben nach Einschätzung der Ärzte 87% der Mitarbeiter im Leistungsbereich „Kommunikationsfähigkeit“ Trainingsbedarf. Ihre „Stressresistenz“ erhöhen sollten 74% der Mitarbeiter. Die Mitarbeiter glauben, u.a. in den Bereichen „Praxisorganisation“ und „psychosoziale und kommunikative Kompetenz“ die Anforderungen nicht ausreichend erfüllen zu können. In anderen Bereichen, die ebenfalls hohen Trainingsbedarf bzw. große Defizite in der Erfüllung der

Anforderungen aufweisen, wurden gar keine Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt (s. Tab. 5, 6, Abb. 4, 5). Personalentwicklung ist aber Führungsaufgabe (Olesch und Paulus 2000). Wenn die Führungsperson (hier der Arzt) in diesem Punkt Defizite aufweist, muss sie dahingehend geschult werden. Dass die genannten Leistungsmerkmale durchaus in vielen Arztpraxen schwerste Defizite erkennen lassen, andererseits aber zentrale Bereiche des Berufsbild Arzthelfer darstellen wird im weiteren Verlauf gezeigt werden.

Bei der **Selbstbeurteilung der Mitarbeiter** müssen ebenfalls Bedenken bezüglich der Durchführung und Auswertung erhoben werden. Bei einzelnen Punkten werden erheblich weniger, bei anderen Punkten sogar mehr (!) als n=34 Angaben gemacht. Die Gründe für diese Abweichungen sind nicht bekannt, jedoch unterliegen die Ergebnisse dadurch potentiellen Verzerrungen. Trotzdem sollen die Ergebnisse an dieser Stelle, soweit möglich, ausgewertet werden.

Die von der Projektleitung verwendete **Berechnung der arithmetischen Mittelwerte** (s. Abb. 4) aus den summierten Angaben der Mitarbeiter bringt einige methodische Probleme mit sich. Korrekter wäre es gewesen, den Median zu ermitteln (s. u.). In jedem Fall dürfen sowohl der arithmetische Mittelwert als auch der Median nur der groben Orientierung dienen. Ihr exakter Wert ist aus Gründen der statistischen Ungenauigkeit (zu kleine Fallzahl), der subjektiven Art der Angaben und der oben beschriebenen Problematik unbrauchbar.

Das größere Problem der Mittelwertberechnung ist aber, dass dadurch das Ergebnis nachhaltig verfälscht wird. So wird der Eindruck erweckt, *alle* Mitarbeiter fühlten sich in *allen* Bereichen von für sie zu hohen Anforderungen überfordert. Möglich ist aber durchaus, dass bei einigen Mitarbeitern genau das Gegenteil der Fall ist – sie sich zum Teil sogar unterfordert fühlen. Diese Ergebnisse würden in diesem Fall von den Angaben der Mitarbeiter, die sich überfordert fühlen, überdeckt. Wichtig wäre zu erfahren, welche Mitarbeiter die Leistungsanforderungen im Verhältnis zu deren Erfüllung quantitativ höher einschätzen und welche Mitarbeiter sich den

Anforderungen eher gewachsen fühlen. Die Ergebnisse in dieser Art und Weise zu verallgemeinern ist also sehr bedenklich.

Nach **Berechnung des Medians** (s. Abb. 5) , zeigt sich, ohne Berücksichtigung der genannten Verzerrungsgefahr, in den Bereichen „medizinisch-fachliches Wissen“, „praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz“ und „Prävention“ kein relevanter Trainingsbedarf mehr. **Trainingsbedarf** besteht vor allem im Bereich „**Praxismarketing**“. Dies zeigen auch die Ergebnisse der Patientenbefragung (s. Kap. 3.3 und 4.3.4). Die **Schulung „Patientenservice und Marketing“** beschäftigt sich mit diesem Thema. Auch der Bereich „**Kostendenken**“, wo es, nach diesen Ergebnissen zu urteilen, ebenfalls Schulungsbedarf gibt, wird in dieser Veranstaltung behandelt. Weiterer Bedarf besteht im Bereich „**Arbeits- und Zeitmanagement**“. Dieser wurde durch die **Schulung „Praxismanagement“** gedeckt. Die Mitarbeiter selbst sind ebenfalls der Meinung, im Bereich „**psychosoziale und kommunikative Kompetenz**“ Nachholbedarf zu haben. Daher zeigt sich hier die Notwendigkeit der **Schulungsveranstaltung „Kommunikation mit den Patienten“**.

Es wurde zwar gezeigt, dass die Ergebnisse der Befragung mit Vorsicht zu bewerten sind. Jedoch zeigen **andere Untersuchungen**, dass auch Ärzte in *den* Bereichen Entwicklungsbedarf sehen, die die Mitarbeiter als verbesserungsbedürftig erkennen (s. Tab. 12).

<b>Bereiche, in denen Ärzte Verbesserungsbedarf für ihre Praxismitarbeiter erkennen</b>	<b>sehr verbesserungsbedürftig</b>	<b>Verbesserungsbedürftig</b>	<b>Insgesamt</b>
medizinisch-fachliches Wissen	21,9%	32,5%	54,4%
praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz	18,3%	31,8%	50,1%
Prävention	17,6%	33,3%	50,9%
Praxisorganisation, darunter.....	56,3%	25,6%	<b>81,9%</b>
.....Grundlagen der Arbeitsorganisation/Zeitmanagement			<b>78,0%</b>
.....Praxismarketing			<b>68,0%</b>
.....Kostendenken			<b>66,0%</b>
psychosoziale und kommunikative Kompetenz	53,5%	26,9%	<b>80,4%</b>

Tab. 12: (Sehr) verbesserungsbedürftige Bereiche im Arbeitsspektrum von Mitarbeitern (n=1580 Ärzte) (Deutsches Ärzteblatt 2001)

Bei den betroffenen Bereichen handelt es sich um **Schlüsselemente** der Praxisarbeit (Schwäbe 2003). Die aus dieser Befragung entstandenen **Schulungsveranstaltungen** greifen also **an der richtigen Stelle** an. Es sei jedoch noch einmal darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse dieses Befragungsteils, auf Grund der beschriebenen Defizite, nicht ohne Weiteres verwendet werden dürfen. Dass die Ergebnisse mit anderen Untersuchungen übereinstimmen, könnte auch dem Zufall zu verdanken sein.

Zur **Beurteilung des Trainingsbedarfs der Mitarbeiter durch die Ärzte** (s. Tab. 6) sei eine Vorbemerkung angeführt: Zur Beurteilung der Anforderungen an die Mitarbeiter und der Erfüllung dieser Anforderungen liegen keine Daten mehr vor. Daher **beschränken sich die** hier dargestellten **Daten auf den eingeschätzten Trainingsbedarf**. Dies scheint nicht weiter schwerwiegend zu sein, da der Trainingsbedarf ein Abbild des Verhältnisses zwischen den Anforderungen und deren Erfüllung darstellen sollte. Doch kann durch den Verlust der Daten nicht geklärt werden, ob in künftigen Befragungen der Einfachheit halber entweder auf die Einschätzung des Trainingsbedarfs oder auf die der Leistungsanforderungen und deren Erfüllung verzichtet werden kann.



Die Ärzte sollen insgesamt **30 verschiedene Eigenschaften ihrer Mitarbeiter bewerten** (s. Anh. 6). Die meisten dieser Eigenschaften wurden in Anlehnung an die Empfehlungen von Olesch und Paulus (2000) zur Erstellung eines Mitarbeiterbeurteilungsbogens in das Instrument aufgenommen. Trotzdem müsste auch dieser Befragungsteil zunächst auf Validität und Reliabilität verifiziert werden (s. Kap. 4.3.4). Der Einsatz eines standardisierten validen und reliablen Bogen wäre allerdings wahrscheinlich die zu bevorzugende Variante, da die Beurteilungskriterien ohnehin nicht auf die spezifischen Gegebenheiten des MQLD zugeschnitten sind. Dadurch würden zwei Risiken eliminiert: Einerseits blieben wichtige Kriterien nicht außen vor. Andererseits würden die Ärzte nicht durch redundante Beurteilungskriterien belastet, die eine hohe Korrelation zu anderen Kriterien aufweisen. **Offensichtliche Korrelationen** lassen sich z.B. zwischen den Kriterien „Belastbarkeit“ und „Stressresistenz“ finden: „Belastbarkeit“ sollen nach Ansicht der Ärzte insgesamt 21, „Stressresistenz“ 23 Mitarbeiter (n=31) trainieren. 19 Mitarbeiter weisen in beiden Punkten Mängel auf.

Die **Hauptaussage der Ergebnisse** besteht darin, dass die meisten Ärzte ihre Mitarbeiter nicht wirklich einschätzen können. So sind scheinbar *alle* Mitarbeiter vor allem in den Praxen P<sub>2</sub> und P<sub>5</sub>, mit Abstrichen aber auch in den Praxen P<sub>7</sub> und P<sub>9</sub> in fast *allen* Bereichen besonders trainingsbedürftig, während in Praxis P<sub>4</sub> und teilweise auch in Praxis P<sub>3</sub> alle Mitarbeiter gute bis sehr gute Leistungen abliefern. Nur in den Praxen P<sub>1</sub>, P<sub>6</sub> und P<sub>8</sub> zeigen sich Ansätze einer differenzierten Beurteilung. Entweder beschäftigen also die genannten Praxen nur besonders schlecht- bzw. besonders gutausgebildete Mitarbeiter oder der **„Trainingsbedarf“ hängt in besonders starkem Maße von den beurteilenden Ärzten ab**. Die Ergebnisse dieser Befragung scheinen also auf eine schlechte Beurteilungsleistung der Ärzte hinzuweisen. Schon deshalb ist die **Schulungsveranstaltung „Personalbeurteilung und Personalentwicklung“** notwendig. Bei zukünftigen Projekten sollte in Betracht gezogen werden, **im Vorfeld** eine solche Schulung für Ärzte durchzuführen, da sonst auf die Personalbeurteilung durch die Ärzte möglicherweise verzichtet werden kann.

Eine Untersuchung des **Zusammenhangs zwischen der Zahl der Fortbildungsmaßnahmen einer Praxis und dem Trainingsbedarf der Mitarbeiter** erübrigt sich, da sich von 36 Fortbildungsmaßnahmen nur vier (zwei Mal Praxismanagement, je einmal Kommunikation und Rhetorik und Stressbewältigung, s. Abb. 3, Tab. 4) auf die Leistungskriterien beziehen.

Anzumerken ist jedoch, dass durchaus einige **Spitzen- bzw. Tiefstwerte** innerhalb einzelner Praxen zu erkennen sind. Mitarbeiter, die im Vergleich zu ihren Kolleginnen aus derselben Praxis besonders wenig Trainingsbedarf haben, sind M<sub>84</sub> und M<sub>34</sub>. Mitarbeiter, die in ähnlichem Maße besonders viel Trainingsbedarf haben, sind M<sub>52</sub> und M<sub>72</sub>. Möglicherweise handelt es sich bei den genannten Mitarbeitern um Erstkräfte bzw. Auszubildende oder besonders junge Mitarbeiter. **Erstkräfte** müssten von Natur aus eine höhere Leistungserfüllung aufweisen bzw. ihre vorgesetzten Ärzte würden ihnen das vermutlich eher bescheinigen als anderen Mitarbeiter. Umgekehrt könnte es bei besonders jungen oder gar noch **in Ausbildung befindlichen Mitarbeiter** sein. Diese dürften aufgrund ihrer Unerfahrenheit noch viel Trainingsbedarf haben. Ob dieser nun tatsächlich oder nur aus Sicht des Arztes vorhanden ist, kann hier, ebenso wie der gegenteilige Fall, aufgrund mangelnder Daten nicht geklärt werden. Fragen zum Dienstalder der Mitarbeiter, Anzahl der Wochenstunden und eine Angabe, ob es sich bei dem betreffenden Mitarbeiter um einen Auszubildenden bzw. eine Führungskraft handelt wären an dieser Stelle hilfreich (Mühlbacher et al. 2003).

Eine **individuelle Auswertung der Ergebnisse** wäre natürlich wünschenswert, da bekanntlich die Einstellung auf individuelle Bedürfnisse der Beteiligten sehr wichtig ist (s.o.). Dabei könnte auf den besonders geringen bzw. besonders hohen Trainingsbedarf einzelner Mitarbeiter eingegangen werden. Den Mitarbeitern mit großem Trainingsbedarf müsste anschließend persönlich die Teilnahme an den betreffenden Schulungsveranstaltungen nahegelegt werden. Mitarbeiter ohne Trainingsbedarf hätten auf die betreffenden Schulungen verzichten können. Durch die unbefriedigende Beurteilungsleistung der Ärzte wird dieses Vorgehen natürlich unmöglich.

Die Tatsache, dass keine **zweite Befragung** nach der Schulungsphase durchgeführt wird, ist sehr bedenklich. Dadurch können die wirklichen Effekte des Projekts nicht erfasst werden. Überdies ist es ein schwerwiegender Fehler in einem QM-System **keine Evaluation** durchzuführen, da somit auch keinerlei *kontinuierliche* Implementierung von Qualität erreicht werden kann. Denn „durch das wiederholte Durchlaufen des Zyklus der problemorientierten Qualitätsverbesserung wird die Qualität des Unternehmens schrittweise verbessert“ (Selbmann 1996).

Es bleibt zusammenzufassen:

- Eine **Mitarbeiterbefragung ist eine adäquate Methode** einer erfolgreichen Personalführung.
- Die **Erhebung der Mitarbeiteraufgaben im Tagesverlauf ist** zur Erfassung von Belastungsspitzen der Arbeitszeit und Verteilung der Aufgaben auf bestimmte Bereiche **nötig**. Fraglich ist jedoch die Notwendigkeit von *zwei* Erhebungen. Zu überdenken ist außerdem der **Aufbau der Erhebungsinstrumente** und die **Auswertung der Ergebnisse** (v.a. bezüglich der Zeitbedarfsberechnung).
- Die **Schulung „Kommunikation mit den Patienten“** begründet sich u.a. in den Ergebnissen der Aufgabenerhebung.
- Die **Erhebung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen** und die **Beurteilung der Mitarbeiterleistung** durch die Ärzte zeigen ein Defizit in der Beurteilungsleistung der Führungspersonen (d.h. der Ärzte). Deshalb wird die **Schulung „Personalbeurteilung und Personalentwicklung“** geschaffen.
- Die Ergebnisdarstellung der **Selbstbeurteilung der Mitarbeiter** ist zwar fragwürdig, erklärt aber die **Schulungsveranstaltungen „Praxismarketing“, „Patientenservice und Marketing“, „Praxismanagement“** und ebenfalls **„Kommunikation mit den Patienten“**. Diese Schulungen beschäftigten sich mit **Schlüsselementen der Praxisarbeit**.
- Der **Projektplan** wird in dieser Hinsicht **nur bedingt umgesetzt**. Die Erhebung der Ergebnisse wird durchgeführt. Die Ergebnisse werden in adäquate Schulungsthemen umgesetzt, deren Notwendigkeit auch durch andere

Untersuchungen gestützt wird. Die **Evaluation der Maßnahmen bleibt** jedoch **aus**. Damit sind die **Ziele des Projekts** (s. Kap. 2.2.1) **gefährdet**.

#### **4.3.4 Patienten** (s. Kap. 2.2.2, 2.2.3, 3.3 , Anh. 8)

Vorbemerkung: Die in diesem Kapitel geäußerten **Verbesserungsvorschläge sind Hypothesen**, deren Gültigkeit erst noch in weiterführenden Untersuchungen zu verifizieren bzw. zu falsifizieren ist.

Die **Zufriedenheit der Leistungsempfänger** sollte eines der höchsten Ziele in einer Dienstleistungsbranche – nichts anderes ist das Gesundheitssystem - sein. „Die einzelnen niedergelassenen Ärzte, die Gemeinschaftspraxen, die Krankenhäuser, die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit ihrem Sicherstellungsauftrag, ja sogar das Bundesministerium für Gesundheit (...) müssten sich als Unternehmer verstehen.“ Das „wohl wichtigste Schlüsselement des modernen Qualitätsmanagements“ ist die „Kunden'-Orientierung (...). Die ganzen Bemühungen, auch die der Qualitätskontrolle, sollten eigentlich nur dem Patienten dienen“ (Selbmann 1996). Deshalb ist eine **Befragung der Patienten ein wesentlicher Bestandteil** eines QM-Programms.

Da die Patienten in den Fragebögen ihre **subjektive Meinung** darlegen, kann es sich zwar selbstverständlich nicht um objektive Daten handeln. „But quality in health and medical care has two dimensions: one relating to professional competence, technical quality, appropriateness and efficacy of treatment; the other to the quality of the patient's experience with care. Qualitative experience in this latter sense affects the way people use the health care system and degree to which they benefit from it“ (Delbanco et al. 1995). Um Aufschluss über diese zweite Dimension, die Patientenerfahrung, zu erhalten, gibt es keine geeignetere Möglichkeit als die Betroffenen selbst zu befragen. Mit dem Wissen, welche Erfahrungen Patienten mit

den angebotenen Leistungen machen, kann man besser einordnen, wie sie Ihre Entscheidungen treffen (Delbanco et al. 1995).

Die **relevanten Themengebiete** einer Patientenbefragung sind nach Bitzer und Dierks (1999):

- Fragen zum aktuellen Arztbesuch
- spezielle Fragen und Globalfragen zur Zufriedenheit
- Einstufung der Wichtigkeit von Arzt-Patient-Interaktion, Wirksamkeit der Behandlung, fachlicher Kompetenz, etc.
- Erhebung soziodemographischer Charakteristika

Diese werden durch die Fragen des Bogens nur zum Teil abgedeckt. Es fehlt die Einstufung der Wichtigkeit und die Erhebung soziodemographischer Charakteristika.

Um einen **Fragebogen** zu erhalten, **der valide und reliabel ist, sowie Diskriminierungsfähigkeit besitzt**, hätte man bei der Erstellung vorgehen müssen wie beispielsweise Bitzer und Dierks (1999): „In einer Pilotstudie und in der ersten Projektphase dienten qualitative Gruppendiskussionen (49 Diskussionssitzungen mit mehr als 400 Patienten) (...) der Erhebung von Indikatoren der Prozessqualität aus der Perspektive der Patienten. (...) In einer zweiten Projektphase wurde auf der Basis der qualitativen Daten in einem mehrstufigen Prozess ein standardisiertes, patientenzentriertes Instrument zur Messung der prozessbezogenen Patientenzufriedenheit konstruiert. [Anschließend] wurden (...) zwei aufeinanderfolgende Befragungen (Voruntersuchung) durchgeführt. Pro Praxis wurden jeweils 50 Befragungssets (Fragebogen, Anschreiben, frankierter Rückumschlag) ausgegeben mit der Bitte, diese Sets an drei aufeinanderfolgenden Tagen an alle Patienten über 18 Jahre auszugeben. Insgesamt wurden 2700 Patienten aus 54 Praxen befragt. (...) Nach einer ersten psychometrischen Prüfung, die u.a. Deskriptionsmaße, exploratorische Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) sowie die Bestimmung der internen Konsistenz durch Cronbach's alpha umfasste, wurde das Instrument optimiert und in verkürzter Form erneut in einer dritten Befragung (Hauptuntersuchung) eingesetzt. Die abschließende psychometrische

Prüfung umfasste wiederum (...) [die oben genannten Untersuchungen]. Darüber hinaus wurde zur Prüfung der Konstruktvalidität eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt.“

Wie sich hier zeigt, entsteht bei der Erstellung eines solchen Erhebungsinstruments ein sehr **hoher Zeit- und Arbeitsaufwand**. Deswegen hätte für das Projekt des MQLD an Stelle eines eigens neu konstruierten ein **standardisierter Fragebogen** eingesetzt werden können. So hätte ein Instrument zur Verfügung gestanden, das nicht nur die oben genannten relevanten Themengebiete einer Patientenbefragung abgedeckt hätte, sondern das, was es zu messen vorgibt, auch wirklich und mit hoher Genauigkeit mißt (Validität und Reliabilität). Das kann aber ein Fragebogen, der lediglich auf den Erfahrungen der Projektleitung beruht, nur bedingt bieten. Deshalb können die einzelnen Punkte des Fragebogens auch nicht bezüglich der Forderungen nach Validität und Reliabilität verifiziert werden. Der Bogen kann diesen Anspruch gar nicht erheben. Trotzdem soll der Fragebogen im Folgenden, soweit möglich, **in Inhalt und Struktur diskutiert** werden.

Da fast keine rein geschlossenen Fragen eingesetzt werden, sondern häufig eine **offene Antwort** möglich ist, eröffnet sich den Patienten die Gelegenheit eine individuelle, von den vorgegebenen Antworten nicht vorgesehene Stellungnahme abzugeben. Dies ist zwar sicher für die Befragten positiv, da sie ihre individuelle Meinung berücksichtigt sehen, stellt aber bei einer statistischen Auswertung erhebliche Probleme dar, weil Einzelmeinungen oft nur schwer einzuordnen sind und meist nur für sich alleine stehen. Eine Lösung, die sowohl der statistischen Auswertung als auch der freien Meinungsäußerung jedes Patienten Rechnung trüge, wäre, am Ende des Fragebogens Raum für freien Text zu lassen, wie dies ja ohnehin geschehen ist (s.u.). Offene Fragen können insofern sinnvoll sein, als dass einzelne relevante Stellungnahmen bei der **Planung nachfolgender Projekte** als vorgegebene Antworten in den Fragebogen aufzunehmen. Unklar bleibt, welchen Einfluss offene Antworten auf die Arbeit der Praxisteam haben. Da sämtliche offenen Antworten nicht mehr zur Verfügung stehen, können sie an dieser Stelle nicht erörtert werden.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Auswertung der Fragebögen ergibt sich aus dem eindeutigen Hinweis an die Befragten, dass „zu allen Fragen (...) **Mehrfachantworten** möglich“ seien. Diese Möglichkeit wird von den Patienten nicht nur bei miteinander vereinbaren, sondern auch bei sich eindeutig widersprechenden Antwortmöglichkeiten häufig genutzt. Hinzu kommt, dass einige Patienten nicht auf alle Fragen antworten. Beides führt bei einigen Fragen zu großen Verzerrungen der Patientengesamtmeinung. Besser wäre daher, entweder im Einzelfall explizit anzugeben, ob Mehrfachantworten möglich sind oder gänzlich auf diese zu verzichten und **genau eine Antwort auf jede Frage** zu zulassen (s.u.). Dieses Problem betrifft zum Beispiel Frage 4.1: Der Empfang in einer Praxis kann nur „sehr freundlich“, „freundlich“ *oder* „weniger freundlich“ sein. Trotzdem machen einige Patienten hier mehr als eine Angabe. Dies macht die Antwort der betreffenden Patienten im Grunde wertlos. Weiterhin sind von der genannten Problematik folgende Fragen betroffen: 1., 2., 3.2, 3.3, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 6.1 und 6.2.

Bei Fragen mit der tatsächlichen Möglichkeit mehrfach zu antworten wäre es unter Umständen besser, entweder die betreffende Frage in zwei oder mehr Fragen **aufzusplitten** (wie dies zum Beispiel bei den Fragen 1, 2, 3.3, 3.4 möglich wäre) oder **jede Aussage einzeln mit den Angabemöglichkeiten „ja“, „nein“** zu versehen. Die Patienten müssten dann bei jeder Aussage entscheiden, ob sie dieser zustimmen wollen oder nicht. Dadurch ließe sich die Patientenmeinung genauer erfassen. Bei der hier gewählten Vorgehensweise kann jedoch nur dann genau die Meinung des Patienten nachvollzogen werden, wenn er die betreffende Aussage wirklich ankreuzt. In diesem Fall stimmt er ihr zu. Setzt er kein Kreuz hinter die betreffende Aussage, besteht entweder die Möglichkeit, dass er ihr nicht zustimmt oder dass er keine Angabe dazu machen möchte. Diese Kritik betrifft z.B. die Frage 3.4: Kreuzt ein Patient die Aussage „Sie würden Ihren Rezeptwunsch gerne auf einen Anrufbeantworter unter einer gesonderten Nummer und zu jeder Zeit aufsprechen können“ oder/und die Aussage „Sie würden Ihren Rezeptwunsch gerne per Fax durchgeben“ an, die Aussage „Ist das Telefon zu häufig besetzt“ jedoch nicht, ist dadurch nicht klar, ob er der

Ansicht ist, die Telephone seien nicht zu häufig besetzt sind oder ob er dazu einfach keine Angabe machen möchte, weil er möglicherweise noch nie mit der Praxis telephonischen Kontakt hatte. Weiterhin betrifft diese Problematik die Fragen 1, 2, 3.1, 3.2, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 6.1 und 6.2.

Beispielsweise könnte die Splittung und Abänderung einer Frage in diesem Sinne folgendermaßen aussehen (Frage 1):

Ursprüngliche Frage:

Das MQLD, Medizinisches Qualitätsnetz Langen/Dreieich

- a. Sie haben bereits von dem MQLD gehört .....
- b. Sie kennen das MQLD nicht .....
- c. Sie interessieren sich für die Aufgaben des MQLD .....

geänderte Frage:

Das MQLD, Medizinisches Qualitätsnetz Langen/Dreieich

Haben Sie bereits von dem MQLD gehört?

- a. ja
- b. nein

Interessieren Sie sich für die Aufgaben des MQLD?

- a. ja
- b. nein

Die Tatsache, dass einige Fragen (1, 2, 3.2, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 6.1 und 6.2) von beiden genannten Problematiken betroffen sind, dass also in diesen Fragen sowohl widersprüchliche, als auch sich nicht ausschließende Aussagen vorkommen, verkompliziert die Problematik natürlich zusätzlich. Die gültige Auswertung einer solchen Frage ist beinahe unmöglich.

Die Ursachen, warum Patienten zu einigen Fragen **keine Angaben** machen, sind wohl vielfältig. Ob dies im Einzelfall aus mangelndem Verständnis für die betreffende Frage, aus mangelnder Motivation oder aus anderen Gründen geschieht ist nicht zu eruieren. Eine entscheidende Ursache für die Nichtbeantwortung einzelner Fragen scheint allerdings darin zu liegen, dass in einigen beteiligten Praxen die Fragebogen beidseitig bedruckt sind. So übersehen vermutlich einige Patienten, dass sich auch auf

104



den Rückseiten der Blätter Fragen befinden und lassen diese unbeantwortet. Zukünftig sollten deshalb einerseits **einheitliche Fragebögen** von der Projektleitung an die einzelnen Praxen ausgegeben werden, so dass nicht die unterschiedliche Form der Fragebogen zu einer Verzerrung der Ergebnisse führt, andererseits sollten alle **Fragebogen nur einseitig bedruckt** werden, damit Patienten möglichst keine Fragen übersehen und diese deshalb unbeantwortet lassen.

Ein **spezielles Problem ergibt sich bei Frage 3.3** („Wenn Sie in der Praxis anrufen und die Telefone belegt sind...“): Eine **Zeitangabe** in Antwortmöglichkeit c („Als Wartezeit am Telefon akzeptieren Sie x Minuten gerne“) dürfte nur dann zur Auswahl stehen, wenn der betreffende Patient Antwort b („möchten Sie warten, bis Ihr Anruf entgegen genommen werden kann“) wählt. Auch wenn es möglicherweise klar scheint, dass Antwort a („möchten Sie das Besetztzeichen hören und später noch einmal anrufen“) Antwort c eigentlich ausschließt, Antwort b eine Zeitangabe in Antwort c nach sich zieht und das Setzen eines Kreuzes in Antwort c grundsätzlich keinen Sinn ergibt, kam es durchaus nicht selten zu folgenden Antwortkombinationen:

Kreuz bei den Antworten a *und* c,

Kreuz bei Antwort a und Zeitangabe in Antwort c,

Kreuz bei Antwort b, aber in c keine Zeitangabe oder nur Kreuz,

nur Zeitangabe bei Antwort c, aber weder bei Antwort a noch bei Antwort b ein Kreuz oder nur Kreuz bei Antwort c.

Schon die komplexe Darstellung der Beantwortungsmöglichkeiten dieser eigentlich einfachen Frage zeigt exemplarisch das **Dilemma der summenstatistischen Auswertung des kompletten Patientenfragebogens**. Es ist durchaus möglich einzelne Tendenzen in den Ergebnissen zu erkennen. Keinesfalls ist es jedoch möglich eine klare, fundierte Aussage über die wirkliche Patientenmeinung zu machen. Dies hängt in gleichem Maße mit der dargestellten Problematik, als auch mit Auswahl und Umfang der Patientenstichprobe zusammen (s. Kap. 2.1.3, 4.1.3).

Eine weitere mögliche Ursache für die teilweise bizarren Antwortkombinationen der Patienten liegt in **Verständnisschwierigkeiten des Fragebogens**. Einzelne Patienten betreffend lassen sich solche Probleme vermutlich nicht eliminieren, doch liegen wohl die Hauptursachen für mögliche Verständnisschwierigkeiten im Fragebogen selbst begründet.

Folgende Punkte könnten zu Verständnisproblemen geführt haben: Bei einigen Fragen werden verschiedener Fragetypen (offene, halboffene und geschlossene) kombiniert, wie zum Beispiel in Frage 2:

### **Der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis**

Ist dies Ihr erster Besuch in unserer Praxis?

ja  nein

- a. Sie besuchen uns ohne Termin .....
- b. Sie haben einen Termin.....
- c. Folgetermin zur Behandlung/Beratung .....
- d. Wiederholungsrezept.....
  
- e. anderes wie: .....

**Kombiniert werden hier auch vollständige Sätze und stichwortartige Antworten.**

Des Weiteren sind nicht nur **Satzbau und Grammatik** bei vielen Fragen fehlerhaft, es wird sogar innerhalb einzelner Fragen die Anredeform der Befragten gewechselt. Beispielhaft für diese gravierenden, jedoch einfach zu behebbenden Mängel ist Frage 6.1:

*Durch die Gespräche mit meinem Arzt..*

- a. können *Sie* immer alles ansprechen, was *Ihnen* wichtig ist .....
- b. haben *Sie* auch das Gefühl, verstanden zu werden .....
- c. fühlen *Sie* sich gut über *Ihr* Anliegen informiert .....
- d. fühlen *Sie* sich manchmal überfordert oder verstehen nicht alles

Ebenso anschaulich ist Frage 6.2:

Die Dauer der Arztgespräche

- a. ist *Ihnen* zu lang.....
- b. ist *Ihnen* lang genug, um alles wichtige für *mich* zu klären .....
- c. ist *Ihnen* zu kurz.....

Patienten könnten beim Durchlesen dieser Fragen nicht nur Verständnisprobleme, sondern auch **Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Fragebogens** bekommen. Im Übrigen könnten sie durchaus den Eindruck erhalten, man lasse ihnen gegenüber den **Respekt vermissen**, weil man nicht dafür Sorge trägt, Ihnen einen fehlerfreien Fragebogen vorzulegen. Dies alles kann im Endeffekt nicht nur zur Nichtbeantwortung der betreffenden Fragen, sondern zu einer **Demotivation der Patienten** und damit zur **Nichtbeantwortung des gesamten Fragebogens** führen. Motivierend für die Patienten ist dagegen sicher der Satz des Dankeschöns für die Beantwortung der Fragen am Ende des Bogens. Hier können sie sich als „Kunden“ der Praxis ernstgenommen fühlen.

Die letzte Frage des Bogens („Welche weiteren Anregungen oder Wünsche haben Sie noch zu unserer Praxis?“) lässt den Patienten zum Abschluss der Befragung selbst zu Wort kommen. Er kann hier seine ganz persönlichen Eindrücke von der Praxis darlegen. Es wird ihm auf diese Weise einmal mehr die Relevanz seiner persönlichen Meinung verdeutlicht er nicht nur eine von den Praxismitarbeitern abzuarbeitende „Nummer“ darstellt (Lederer 1999), die sich allenfalls durch Ankreuzen vorgegebener Antworten erklären darf. Für die jeweilige Praxis kann die offene Meinungsäußerung des Patienten etwas besonders Wertvolles darstellen. Es können möglicherweise unbekannte praxisspezifische Problemgebiete aufgedeckt werden oder vom Patienten als besonders positiv erlebte Dinge beschrieben werden. Für die Weiterentwicklung des QM-Programms können sich so neue Dimensionen von Patientenanliegen ergeben. Leider existieren aber über die offenen Antworten keine Daten mehr (s.o.).

Die anonyme Patientenbefragung soll den einzelnen Praxen ein **Feedback** ihrer Arbeit aus der Patientenperspektive geben (Bitzer und Dierks 1999). Dabei soll die **Eingangsbefragung die bisherigen Erfahrungen der Patienten** eruieren und damit zum Einen als grundsätzliche Rückmeldung und zum Anderen als **Vergleich zur zweiten, der Abschlussbefragung**, dienen. Dadurch soll eine Beurteilung der Effekte des Schulungsprogramms möglich werden. „Feedback from patients can be an

effective catalyst for converting the good intentions of health professionals into a drive for self-examination and improvement” (Delbanco et al. 1995). Da allerdings **keine Abschlussbefragung der Patienten stattfindet**, gilt hier das gleiche wie für die Befragung der Mitarbeiter und deren Beurteilung durch die Ärzte (s. Kap. 4.3.3): Das Projekt kann so nicht abgeschlossen sein. Die Evaluation einer QM-Maßnahme darf nicht unterschlagen werden, sonst kann deren Effizienz nicht ausreichend objektiv beurteilt werden und ein Übergang von der QM-Maßnahme in den Praxisalltag ist nicht möglich.

Der sog. **PDCA-(Plan-Do-Check-Act)-Zyklus**, der auf Edwards Deming, den Geburtshelfer des japanischen Wirtschaftswunders, zurückgeht, ist neben der Kunden-Orientierung und den qualitätsbewussten Mitarbeitern das dritte wichtige Schlüsselement des modernen QM. Dieser Zyklus besteht aus folgenden Punkten:

1. Handlungsbeobachtung, Problemerkennung
2. Problemanalyse
3. Problemlösung
4. Evaluation
5. Qualitätssicherung

Will man jedoch ernsthaft QM-Arbeit betreiben, muss der **Wiedereinstieg in den Kreislauf** erreicht werden (Selbmann 1996; vgl. dazu auch Kap. 4.2: Elemente der Qualitätssicherung nach C. Straub).

Im Folgenden sollen der **Inhalt der einzelnen Fragen und die Ergebnisse der Patientenbefragungen**, trotz der gezeigten Probleme bezüglich ihrer Auswertbarkeit, diskutiert und auf die Umsetzung in die Planung der Schulungsveranstaltungen überprüft werden.

**Frage 1** und in diesem Zusammenhang auch **Frage 2** zielen auf die Marketingarbeit der Praxen im Hinblick auf die **Bekanntmachung des MQLD** bei den Patienten ab. Wenn eine Praxis Mitglied eines Ärztenetzes ist, sollte dies auch den Patienten bekannt sein. Durch die Kooperation der Patienten fällt die Arbeit eines Netzes nicht

nur leichter – die Vernetzung über zentrale Patientenakten sei hier als Beispiel genannt – es kann außerdem sichergestellt werden, dass die Arbeit des Netzes nicht an den Patienten vorbeiläuft (Becker 1999; Klingenberg und Szecsenyi 1999; Szecsenyi 1999b).

Weiterhin ist eine Praxis, die für **gute (QM-)Zusammenarbeit** mit anderen Praxen bekannt ist, vermutlich attraktiver für Patienten. Dies wirkt sich v.a. hinsichtlich individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) positiv aus. Denn „bei IGeL (...) spüren Ärzte und Mitarbeiter den Erfolg ganz direkt“ (Clewing 2002). Zumindest den „**Stammpatienten**“, sollte deshalb das Ärztenetz, in dem die Praxis arbeitet, bekannt sein.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass eine weitere Abstufung zwischen Stammpatienten und Neupatienten durchaus sinnvoll erscheint, als die bloße Unterscheidung nach erstmaligem oder wiederholten Praxisbesuch. Man könnte die Patienten z.B. in folgende Gruppen aufteilen:

- „weniger als drei Praxisbesuche“
- „drei bis zehn Praxisbesuche“
- „mehr als zehn Praxisbesuche“

Patienten mit zwei Besuchen in einer Praxis können wohl noch nicht als „Stammpatienten“ bezeichnet werden. Es ist von unterschiedlicher Relevanz, ob jemand zweimal in einer Praxis war und das MQLD nicht kennt, oder ob ein Patient bereits seit mehreren Jahren wöchentlich die Praxis besucht und noch nie etwas vom MQLD gehört hat. Die wirklichen „Stammpatienten“, also solche mit mehr als zehn Praxisterminen, sollten alle das MQLD kennen. Andernfalls ist die Marketingarbeit diesbezüglich als nicht effizient zu bezeichnen.

Die **Ergebnisse der ersten Frage** erscheinen recht deutlich: Im Durchschnitt aller Praxen kennen 73% (Maximalwert: 83%, Minimalwert: 63%) der Patienten das MQLD nicht. 35% (Max.: 47%, Min.: 17%) interessieren sich aber für das Netz. Wenn aber 88% (Max.: 98%, Min.: 77%) der Befragten nicht zum ersten Mal in der Praxis

sind, ist davon auszugehen, dass sich unter diesen eine große Anzahl echter „Stammpatienten“ befindet. Viele Patienten zeigen sich also durchaus offen für das Ärztenetz, erhalten aber seitens der Praxis anscheinend keinerlei Information darüber. Diesbezüglich besteht also ein **Marketing-Defizit**. Es scheint daher durchaus gerechtfertigt, dass eine **Schulungsveranstaltung** das Thema „**Praxismarketing**“ behandelt.

**Frage 2. a-e** soll klären, wie hoch der Anteil der Patienten einer Praxis ohne Termin ist. Die anderen Antwortmöglichkeiten hätten nicht differenziert werden müssen. Die Frage:

Haben Sie einen Termin?

- a. ja
- b. nein

hätte genügt.

Der Anteil der Patienten ohne Termin liegt insgesamt bei 28% (Max.: 87%, Min.: 9%). V.a. in der Praxis P<sub>4</sub>, die mit 87% weit vor den anderen liegt, dürften sich dadurch weitere **Spitzenbelastungen** für die Mitarbeiter und unkontrolliert lange **Wartezeiten** für die Patienten ergeben.

**Frage 3.1** soll eruieren, wie die Patienten zu ihrer Praxis „fanden“. Da jedoch alle Praxen der hausärztlichen Versorgung angehören, verwundert es nicht, dass 84% (Max.: 93%, Min.: 73%) der Patienten den Termin selbst mit der Praxis vereinbart haben. Die **Relevanz** dieser Frage ist daher v.a. bei Hausärzten **fragwürdig**.

Die Ergebnisse der **Frage 3.2** zeigen, dass bei Telefongesprächen mit dem Praxispersonal der Großteil der Patienten keine Kommunikationsprobleme bemängeln. Nur 4% (Max.: 8%, Min.: 0%) der Patienten geben an, dass „die Information am Telefon“ „nicht ganz klar“ war oder „einige Fragen offen ließ“. Am Telefon scheinen bei den Mitarbeitern kaum Defizite der **Kommunikationsfähigkeit** zu bestehen.

Die Ergebnisse der **Fragen 3.3 und 3.4** liefern den Praxen eine Information, wie sie ihren Service verbessern können. Die meisten Patienten (55%, Max.: 61%, Min.: 45%) wollen bei besetztem Telefon das Besetztzeichen hören und später noch einmal anrufen. Nur 31% (Max.: 44%, Min.: 26%) wollen warten, bis ihr Anruf entgegen genommen werden kann. Die **Einrichtung einer Telefonschleife** scheint also nicht nötig. Damit erübrigt sich die Frage nach der gewünschten maximalen Wartezeit in der Schleife.

Dagegen geben 28% (Max.: 37%, Min.: 13%) der Befragten Patienten an, ihren **Rezeptwunsch** gerne **auf einen Anrufbeantworter** sprechen zu wollen. Es ist also durchaus zu überlegen, diesen Dienst in die Praxis einzuführen. Zumal sich für die Praxis dadurch eine Arbeitserleichterung ergäbe. 14% (Max.: 20%, Min.: 0%) würden gerne **per Fax ein Rezept anfordern**. Auch dieser Service scheint also zumindest in einigen Praxen von manchen Patienten gewünscht zu werden.

Auch die **Fragen 4.1** zeigt **keine Kommunikationsprobleme oder Defizite im Bereich „soziale Kompetenz“** bei den Mitarbeiter. Nur 2% (Max.: 5%, Min.: 0%) geben an, „eher weniger freundlich“ in der Praxis empfangen zu werden.

Die eben genannte „**Soziale Kompetenz**“ und damit die „**Hilfsbereitschaft**“ zählen scheinbar **genausowenig zu den Schwächen der Praxismitarbeiter**. Bei **Frage 4.2** meinen lediglich 7% (Max.: 14%, Min.: 1%) der Patienten, sie würden bei „Fragen und Anliegen“ „häufig getröstet“ oder es werde ihnen „nicht wirklich geholfen“. Lediglich in Praxis P<sub>8</sub> liegt die Quote derjenigen, denen nicht wirklich geholfen werde mit 14% etwas höher.

In den meisten Praxen haben die Patienten überwiegend auch nichts an der „**Atmosphäre an der Anmeldung**“ auszusetzen. Nur 15% (Max.: 36%, Min.: 1%) geben unter **Frage 4.3** an, die Atmosphäre sei ihnen „zu unruhig oder hektisch“. Das Ergebnis wird aber vor allem durch die Patienten der Praxen P<sub>5</sub> (21%), P<sub>6</sub> (36%) und P<sub>8</sub> (31%) nach oben verschoben. Diese Praxen sollten unter Umständen den

**Gestaltung ihres Empfangsbereichs überdenken**, denn dieser Bereich ist der erste Eindruck des Patienten, wenn er die Praxis betritt (Clewing 2002).

Im Bereich **fachliches Wissen** scheinen viele Mitarbeiter Mängel aufzuweisen. In **Frage 5.1** geben nur 49% (Max.: 75%, Min.: 43%) der Patienten an, die Betreuung durch die Mitarbeiter mache „einen fachlich guten Eindruck“. Lediglich Praxis P<sub>7</sub> bildet hier mit 75% eine kleine Ausnahme. Dieses Defizit scheint den meisten Mitarbeitern aber gar nicht bewusst zu sein, denn deren Selbstbeurteilung ergab in diesem Bereich keine Mängel (s. Kap. 3.2). Es gibt also offensichtlich in diesem Bereich Ausbildungsbedarf. Bestätigt werden allerdings die Ergebnisse der Frage 4.1: Aus Patientensicht haben die Mitarbeiter scheinbar **keine Kommunikationsprobleme oder Defizite im Bereich „soziale Kompetenz“**. „Die Betreuung durch unsere Mitarbeiter...“ halten 82% (Max.: 89%, Min.: 73%) für „aufgeschlossen und freundlich“. Obwohl die Betreuung durch die Mitarbeiter in den Augen so vieler Patienten keinen „fachlich guten Eindruck“ macht, meinen nur 3% (Max.: 10%, Min.: 0%), dass die Betreuung „manchmal unsicher“ und 6% (Max.: 14%, Min.: 0%), dass sie „eher hektisch“ erscheine. Hier zeigt sich also keine Notwendigkeit für eine Schulung, sei es zum Thema „Arbeitsorganisation“, „Belastbarkeit“ oder „Kommunikationsfähigkeit“.

Erhebliche Defizite zeigen sich jedoch aus Patientensicht bezüglich der „**Diskretion**“, der „**Vertraulichkeit**“ und der „**sozialen und kommunikativen Kompetenz**“ der Mitarbeiter. Nur durchschnittlich 21% (Max.: 27%, Min.: 17%) der Patienten meinen, die Betreuung durch die Mitarbeiter ermögliche „ein vertrauliches Gespräch“. Aus *diesem* Grund war die **Schulung „Kommunikation mit den Patienten“** nötig. Die Ergebnisse sind, wie gezeigt wurde, zwar mit Vorsicht zu genießen, doch ist mangelnde Diskretion ein weit verbreitetes und oft von Patienten bemängeltes Problem (Lederer 1999).

Die Ergebnisse der **Frage 5.2** deuten auf **Probleme** bei den Praxismitarbeitern bezüglich **der Zusammenarbeit, der Kommunikation untereinander, der**



**Arbeitsorganisation** und möglicherweise auch **der Motivation** hin. Insgesamt nur 66% (Max.: 81%, Min.: 48%) der Patienten meinen, dass „die Zusammenarbeit der Mitarbeiter ein gutes Betriebsklima“ zeige. Nur 48% (Max.: 61%, Min.: 37%) sind der Meinung, die Zusammenarbeit sei „gut organisiert und abgestimmt“. Und nur 32% (Max.: 50%, Min.: 16%) geben an, die Mitarbeiter erweckten den Eindruck, als hätten sie „Spaß an ihrer Aufgabe“. Für „überlastet“ befinden die Patienten die Mitarbeiter anscheinend nicht. Nur 8% (Max.: 14%, Min.: 2%) der Befragten sind dieser Ansicht. Die angesprochenen Probleme sollen in der **Schulung „Praxismanagement“** aufgegriffen werden.

Der **Punkt 6** des Fragebogens ist **für den Arzt ein Feedback** seiner persönlichen Wirkung auf die Patienten. Oft sind ihm aus Patientensicht positiv wie negativ erscheinende Aspekte gar nicht bewusst (Bitzer und Dierks 1999). „Denn die Rückmeldung (...) an die behandelnden Ärzte ist in der ambulanten Krankenversorgung ein besonderes Problem (...), denn nur bei sehr engem Arzt-Patienten-Kontakt erfährt der Arzt etwas darüber. Bleibt der Patient weg, kann es daran liegen, dass er geheilt und zufrieden ist, aber auch dass er unzufrieden ist (...). Das Wissen über Letzteres wäre sicher für den Arzt Anlass, über eine Qualitätsverbesserung nachzudenken. Warum soll man denn auch seine Qualität in Frage stellen, wenn einen keine negativen Meldungen erreichen?“ (Selbmann 1996). Der Arzt kann durch die Ergebnisse dieser beiden Fragen wertvolle Informationen darüber erhalten, wie Patienten seine Kommunikationsqualität (s. Frage 6.1) und die Dauer des Arztgesprächs (Frage 6.2) beurteilen.

Die meisten Patienten 77% (Max.: 94%, Min.: 53%) könnten „immer alles ansprechen, was ihnen wichtig“ sei. 61% (Max.: 67%, Min.: 41%) glauben, dabei auch „verstanden zu werden“. 52% (Max.: 64%, Min.: 38%) fühlen sich „gut über ihr Anliegen informiert“. Nur 6% (Max.: 18%, Min.: 0%) fühlen „sich manchmal überfordert oder“ verstehen „nicht alles“. Es scheinen tatsächlich **Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten** zu existieren. Die Teilnahme an der **Schulungsveranstaltung „Kommunikation mit den Patienten“** ist also durchaus auch für Ärzte sinnvoll. Vor

allem die Praxis P<sub>8</sub> erzielt in diesem Punkt mit Abstand die schlechtesten Ergebnisse. Ob dies nun auf alle drei dort praktizierenden Ärzte oder nur auf einen oder zwei von ihnen zutrifft, bleibt dabei leider offen.

Sich grundsätzlich mehr **Zeit für Patienten** zu nehmen, sollte allenfalls in den Praxen P<sub>5</sub> und P<sub>8</sub> in Betracht gezogen werden. Hier ist 35% bzw. 25% der befragten Patienten das Gespräch „zu kurz“. Im Durchschnitt aller Praxen scheint die „Dauer des Arztgesprächs“ den Patienten dagegen **genau auszureichen**. 76% (Max.: 81%, Min.: 65%) gaben an, die Dauer sei „lang genug um alles wichtige für sie zu klären“. Nur 12% (Max.: 35%, Min.: 0%) meinten, es sei „zu kurz“. 3% (Max.: 11%, Min.: 0%) meinten sogar, das Arztgespräch sei „zu lang“. Grundsätzlich mehr Zeit in das Patientengespräch zu investieren, wäre für die anderen Ärzte nicht sinnvoll. Es führte wahrscheinlich lediglich dazu, dass ein höherer Patientenanteil das Gespräch als zu lang empfände. Die Ärzte sollten stattdessen vielleicht noch mehr auf den einzelnen Patienten eingehen - Empathie beweisen (Lederer 1999) - und versuchen herauszufinden, ob am Ende des Gesprächs auf Seite des Patienten noch Fragen offen sind. Die **Schulungsveranstaltung „Kommunikation mit den Patienten“** sollte also auch in dieser Hinsicht weiterhelfen.

Einige **wichtige Aspekte der Patientenzufriedenheit werden** im vorliegenden Fragebogen **abgehandelt**. Hierzu gehören Zeit für und Geduld mit den Patienten zu haben, Ehrlichkeit, zuhören Können, ausführliche und verständliche Informationen zu geben, Empathie, Kooperation mit anderen Ärzten und Versorgungseinrichtungen, Erreichbarkeit, Praxisorganisation, Diskretion, Empfang der Praxis und vor allem Kommunikation. **Andere, ebenfalls wichtige Aspekte bleiben außen** vor: So legen Patienten auch Wert auf die fachliche Komponente, auf die Kenntnis der eigenen Grenzen des Arztes, auf die Wahrung ihrer Autonomie und auf Art, Ausstattung und Organisation der Praxis. Häufig werden auch zu lange Wartezeiten kritisiert oder auf Grund der Infektionsgefahr der Wunsch nach einem zweiten Wartezimmer für Kinder geäußert. Dies sind ebenfalls größtenteils bekannte Patientenbedürfnisse (Dierks 1995; Gerlach 2001; Kastenholz 1999; Lederer 1999), die hier unberücksichtigt bleiben.

Neben der fehlenden Erhebung soziodemographischer Charakteristika (die Patientenbedürfnisse hängen u.a. von der Art der Erkrankung ab (Lederer 1999)) und der fehlenden Einschätzung der Wichtigkeit (s.o.) ist dies ein großes **Defizit der inhaltlichen Gestaltung** des Fragebogens.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- Die **Befragung der Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil** von QM.
- Es darf aber nur ein **valides, reliables und diskriminierungsfähiges** – also ein standardisiertes - **Instrument** zur Erhebung der Daten verwendet werden.
- Dies wird im MQLD-Projekt versäumt, so dass der vorliegende Fragebogen **inhaltliche und Strukturelle Defizite** aufweist.
- Dadurch sind die **Ergebnisse nur mit größter Vorsicht zu bewerten**.
- **Offene Fragen liefern** scheinbar lediglich **Denkanstöße** für Veränderungen und für die Aufnahme neuer Punkte in Fragebogen zukünftiger Untersuchungen.
- **Fragen mit Mehrfachantworten** sind ebenso zu **vermeiden** wie Kombinationen aus offenen und geschlossenen Fragen.
- Die Fragebögen sollten für alle Projektteilnehmer **einheitlich** und nur einseitig bedruckt sein.
- Um **Verständnisprobleme** und Ärger auf Seiten der Patienten zu vermeiden, ist auf klare Ausdrucksweise, korrekte Grammatik und korrekten Satzbau zu achten.
- Eine **Folgebefragung nach der Schulungsphase** wäre notwendig. Ohne diese Ergebnisse ist das Projekt unvollständig. Weiterhin ist die Einführung der **Kontinuität damit unmöglich**.
- Die **korrekte Auswertung der Ergebnisse** und deren sinnvolle **Umsetzung in das Schulungsprogramm** gestaltet sich zwar auf Grund der genannten Widrigkeiten **schwierig**, findet jedoch, soweit möglich, in angemessenem Umfang statt.
- So werden die bestehenden **Defizite des Praxismarketings** in der gleichnamigen **Schulungsveranstaltung** aufgegriffen.

- Die schwerwiegenden **Defizite im Bereich Diskretion** werden in der **Schulung „Kommunikation mit den Patienten“** aufgegriffen, an der auch die Ärzte teilnehmen sollten.
- Die **Probleme der Zusammenarbeit**, der Kommunikation untereinander und der Arbeitsorganisation wurden in der **Schulung „Praxismanagement“** behandelt.
- Außerdem muss die Notwendigkeit der **fachlichen Weiterbildung** der Mitarbeiter geprüft werden.
- Die durch einen **hohen Anteil von Patienten ohne Termin** auftretenden Probleme werden angedeutet.
- **Keine Veränderungen** müssen die meisten Praxen den Befragungsergebnissen zufolge in folgenden Gebieten vornehmen: Kommunikation am Telefon, Einrichtung einer Telefonschleife, Empfang der Patienten durch die Mitarbeiter, Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter, (mit Ausnahmen) den Gestaltung des Empfangsbereichs, der Umgang der Mitarbeiter mit Patientenanliegen, Zeit für das Arzt-Patient-Gespräch
- In Erwägung zu ziehen ist die Einrichtung eines **Anrufbeantworters zur Rezeptbestellung**.

#### 4.3.5 Ärzte (s. Kap. 2.2.2, 3.4, Anh. 9,10)

Aufbau und Ergebnisse des Ärztefragebogens zu ihrer persönlichen Einschätzung des Projekts, QM in der Arztpraxis und des MQLD als Praxisnetz wurden bereits in den Kap. 4.1.1 und 4.2 ausführlich besprochen.

#### 4.3.6 Schlussfolgerungen für die Anpassung der Schulungsveranstaltungen

(s. Kap. 2.2.3 und 4.3.2 bis 4.3.4)

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, werden (unter der Annahme der Korrektheit der Befragungsergebnisse) die Inhalte der Schulungsveranstaltungen

genau an die mittels der Befragungsinstrumente erfassten spezifischen Gegebenheiten und Probleme der Teilnehmer angepasst. In künftigen Projekten sollten die erzielten Ergebnisse bei der Erarbeitung eines Schulungsprogramms in ähnlicher Form berücksichtigt werden.

#### **4.4 Vergleich des Projekts mit anderen QM-Systemen** (s. Kap. 1, Anh. 1-8)

Beim Vergleich des MQLD-Projekts mit den in der Einleitung dargestellten QM-Systemen (EPA und QM-System der Berlin-Chemie) ist zu berücksichtigen, dass das **MQLD-Projekt als Modell** dasteht und damit noch nicht etabliert oder gar validiert ist.

Gemeinsam ist allen drei Modellen die Betonung des **internen QM**. Wie das System der Berlin-Chemie wurde das MQLD-Projekt empirisch entwickelt. Damit ist es dem EPA, das auf einer wissenschaftlichen Grundlage basiert, in dieser Hinsicht unterlegen.

Der **Aufbau** des MQLD-Modells enthält sowohl vergleichbare **Elemente** des EPA als auch des Systems der Berlin-Chemie. Mit dem EPA vergleichbare Bausteine sind die Patienten- und Mitarbeiterbefragung und mit Abstrichen die Rückmeldung der Patientenbefragungsergebnisse an die Praxen. Allerdings sind die Vergleichsmöglichkeiten aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und der bloßen Gegenüberstellung der Einzelergebnisse zum Durchschnitt stark eingeschränkt. Ein Benchmarking wäre erst bei Ausweitung des Modells auf eine größere Anzahl von Praxen möglich.

Die Konzentration auf Workshops ähnelt eher dem Programm der Berlin Chemie. Wobei beim MQLD-Projekt keine reinen Workshops, sondern Schulungen mit workshopähnlichem Aufbau durchgeführt werden, die anhand der Befragungsergebnisse thematisch angepasst werden.

Einige der **Themenschwerpunkte** des MQLD wie Praxismanagement, Patientenservice und Marketing, Kommunikation mit dem Patienten und Personalbeurteilung und –entwicklung sind vergleichbar mit den EPA-Domänen Finanzen, Qualität und Sicherheit, Informationen und Menschen vergleichbar. Die Praxisinfrastruktur, die im EPA eine große Rolle spielt, bleibt allerdings beim MQLD-Projekt beinahe unberührt. Themenschwerpunkte des Berlin-Chemie-Systems wie Praxisleitbild, Kostenmanagement, Patientenservice, Qualitätsfragen, Teambesprechung werden auch vom MQLD-Projekt weitgehend erfasst. Das Thema Netzkommunikation ist ein Thema, das nicht die klassischen internen Praxisbereiche tangiert und daher aufgrund der speziellen Teilnehmerstruktur des MQLD-Projekts (MQLD als Ärztenetz) auch nur dort Berücksichtigung findet.

Der PDCA-Zyklus setzt eigentlich eine **Evaluation** des Modellprojekts voraus, die derjenigen des EPA vergleichbar gewesen wäre (s. Kap. 4.3.3, 4.3.4). Eine solche Evaluation ist im Projektplan tatsächlich vorgesehen, wird aber nicht durchgeführt. Die Implementierung dieses wichtigen Bestandteils in den Ablauf dürfte aber bei zukünftigen Projekten, die auf dem MQLD-Projekt aufbauen, keine großen Probleme bei der Umsetzung darstellen. Bei der im Projektplan angedachten Evaluation handelt es sich ja ohnehin um eine Wiederholung der Eingangsbefragungen. Die Probleme der Repräsentativität bei der Durchführung der Patientenbefragung wurden in Kap. 4.1.3 bereits ausführlich behandelt.

Die **Beurteilung der Mitarbeiter durch die Ärzte**, die nur im MQLD-Projekt stattfindet, ist sicherlich ein interessanter Punkt, der weiterverfolgt werden kann, gerade weil dieses Element eine adäquate Beurteilungsfähigkeit voraussetzt, die viele Ärzte nicht vorweisen können (s. Kap. 4.3.3).

Die **DIN EN ISO 9001:2000** (Deutsches Institut für Normung 2000, s. Kap. 4.5), die bei den Vergleichsprogrammen eine zentrale Rolle spielt, diente auch im MQLD-Projekt als Arbeitsbasis. So ist die Messung der Kundenzufriedenheit und deren

ständige Steigerung durch die Wirksamkeit des QM-Systems das zentrale Element der Norm. Die von der Norm gestellten und mit der ambulanten Krankenversorgung kompatiblen Anforderungen an ein QM-System, wie Analyse und Verbesserung von Prozessen, Verantwortung der Leitung, Personalmanagement und Kommunikation mit dem Kunden (=Patienten) werden zum großen Teil angegangen. Andere Elemente der Norm, wie die Verwendung eines **Praxishandbuchs** oder ein internes Audit fehlen.

Der **Zeitaufwand** beim MQLD-Modell liegt mit ca. 16 Stunden pro Teilnehmer (Ärzte und Mitarbeiter) zwischen dem des EPA (Arzt: 11 Stunden, Mitarbeiter: 3-11 Stunden) und dem des Berlin-Chemie-Programms (Arzt: 26 Stunden, Mitarbeiter: 3 Stunden). Der Zeitaufwand für die Umsetzung der Neuerungen kann bei allen drei Programmen keine Berücksichtigung finden.

Die **Kosten** für das MQLD-Projekt in Höhe von insgesamt ca. 20.000 Euro (von der KV Hessen finanziert) betragen bei n=9 teilnehmenden Praxen pro Praxis ca. 2.200 Euro. In Anbetracht der Tatsache, daß es sich um ein Modellprojekt handelt und damit die Entwicklungskosten ohne Abstriche auf dieses eine Programm umgeschlagen werden müssen, liegen die Gesamtkosten im Vergleich zu EPA (2.150 Euro pro Praxis) und zum Programm der Berlin-Chemie (1.000 bis 2.000 Euro pro Praxis) auf einem sehr gutem Niveau.

Ein **Zertifikat**, das die Praxen des MQLD entgegen den Vorgaben des Projektplans nicht erhalten, ermöglichte die objektive Bewertung des Projekts. Ein solches Zertifikat müßte selbstverständlich wie bei EPA von einer unabhängigen Einrichtung erteilt werden, da ansonsten lediglich ein Nachweis über die (erfolgreiche) Teilnahme der einzelnen Praxen, nicht jedoch eine Beurteilung der Qualität des QM-Systems selbst gewährleistet wäre.

Das MQLD-Modell weist also im Vergleich mit dem EPA-System und dem System der Berlin-Chemie **sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede** auf:

- Vergleichbar erscheint das MQLD-Projekt den beiden Konzepten in den Grundprinzipien des **internen QM** und des „**dynamischen Modells**“ (Orientierung am PDCA-Zyklus), und in einigen **Themenschwerpunkten** wie Finanzen und Patienten- und Mitarbeiterbezug.
- Bezüglich der **Befragungsbausteine**, des Ergebnis-**Feedbacks** an die Praxen und der **Evaluation** bestehen gewisse Vergleichbarkeiten mit dem EPA.
- Dagegen ist die Konzentration auf **workshopähnliche Schulungen** dem Berlin-Chemie-Programm vergleichbar.
- **Kosten** und **Zeitaufwand** liegen im Mittel der beiden Vergleichssysteme.
- Grundlage des Konzepts (**keine wissenschaftliche Validierung**) und externe Bewertung (**keine Zertifizierung**) sind weniger hochwertig als beim EPA.
- Das Projekt orientiert sich an **DIN EN ISO 9001:2000**. Ein Praxishandbuch wird im Gegensatz zu den Vergleichssystemen nicht verwendet.
- Die **Beurteilung der Mitarbeiter durch die Ärzte** ist eine Besonderheit des MQLD-Konzepts.

#### **4.5 Entwicklungsstand von QM in der ambulanten Krankenversorgung**

Seit Beginn des MQLD-Projekts haben sich im Bereich QM in der ambulanten Krankenversorgung einige Neuerungen ergeben, die Teil eines Umfelds sind, in dem das Projekt zu sehen ist. Der aktuelle Entwicklungsstand soll an dieser Stelle anhand des Qualitätszielkatalogs der KBV und der rechtlichen Vorgaben zum QM in der ambulanten Medizin aufgezeigt werden.

Der **Qualitätszielkatalog der KBV** ist gegliedert in die fünf Kapitel Patientenversorgung, Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Praxisführung und Organisation und Qualitätssicherung. Diese Kapitel sind unterteilt in insgesamt 17 Themen, welche wiederum insgesamt aus 60 Subthemen bestehen. Zu jedem Subthema wird ein Ziel vorgegeben, das durch ein bis



sieben Indikatoren näher definiert wird. Jeder Indikator wird schließlich durch eine konkrete Frage überprüft. Anhand eines Beispiels soll dies verdeutlicht werden:

Kapitel:	Patientenversorgung
Thema:	Zugang zur Patientenversorgung
Subthema:	Leistungsspektrum
Ziel:	Das Leistungsspektrum und besondere Serviceleistungen der Praxis sind definiert und übersichtlich dargestellt.
Indikator Nr.1:	Das Leistungsspektrum und besondere Serviceleistungen der Praxis sind dargelegt.
Frage:	Wo bzw. in welcher Form sind das Leistungsspektrum und besondere Serviceleistungen Ihrer Praxis beschrieben?

Kapitel, Themen, Subthemen werden im Katalog jeweils näher erläutert.  
(Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005)

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V sind die **Vorgaben zu QM in der ambulanten Medizin** „generell rechtlich geregelt“. Danach ist jede Praxis zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität verpflichtet. Dieser Verpflichtung ist zum einen durch einrichtungsübergreifende Maßnahmen und zum anderen durch die Einführung eines einrichtungsinternen QM nachzukommen. Merkmale des QM sind dabei „Elemente wie:

- Festlegungen von Verantwortungen und Befugnissen
- Anweisungen zu Standardabläufen und wiederkehrenden Prozessen
- Schriftliche Dokumentation der relevanten Prozesse
- Festlegung von Überwachungsverfahren
- Etablierung von Beauftragten zur Kontrolle
- Einführung von Risiko-Bewertungs-Systemen
- Sicherstellung ständiger Verbesserung durch Fehlerlenkung, Korrektur- und Vorbeuge-Maßnahmen“

„Das [Die Verpflichtung zu QM] kommt insbesondere dadurch zum Ausdruck, dass die Aufsichtsbehörden angekündigte und unangekündigte Inspektionen durchführen können und in einigen Geltungsbereichen sogar müssen.“

(Kölb-Keerl 2005)

Als Beispiel der möglichen Weiterentwicklung des MQLD-Projekts sei an dieser Stelle der **neue Patientenfragebogen der MedizinQM** genannt (s. Anh. 12). Bei der Erstellung des Bogens wurden zahlreiche in dieser Arbeit aufgezeigten Mängel bereits behoben (s. Kap. 4.3.4). So führt die Einheitlichkeit der Fragen zu mehr Übersichtlichkeit, Fragen zu sozioökonomischen Gesichtspunkten wurden eingefügt, die Patienten erhalten nur noch am Ende die Möglichkeit zur freien Meinungsäußerung, die Möglichkeit der Mehrfachantwort besteht nicht mehr, jede Frage behandelt genau ein Thema und schließlich wurde auf die Vermeidung von Rechtschreib- und Grammatikfehlern geachtet.

## 5. Zusammenfassung

Im Jahr 2000 wird im MQLD (Medizinisches Qualitätsnetz Langen-Dreieich), einem Ärztenetz in Südhessen, das **Modellprojekt „Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung“** auf der Basis der DIN EN ISO 9001:2000 entwickelt, das Arbeitsbereiche wie Praxismanagement, Patientenservice und Kommunikation mit den Patienten durch themenbezogene Trainingseinheiten, aufbauend auf den Ergebnissen einer fragebogenbasierten Patienten- und Mitarbeiterbefragung, verbessern soll. Das Projekt wird von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen mitfinanziert und von der Firma Medizin-QM durchgeführt. Es ist als „dynamisches Modell“ konzipiert und damit vergleichbar mit anderen QM-Systemen (QM = Qualitätsmanagement) wie EPA (Europäisches Praxisassessment) oder dem System der Berlin-Chemie.

**Ziel der vorliegenden Untersuchung** ist es, das QM-Projekt als Beginn einer dynamischen Entwicklung darzustellen, die Ergebnisse der einzelnen Schritte zu diskutieren und die Bedeutung des Projekts für das Umfeld von QM in der ambulanten Krankenversorgung zu erörtern.

- Der **Projektplan** dient als Grundlage. Er definiert grundlegende Fragen zu Bearbeitungsobjekt, Projektzielen, Zusammenhang zwischen Projekt und Qualitätspolitik der Einrichtung, Evaluation, Verantwortlichkeit, Kooperation, Zeitplan, Logistik, Ablauf, Dokumentation und Integration der Ergebnisse in den Alltag. Die Kontinuitätseinführung von QM fehlt im Plan des MQLD-Projekts. Dadurch bleiben Projektziele wie die systematische Verbesserung der Netzkommunikation und die kontinuierliche Steigerung der Mitarbeiterleistung unerreicht.
- Ein Projekt muss an die **gegebene Infrastruktur** angepasst werden. Das MQLD-Projekt erreicht dies durch die Erstellung des Praxisprofils und zum Teil mittels der oben angeführten Ergebnisse der Ärzte-, Mitarbeiter- und Patienten-Befragung.

- Eine **Teilnahmequote** von 17% **der Praxen** (9 von 53) ist zu gering. Die Quote kann in zukünftigen Projekten erhöht werden durch die Setzung positiver Teilnahmeanreize wie zum Beispiel Bonitätsregelungen, durch die Überzeugung, dass QM zur Verringerung des Arbeitsaufwands führt und durch optimale Information potentieller Projektteilnehmer.
- Die **Teilnahmequote der Mitarbeiter** liegt mit 66% (31 von 47) im akzeptablen Bereich. Sie korreliert eng mit der Motivationsfähigkeit des Arztes. QM muss als Unternehmenskultur gelebt und Führungsaufgabe werden.
- Die Zahl der teilnehmenden Patienten liegt mit 528 (verteilt auf acht Praxen) im unteren Akzeptanzbereich einer Stichprobengröße. In mindestens zwei Praxen ist die Patientenzahl mit 29 beziehungsweise 36 aber deutlich zu gering. Die Auswahl einer ausreichend großen und möglichst repräsentativen **Patientenstichprobe** von mindestens 50 bis 100 Patienten aus *jeder* Praxis und die Verteilung der Fragebögen müssen in Zukunft systematisch erfolgen, das heißt beispielsweise durch ein fortlaufende Ausgabe der Bögen inklusive eines frankierten Rückumschlags im Rahmen eines persönlichen Gesprächs.
- Aufgrund besserer Vergleichbarkeit der Ergebnisse, insgesamt geringeren Zeit- und Organisationsaufwands, besserer Standardisierungsmöglichkeiten und wegen der Möglichkeit der Bearbeitung größerer Zahlen sind **Fragebögen als quantitative Erhebungsinstrumente** qualitativen Erhebungsinstrumenten wie beispielsweise Focus-Group-Discussions vorzuziehen. Die mangelhafte Erfassung unterrepräsentierter Gruppen, die Informationsfilterung und Praxisferne durch schriftliche Meinungsäußerung und die zeitlich verzögerte Rückmeldung müssen dafür in Kauf genommen werden. Fragebögen müssen dabei valide, reliabel, diskriminierungsfähig und einheitlich sein. Die eingesetzten Bögen erfüllen diesen Anspruch nicht. So ist auch der anzustrebende Vergleich der Ergebnisse mit externen Daten (Querschnittstudie) nicht möglich.
- **Mitarbeiterbeteiligung** in Form von Befragung, Beurteilung und Schulung mit Fokussierung auf die Schwerpunkte Weiterbildung und Organisation der Arbeit ist essentiell für eine erfolgreiche Personalführung und führt zu qualitätsbewußten Mitarbeitern. Sie ist eines der Schlüsselemente des modernen QM. Die

**Beurteilungsfähigkeit der Ärzte** muss vor einer Mitarbeiterbeurteilung sichergestellt werden.

- Eine **Patientenbefragung** ist als Teil des QM-Schlüsselements 'Kunden'-Orientierung ein essentieller Bestandteil eines Projekts.
- Die **Schulungsveranstaltungen** werden an die spezifischen Gegebenheiten und an die Befragungsergebnisse angepasst. Geschult werden die Bereiche Praxismanagement, Patientenservice und Marketing, Kommunikation mit den Patienten, Personalbeurteilung und -entwicklung und Netzkommunikation.
- Die **Durchführung der Schulungsveranstaltungen** wird von den Teilnehmern für ausreichend bis mangelhaft befunden. Die angekündigten Lehrmethoden werden nicht eingesetzt. Die didaktische Qualität der Ausbilder ist daher sicherzustellen.
- Im **Vergleich mit anderen QM-Systemen** zeigen sich Kompatibilitäten von Grundkonzepten, Themenschwerpunkten und einzelnen Bausteinen. Validierung und Zertifizierung des MQLD-Projekts sind jedoch unzureichend.

Abschließend ist zu betonen, dass es sich beim QM-Projekt des MQLD um ein **Modell** handelt, das für die künftige QM-Arbeit in der Arztpraxis weiterentwickelt und optimiert werden muss. Es stellt lediglich die Basis der Entwicklung weiterer QM-Projekte dar.

## Summary

In 2000 the MQLD (Medizinisches Qualitätsnetz Langen-Dreieich), a physician network in Hessen (Germany) develops a model project called “Staff Development and Training”. It is based on the DIN EN ISO 9001:2000 (Deutsches Institut für Normung 2000) and it aims for an improvement in various spheres of work such as practice management, patient service and communication with patients. To achieve these aims patients and staff members are asked to complete questionnaires. Then, thematic training sessions are developed based on the results of the survey. The project is partly financed by the “Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen” and it is realized by the MQLD-Company. It is designed as a “dynamic model” and therefore comparable with other QM-Systems (QM = Quality Management) such as EPA or Berlin Chemistry.

The aim of the present analysis is to portray the QM-Project as a beginning of a dynamic development. Furthermore, the results and the relevance of the project for ambulant care for patients are to be discussed.

- The project is based on a plan which answers basic questions concerning the subject and goal of the project, the connection between the project and quality security politics of the involved practices, evaluation, responsibilities, cooperation, schedule, logistics, order of events, documentation and integration of the results in everyday work. The introduction of continuous QM to the involved practices is missing in the plan. Therefore, goals like a systematic and lasting improvement in the network communication or a continuous increase in efficiency of the staff remain unattainable.
- It is necessary to adapt a project to the given infrastructure. The MQLD-Project achieves this by preparing a profile of the practice and partly by evaluating the above mentioned interviews with physicians, staff members and patients.
- A participation rate of 17% of the practices (9 out of 53) is too low. In future projects the rate can be increased by giving positive incentives such as a bonus

system or convincing the participants of the reduction of the work amount with the help of QM. Potential participants can probably be convinced to take part in the project by giving them optimum information.

- The participation rate of the staff-members is 66% (31 out of 47) which is acceptable. It correlates closely with the motivation abilities of the physician. QM has to be realized in the practice and has to be part of the executive functions of the head of a practice.
- The number of the patients that took part in the project (528 spread over eight practices) is only just acceptable as a representative sample. At least in two practices the size of the sample is with 29 and 36 patients clearly too small. In future projects it is essential to make sure that from *each* practice a representative sample of patients is selected, consisting of at least 50 to 100 persons. Furthermore, it is necessary to distribute questionnaires systematically, for example by handing them out to every patient together with a post paid envelope in the course of a personal conversation.
- Due to the better comparability of the results, the better means of standardisation and because of the possibility to cover bigger samples questionnaires (as a quantitative survey instrument) are better suited than qualitative survey instruments such as Focus-Group-Discussions. Insufficient coverage of underrepresented groups, filtration of information and distance to practice resulting from written statements and the delayed feedback have to be put up with. Questionnaires have to be valid, reliable, able to discriminate and standardized. The used forms do not meet these requirements. Therefore, the comparability with external data (cross-section study), that should have been aimed for, is impossible.
- Staff participation in form of interviews, assessment and training focussed on the improvement and organisation of the work is essential for a successful staff management and leads to quality aware staff members. It is one of the key elements of modern QM. In advance of a staff assessment the assessment abilities of the physicians have to be checked.
- A patient survey is part of the QM key element “customer” orientation and therefore essential for a QM-Project.

- The training sessions are adapted to the specific circumstances and the results of the surveys. They deal with practice management, patient service and marketing, communication with patients, staff assessment and staff development and communication within the network.
- The realization of the training sessions is rated from sufficient to insufficient by participants. The announced teaching methods are not used. It is therefore important to ensure the didactic qualities of the instructors.
- In comparison with other QM-Systems this project shows compatibilities with basic concepts, with focal points of themes and with certain elements. However, validity and certification of the MQLD-Project are insufficient.

Finally, it needs to be emphasized that the QM-Project is a model project which has to be developed and optimized for future use. It is only a basis for further QM-Projects.



## 6. Literatur

1. Abholz, H.-H., Stuttgart, Deutschland (1995), Die Problematik der Evaluation hausärztlicher Tätigkeit, aus: Szecsenyi, J. und Gerlach, F. M. (Hrsg.), Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin – Nationale und internationale Perspektiven, Hippokrates Verlag, 68
2. Ackermann, H., Frankfurt am Main, Deutschland (1999, 3. Auflage), Biometrie, Epsilon Verlag, 20f
3. AQUA-Institut, Göttingen, Deutschland (2004), EPA – Europäisches Praxisassessment, Eigenverlag
4. Becker, L., Dr. med., Göttingen, Deutschland (1999), Das Patientenbuch aus: Szecsenyi, J., Magdeburg, K., Kluthe, B., Weber, C., Bausch, J., Schindler, H. (Hrsg.), Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“, Eigenverlag, 55f
5. Bitzer, E., Dierks, M.-L., Baden-Baden, Deutschland (1999), Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 125-182
6. Clewing, D., Dipl.-Ing., Linden, Deutschland (2002), Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis, Eigenverlag, 5, 11, 18
7. Delbanco, T. L., M.D.; Gerteis, M., Ph.D.; Edgman-Levitan, S., P.A.; Walker, J. D., R.N., M.B.A.; Boston, USA (1995), Measuring and Improving Quality of Care by Collecting Patients' Reports aus: Selbmann, H.-K., Prof. Dr.; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 30: Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin / Evaluation of Quality Assurance in Medicine, Bleicher Verlag, 234ff
8. Deutsches Ärzteblatt, Deutschland (2001), Heft 45/2001, A-2928
9. Dierks, M.L., Hannover, Deutschland (1995), Was erwarten Patienten von ihrem Hausarzt? Ergebnisse einer Pilotstudie, aus: Szecsenyi, J. und Gerlach, F. M.

- (Hrsg.), Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin – Nationale und internationale Perspektiven, Hippokrates Verlag, 69-80
10. Deutsches Institut für Normung e.V., Berlin, Deutschland (2000), DIN EN ISO 9001:2000 – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen, Eigenverlag
  11. Donabedian, A. (1980), Explorations in quality assessment and monitoring, Volume I. The definition of quality and approaches to its assessment, aus: Ann Arbor (Hrsg.): Health Administration Press
  12. Gerlach, F. M., Prof. Dr., Stuttgart, Deutschland (2001), Qualitätsförderung in Praxis und Klinik – Eine Chance für die Medizin, Thieme-Verlag, 10-12, 43, 46, 70-82, 96f, 267, 269
  13. Grol, R., Prof. Ph.D., Baden-Baden, Deutschland (1996), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung in den Niederlanden, aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung – Workshop zur Vorbereitung eines Demonstrationsprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 44
  14. Grol, R., Prof. Ph.D., Nijmegen, Niederlande (1995), Quality in general practice in the netherlands: Development and Implementation of a system for quality assurance and improvement, aus: Selbmann, H.-K., Prof. Dr.; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 30: Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin / Evaluation of Quality Assurance in Medicine, Bleicher Verlag, 153
  15. Häussler, Baden-Baden, Deutschland (1996), Ergebnisprotokoll der Arbeitsgruppensitzung „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Praxis – neue Verfahren“, aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung – Workshop zur Vorbereitung eines Demonstrationsprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 141f
  16. Häussler, B., Kuch, C., Baden-Baden, Deutschland (1999), Warum und wozu braucht man Qualitätsmanagement in der Arztpraxis?, aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Ergebnisse des vom

- Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 18f, 21f, 35f
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung – Abteilung Qualitätsmanagement, Berlin (2005), Qualität und Entwicklung in Praxen – Qualitätszielkatalog Version 1.3, Eigenverlag
  18. Kastenholz, H., Dr. med., Bonn, Deutschland (1999), Vorwort, aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 3f
  19. Klingenberg, A., Dipl.-Biologin und Szecsenyi, J., Dr. med. Dipl.-Soz., Göttingen, Deutschland (1999), Bewertung durch Patienten, aus: Szecsenyi, J., Magdeburg, K., Kluthe, B., Weber, C., Bausch, J., Schindler, H. (Hrsg.), Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“, Eigenverlag, 82-115
  20. Kölb-Keerl, Ruth, Dr. med. (2005), Rechtliche Vorgaben zum Qualitätsmanagement in der ambulanten Medizin, Eigenverlag
  21. Lederer, J., Baden-Baden, Deutschland (1999), Wie werden Abläufe und Schwachstellen in der Arztpraxis analysiert? aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung – Workshop zur Vorbereitung eines Demonstrationsprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 69-124
  22. Lorenz, G., Stuttgart, Deutschland (1995), Etablierung der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin – Vorstellungen aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, aus: Szecsenyi, J. und Gerlach, F. M. (Hrsg.), Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin – Nationale und internationale Perspektiven, Hippokrates Verlag, 22f
  23. Luithlen, E., Baden-Baden, Deutschland (1996), Was soll Qualitätssicherung aus der Sicht des BMG leisten: Die Ziele des Demonstrationsprojektes, aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung – Workshop zur Vorbereitung eines Demonstrationsprojektes des

- Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 18f
24. MedizinQM, Niedernberg, Deutschland (2004), Qualitätsmanagement-Handbuch, Eigenverlag
  25. Mühlbacher, A., Nübling, M., Unteregger, E., Niebling, W., Berlin, Freiburg im Breisgau, Deutschland (2003), Mitarbeiterbefragung in Hausarztpraxen, aus: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Heft 11/2003, 79.Jahrgang, Hippokrates Verlag, 535-540
  26. Niebling, W., Unteregger, E., Böckmann, H., Dietsche, B., Mühlbacher, A., Nübling, M., Freiburg im Breisgau, Berlin, Denzlingen, Deutschland (2003), Umfassendes Qualitätsmanagement in einem Hausarztnetz – ein Werkstattbericht, aus: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Heft 11/2003, 79.Jahrgang, Hippokrates Verlag, 530-534
  27. Olesch, G. Dr., Paulus, J., München, Deutschland (2000), Innovative Personalentwicklung in der Praxis – Mitarbeiter-Kompetenz prozessorientiert aufbauen, C.H. Beck Wirtschaftsverlag, 135 151-162, 175f, 183f
  28. Potthoff, P., Leeds, Großbritannien (1997), Monitoring health outcomes in ambulatory treatment of headache patients, aus: Long AF, Bitzer EM (Hrsg.) Health outcomes and evaluation: context, concepts and successful applications, 113-119
  29. Röhrig, P. und Raffauf, P., Baden-Baden, Deutschland (1999), Wie kann Qualitätsmanagement in Gang kommen? aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 40, 60-63
  30. Schwäbe, Nicole, Kisdorf-Wohld, Deutschland (2003), Arzthelferin – ein Berufsbild im Wandel, aus: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Heft 11/2003, 79.Jahrgang, Hippokrates Verlag, 553-558
  31. Selbmann, H.-K., Prof. Dr.; Tübingen, Deutschland (1995), Qualitätssicherung und Evaluation aus: Selbmann, Hans-Konrad, Prof. Dr.; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 30: Evaluation qualitätssichernder

- Maßnahmen in der Medizin / Evaluation of Quality Assurance in Medicine, Bleicher Verlag, 54
32. Selbmann, H.-K., Prof. Dr., Baden-Baden, Deutschland (1996), Zum Stand der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer analytischen Bestandsaufnahme, aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung – Workshop zur Vorbereitung eines Demonstrationsprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 24f, 29, 34f
  33. Szecsenyi, J., Dr. med. Dipl.-Soz., Göttingen, Deutschland (1999a), Warum werden Netze geknüpft? aus: Szecsenyi, J., Magdeburg, K., Kluthe, B., Weber, C., Bausch, J., Schindler, H. (Hrsg.), Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“, Eigenverlag, 3, 9f
  34. Szecsenyi, J., Dr. med. Dipl.-Soz., Göttingen, Deutschland (1999b), Zusammenfassung und Ausblick, aus: Szecsenyi, J., Magdeburg, K., Kluthe, B., Weber, C., Bausch, J., Schindler, H. (Hrsg.), Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“, Eigenverlag, 208
  35. Weisner, E., Dr.; Köln, Deutschland (1995), Wie funktioniert die Qualitätssicherung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland? aus: Selbmann, H.-K., Prof. Dr.; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 30: Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin / Evaluation of Quality Assurance in Medicine, Bleicher Verlag, 157
  36. Williamson, J. W., M.D.; Salt Lake City, USA (1995), Health Care Quality Management in the 21<sup>st</sup> Century aus: Selbmann, H.-K., Prof. Dr.; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 30: Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin / Evaluation of Quality Assurance in Medicine, Bleicher Verlag, 25f

## **7. Anhang**

# Anhang 1 – Projektplan

Medizinisches Qualitätsnetz Langen Dreieich

1.Vorsitzender: [REDACTED]

2.Vorsitzender: [REDACTED]



## Projektantrag

### Konzept zur Personalentwicklung/Mitarbeiterschulung im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Systems für die ambulante Krankenversorgung

Modellprojekt des  
MQLD  
Medizinischen Qualitätsnetz Langen-Dreieich

in Zusammenarbeit mit der

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Georg-Voigt-Str. 15  
60325 Frankfurt am Main

Langen, den 10. Dezember 2001

Inhalt	Seite
1. Einführung und Ziele	2
2. Aufgaben des Projektes	3
3. Projektverlauf	4
4. Zeitplan	5
5. Finanzierungsplan	6

## 1. Einführung und Ziele

Im Praxisalltag der dem MQLD angeschlossenen Praxen kommt es regelmäßig zu Spitzen der Arbeitsbelastung. Insbesondere in Gemeinschaftspraxen werden dabei an die Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter hohe Anforderungen gestellt. Es wird regelmäßig beobachtet, dass Patienten mit ihren Anliegen und Wünschen nicht sofort bedient werden können, sondern warten müssen. Dies kann sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter zu Stress und Spannungen führen; Ergebnis ist deswegen wiederholt die Verschlechterung der objektiven und subjektiven Qualität der medizinischen Versorgung in dieser Praxis.

Die Zusammenarbeit innerhalb des MQLD bedarf der Weiterentwicklung. Eine wesentliche Grundlage der Zusammenarbeit ist dabei die Kommunikation innerhalb des Netzes. Die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung soll durch **Verbesserung des Kommunikationsverhaltens** und den **Einsatz geeigneter Kommunikationsinstrumente** verbessert und weiterentwickelt werden.

Die Praxen des MQLD werden gemeinsam ein einheitliches System zur Personalentwicklung und Mitarbeiterschulung erarbeiten und einführen. Grundlage für die Erstellung des Personalentwicklungskonzeptes ist eine **Erhebung der Ausgangssituation** (Ist-Zustand) in den Praxen. Die Inhalte sollen sich an der **aktuellen Bedarfssituation der Praxis** (Soll-Zustand) orientieren und durch Minimierung der Defizite die Qualität der Arbeitsleistung steigern.

Das Projekt des Qualitätsmanagement-Systems soll Modellcharakter haben und wird der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Zusammenarbeit angeboten.

Die Mitglieder des MQLD sind bereit, die notwendigen Erhebungs-, Analyse- und Konzeptionsmaßnahmen zu unterstützen und die anschließende Umsetzung des Konzeptes sicherzustellen.

## 2. Aufgaben des Projekts

- Erfassen der Bedarfssituation durch Analyse des Ist-Zustandes mit Definition von Engpässen im Praxisablauf unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und des Verhaltens der Mitarbeiter.
- Erarbeitung des Anforderungsprofils der fachlichen und persönlichen Leistungsfähigkeit für Praxismitarbeiter und Ärzte als Mitglieder des MQLD.
- Verbesserung des Kommunikationsverhaltens durch Mitarbeiterschulung und den Einsatz geeigneter Kommunikationsinstrumente des MQLD.
- Entwicklung und Implementierung eines Trainings Konzeptes mit einzelnen, aufeinander abgestimmten Bausteinen unter Berücksichtigung auf die Übertragbarkeit für andere Ärzte-Netze.



- Kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft sowie der Qualitätsleistung der Mitarbeiter.
- Steigerung der Motivation der Mitarbeiter durch Beteiligung an der Konzeption und Durchführung des Projektes.

### **3. Projektverlauf**

#### **Schritt 1: Analyse der organisatorischen Rahmenbedingungen**

Als Grundlage der Projektarbeit erfolgt eine formblattgestützte Erhebung der betroffenen Arbeitsplätze und der Mitarbeiter.

Dazu werden die folgenden Inhalte erfragt:

- Analyse des Kommunikationsverhaltens und der verwendeten Kommunikationsinstrumente des MQLD,
- Übersicht der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der letzten 3 Jahre,
- Übersicht der betroffenen Mitarbeiter und deren Profile,
- Erhebung der Aufgaben und der Stellenanforderungen,
- Ermittlung der Spitzen der Arbeitsbelastung und der damit verbundenen Engpässe,
- Bewertung der Arbeitssituation und der Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Mitarbeiter.

#### **Schritt 2: Erarbeitung der erforderlichen Aus- und Weiterbildung**

Auf der Grundlage der Ergebnisse und Auswertungen der Analyse der Ausgangssituation und der Definition des Soll-Zustandes wird ein Seminarplan entwickelt. Dieser berücksichtigt die folgenden Inhalte:

1. Anforderungsprofil der betroffenen Stellen,
2. Anzahl der betroffenen Mitarbeiter,
3. Festlegung von Art und Inhalt der Aus- und Weiterbildungsbausteine,
4. Zeitplanung für die Maßnahmen,
5. Wiederholungs- und Vertiefungsbedarf definieren,
6. Entwicklungen von Möglichkeiten zur Erfolgskontrolle.

#### **Schritt 3: Durchführung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen**

Abhängig von den Arbeitsschritten 1 und 2 werden die einzelnen Maßnahmen individuell für jede Praxis gestaltet. Die Trainingsmaßnahmen werden durch Anpassung der folgenden Bausteine gestaltet:

<b>Schulungs- und Trainingsbausteine</b>	<b>mögliche Inhalte</b> (werden je nach Bedarf individuell ausgewählt und auf die übrigen Maßnahmen abgestimmt)
Netzkommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klärung der Ziele und Anforderungen an Netzkommunikation,</li> <li>- Regelung der netzinternen Kommunikation,</li> <li>- Einsatz von Hilfsmitteln und Kommunikationsinstrumenten,</li> <li>- Umgang mit typischen Anlässen netzinterner Kommunikation,</li> </ul>
Stressbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Spitzen der Belastung,</li> <li>- Umgang mit emotionalen Belastungen,</li> <li>- Reaktion auf Problem-Patienten,</li> <li>- Stressabbau,</li> </ul>
Arbeitsorganisation in der Praxis und am Empfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminvergabe,</li> <li>- Umgang mit Ein- und Ausgangspost,</li> <li>- Diskretion im Empfangs- und Wartebereich,</li> <li>- Information der Patienten während des Aufenthaltes in der Praxis,</li> </ul>
Kommunikationstraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlagen der Menschenkenntnis,</li> <li>- Fragetechnik u. Rückfragen von Patienten,</li> <li>- Medizin für Laien verständlich formulieren,</li> <li>- Patientenaufklärung und Patientinformation,</li> <li>- Kommunikation und emotionale Intelligenz,</li> </ul>
Teamkommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfolgreiche Teambesprechung durchführen,</li> <li>- Konflikterkennung, Konfliktbewältigung,</li> <li>- Erkennen und Verbessern des Betriebsklimas,</li> <li>- Umgang mit Mobbing,</li> <li>- Erkennen und Nutzen von Teamprofilen</li> </ul>
Telefontraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenansprache am Telefon,</li> <li>- Telefonnotizen und Mitteilungen,</li> <li>- Informationsaufnahme im Patientengespräch</li> <li>- Weiterleitung von Telefonaten in der Praxis</li> </ul>

Die Teilnehmer üben die Schulungsbausteine anhand von **Fallbeispielen**. Dabei werden **Einzel- und Gruppenübungen** durchgeführt. Rollenspiele ausgewählter Situationen werden dokumentiert und analysiert. In Feedback-Gesprächen erlernen die Teilnehmer, ihr eigenes Verhalten zuverlässiger einzuschätzen. Der Umgang zweckbestimmter Verhaltensmustern wird geübt.

Schulungsmaßnahmen und Workshops können mit bis zu 20 Teilnehmern durchgeführt werden.

Einzelne Übungen finden mit maximal 10 Personen statt. Die Anzahl der Veranstaltungen je Baustein hängt von den ausgewählten Inhalten ab und liegt zwischen 3 und 5 Veranstaltungen.

#### Schritt 4: Dokumentation und Evaluation

Die Ergebnisse der Erhebungsphase werden ebenso wie das nachfolgend entwickelte Trainingskonzept und die durchgeführten Trainingsmaßnahmen der einzelnen Teilnehmer dokumentiert und evaluiert.

Die Erfolgskontrolle wird durch die Wiederholung einzelner Bausteine des Projektverlaufs mit Vorher- und Nachher-Erhebungen durchgeführt. Insbesondere wird von den Praxis Mitarbeitern die Einschätzung der Maßnahmen und Techniken des Schulungsprogramms erfragt und ausgewertet. Die Ergebnisse des Projekts und der Evaluation sollen auf ihre Übertragbarkeit mit Mitgliedern der KV Hessen und des MQLD diskutiert und bewertet werden. Ziel ist es dabei, die **Möglichkeiten zur Umsetzung in anderen Ärzte-Netzen** bzw. Strukturen der ambulanten Krankenversorgung zu überprüfen und einzuschätzen und auch darüber zu befinden, inwieweit das Modellprojekt Gegenstand in der Aus- und Weiterbildung von Arzthelferinnen und von Ärzten vor der Niederlassung werden kann.

#### 4. Zeitplan

Für die Durchführung des Projektes ist folgender Zeitplan vorgesehen:

Projektphase	Arbeitsschritte	Termine
Vorphase	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auftragserteilung</li><li>- Absprachen mit den Teilnehmern</li><li>- Abstimmung mit der KV</li><li>- Klärung der Finanzierung</li></ul>	bis Februar 2002
Projektbeginn	<ul style="list-style-type: none"><li>- Initialworkshop mit allen Mitarbeitern</li><li>- Durchführung der Erhebungsphase</li></ul>	ab März 2002
Trainingskonzeption	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auswertung der Erhebungsdaten</li><li>- Erarbeitung des Trainingskonzeptes</li><li>- Erstellung des Trainingsplans</li><li>- Terminplanung</li></ul>	Ende April 2002
Trainingsdurchführung	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organisation und Durchführung der einzelnen Trainingsmaßnahmen lt. Trainingsplan</li></ul>	Mai bis Dezember 2002
Erfolgskontrolle	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mitarbeiterbefragung</li><li>- Patientenbefragung</li></ul>	Januar 2003

## 5. Finanzierungsplan

Als Kosten für die einzelnen Leistungsbausteine kalkulieren wir den folgenden Kostenrahmen:

Analyse und  
Konzeption des Trainingskonzeptes € 7.700,00

Die Leistungen umfassen die Projektierung, das Briefing der Teilnehmer, die Vorbereitung, Auswertung und Dokumentation der Erhebungen und die Entwicklung eines Trainingsplans sowie dessen Abstimmung mit dem Netzvorstand und den Teilnehmern.

Moderation je Arbeitsgruppensitzung € 2.550,00

In der Moderation einer Arbeitgruppensitzung ist die Vorbereitung, die Durchführung und die Auswertung der Ergebnisse der Sitzung enthalten. Es handelt sich im allgemeinen um 1 tägige Sitzungen. Die Themen der Sitzungen werden aus dem Ergebnissen der Projektierung und der Auswertung der Erhebungen entwickelt.

Training je Trainingstag € 2.000,00

Der Leistungsumfang eines Trainingstages umfasst die Konzeption der Trainingsinhalte, die Bereitstellung der notwendigen Technik, die Erstellung und Vervielfältigung der eingesetzten Trainingsunterlagen

Den genannten Kostensätzen sind Reisekosten, Spesen sowie die gesetzliche Mehrwertsteuer hinzuzurechnen.

Zur Auftragsdurchführung, Systementwicklung und Implementierung des Modellprojekts ist die Zusammenarbeit mit einer Tochtergesellschaft der VR-Consult AG vorgesehen.

[REDACTED]

für das MQLD

Langen, den 15. Dezember 2001

**Kontaktadresse:**

[REDACTED]

## Anhang 2 – Fragebogen zur Praxis

Stellen Sie uns bitte die Angaben zu Ihrer Praxis auf den folgenden 2 Seiten zusammen. Diese Angaben sind eine wichtige Voraussetzung für die weitere Durchführung des Projektes. Wir wollen Ausschreibungen oder Angebote für Schulungsmaßnahmen sowie die zukünftige Korrespondenz direkt an die betroffenen Personen in Ihrer Praxis richten.

Formblatt Nr.: 1 Informationen zu Ihrer Praxis	Ihre Angaben
- Praxis	
- Straße	
- PLZ/Ort	
- Fachrichtung	
- Bestellpraxis	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> nein</span> wenn ja, wie hoch ist etwa der Anteil der Spontanbesuche.....%
- Telefonnummern	
- Fax	
- email	
- Internetadresse	
- Ansprechpartner für dieses Projekt	
- Sonstiges:	

Wie viele Ärzte sind in Ihrer Praxis tätig?

Name:

Fachrichtung:

(nimmt am  
Projekt teil)

.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

Nennen Sie Ihre Mitarbeiter der Praxis:

Name:

Aufgabe:

(nimmt am  
Projekt teil)

.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

Welche Abteilungen bieten Sie in Ihrer Praxis an?

- Labor
- Ultraschall
- Röntgen
- sonstiges:

.....

.....

.....

.....

Dieses Blatt sollten alle MitarbeiterInnen der Praxis, jeder auf einem eigenen Formblatt (Kopien) ausfüllen.

Name des Mitarbeiters:.....

Nennen Sie uns bitte die Aufgaben, die Sie regelmäßig an Ihrem Arbeitsplatz ausüben. Geben Sie uns einen kurzen Überblick über die wichtigsten Inhalte dieser Aufgaben.

<i>Regelmäßig wiederkehrende Aufgaben an Ihrem Arbeitsplatz</i>	<i>Die wichtigsten Tätigkeiten im Rahmen dieser Aufgabe</i>	<i>Häufigkeit</i>				<i>Bemerkungen</i>
		<i>Täglich</i>	<i>Wöchentlich</i>	<i>Monatlich</i>	<i>unregelmäßig</i>	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						





**Anhang 5 – Fragebogen für Mitarbeiter zur Beurteilung ihres Weiterbildungsbedarfs**

Wo sehen Sie Weiterbildungsbedarf?

Wo sehen Sie derzeit Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die folgenden Fähigkeiten?	Anforderungen							Erfüllungsgrad						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
medizinisch-fachliches Wissen														
praktisches Können in diagnostischer und therapeutischer Assistenz														
Prävention														
Praxisorganisation, darunter.....														
.....Arbeitsorganisation														
.....Zeitmanagement														
.....Praxismarketing														
.....Kostendenken														
Psychosoziale und kommunikative Kompetenz														







## Anhang 7 – Fragebogen zum Tagesablauf der Mitarbeiter

Nennen Sie uns bitte die Uhrzeit, zu der Sie einer Ihrer wichtigsten Aufgaben nachgehen (*Bsp. Telefonate, Patientenannahme u.a.m.*). Tragen Sie dazu bitte in der Spalte mit der Nummer der jeweiligen Aufgabe deren Häufigkeit ein (*Strichliste*).

Datum:..... Mitarbeiter:.....

Aufgaben In der Zeit von.....bis.....	1.	2.	3.	4.	5.
7 <sup>00</sup> Uhr bis 7 <sup>30</sup> Uhr					
7 <sup>30</sup> Uhr bis 8 <sup>00</sup> Uhr					
8 <sup>00</sup> Uhr bis 8 <sup>30</sup> Uhr					
8 <sup>30</sup> Uhr bis 9 <sup>00</sup> Uhr					
9 <sup>00</sup> Uhr bis 9 <sup>30</sup> Uhr					
9 <sup>30</sup> Uhr bis 10 <sup>00</sup> Uhr					
10 <sup>00</sup> Uhr bis 10 <sup>30</sup> Uhr					
10 <sup>30</sup> Uhr bis 11 <sup>00</sup> Uhr					
11 <sup>00</sup> Uhr bis 11 <sup>30</sup> Uhr					
11 <sup>30</sup> Uhr bis 12 <sup>00</sup> Uhr					
12 <sup>00</sup> Uhr bis 12 <sup>30</sup> Uhr					
12 <sup>30</sup> Uhr bis 13 <sup>00</sup> Uhr					
13 <sup>00</sup> Uhr bis 13 <sup>30</sup> Uhr					
13 <sup>30</sup> Uhr bis 14 <sup>00</sup> Uhr					
14 <sup>00</sup> Uhr bis 14 <sup>30</sup> Uhr					
14 <sup>30</sup> Uhr bis 15 <sup>00</sup> Uhr					
15 <sup>00</sup> Uhr bis 15 <sup>30</sup> Uhr					
15 <sup>30</sup> Uhr bis 16 <sup>00</sup> Uhr					
16 <sup>00</sup> Uhr bis 16 <sup>30</sup> Uhr					
16 <sup>30</sup> Uhr bis 17 <sup>00</sup> Uhr					
17 <sup>00</sup> Uhr bis 17 <sup>30</sup> Uhr					
17 <sup>30</sup> Uhr bis 18 <sup>00</sup> Uhr					
18 <sup>00</sup> Uhr bis 18 <sup>30</sup> Uhr					
18 <sup>30</sup> Uhr bis 19 <sup>00</sup> Uhr					

## Anhang 8 - Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

neben unseren medizinischen Leistungen möchten wir auch dafür sorgen, dass Sie sich in unserer Praxis gut betreut fühlen. Wir wollen die Leistungen unseres Praxisteam's ständig verbessern, aus Fehlern lernen und auf die persönlichen Bedürfnisse unserer Patienten eingehen. Dazu sind uns Ihre Wünsche und Anregungen besonders wichtig. Um hier mehr zu erfahren, führen wir zusammen mit anderen Praxen des MQLD, dem medizinischen Qualitätsnetz Langen/Dreieich diese anonyme Patientenbefragung durch.

In dem folgenden Fragebogen bitten wir Sie um Ihre offene und auch kritische Meinung. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit zur Beantwortung der Fragen nehmen. Sie helfen uns damit, Ihre Wünsche und Ideen in die Weiterentwicklung unserer Leistungen einfließen zu lassen.

Kreuzen Sie bitte die Aussage an, denen Sie zustimmen können. Zu allen Fragen sind **Mehrfachantworten möglich**. Bitte werfen Sie den Fragebogen nach dem Ausfüllen in die Box in unseren Praxisräumen. Unsere Mitarbeiter stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

### 1. Das MQLD, Medizinisches Qualitätsnetz Langen/Dreieich

- a. Sie haben bereits von dem MQLD gehört .....
- b. Sie kennen das MQLD nicht .....
- c. Sie interessieren sich für die Aufgaben des MQLD .....

### 2. Der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis

Ist dies Ihr erster Besuch in unserer Praxis?

ja  nein

- a. Sie besuchen uns ohne Termin .....
- b. Sie haben einen Termin .....
- c. Folgetermin zur Behandlung/Beratung .....
- d. Wiederholungsrezept .....
- e. anderes wie: .....

### 3. An der Anmeldung

3.1 Die erste Terminvereinbarung in der Praxis erfolgte...

- a. durch mich selbst .....
- b. durch einen Angehörigen .....
- c. durch einen behandelnden Arzt .....
- d. sonstiges, nämlich: .....

### 3.2 Die Information am Telefon...

- a. haben Sie gut verstanden .....
- b. waren nicht ganz klar .....
- c. ließen einige Fragen offen .....
- d. Sie hatte keinen telefonischen Kontakt .....

### 3.3 Wenn Sie in der Praxis anrufen und die Telefone belegt sind..

- a. möchten Sie das Besetztzeichen hören und  
später noch einmal anrufen.....
- b. möchten Sie warten,  
bis Ihr Anruf angenommen werden kann .....
- c. Als Wartezeit am Telefon akzeptieren Sie  Minuten gerne...

### 3.4 Wenn Sie in unserer Praxis anrufen.....

- a. Ist das Telefon zu häufig besetzt .....
- b. Sie würden Ihren Rezeptwunsch gerne auf einen  
Anrufbeantworter unter einer gesonderten Nummer  
und zu jeder Zeit aufsprechen können .....
- c. Sie würden Ihren Rezeptwunsch gerne per Fax durchgeben .....

## 4. Der Empfang in unserer Praxis

### 4.1 Wie werden Sie in unserer Praxis empfangen?

- a. sehr freundlich .....
- b. freundlich.....
- c. eher weniger freundlich .....

### 4.2 Wie gehen die Mitarbeiter mit Ihren Fragen und Anliegen um?

- a. Die Mitarbeiter hören Ihnen zu und helfen gerne .....
- b. Sie werden an andere verwiesen, die Ihnen helfen können.....
- c. Sie werden häufig getröstet.....
- d. Es wird Ihnen nicht wirklich geholfen .....

### 4.3 Die Atmosphäre an der Anmeldung

- a. ist angenehm und entspricht Ihren Wünschen .....
- b. ist Ihnen zu unruhig oder hektisch.....
- c. bietet ausreichenden Platz .....
- d. Sie würden sich folgendes wünschen:  
.....

## 5. Unser Praxisteam

### 5.1 Die Betreuung durch unsere Mitarbeiter

- a. ist aufgeschlossen und freundlich .....
- b. macht einen fachlich guten Eindruck .....
- c. erscheint manchmal unsicher .....
- d. ist eher hektisch .....
- e. ermöglicht ein vertrauliches Gespräch .....

### 5.2 Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter

- a. zeigt ein gute Betriebsklima in der Praxis .....
- b. ist gut organisiert und abgestimmt .....
- c. die Mitarbeiter sind überlastet .....
- d. Mitarbeiter haben Spaß an ihrer Aufgabe .....

## 6. Das Gespräch mit dem Arzt

### 6.1 Durch die Gespräche mit meinem Arzt..

- a. können Sie immer alles ansprechen, was Ihnen wichtig ist .....
- b. haben Sie auch das Gefühl, verstanden zu werden .....
- c. fühlen Sie sich gut über Ihr Anliegen informiert.....
- d. fühlen Sie sich manchmal überfordert oder verstehen nicht alles

### 6.2 Die Dauer der Arztgespräche

- a. ist Ihnen zu lang .....
- b. ist Ihnen lang genug, um alles wichtige für mich zu klären .....
- c. ist Ihnen zu kurz .....

Welche weiteren Anregungen oder Wünsche haben Sie noch zu unserer Praxis??

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen. Wir werden gerne versuchen, Ihre Anregungen zu berücksichtigen.

Ihr Praxisteam



## Anhang 9 - Anschreiben an die teilnehmenden Ärzte und Fragebogen zu deren persönlichen Einschätzung

[REDACTED]

Herrn/Frau

[REDACTED]

[REDACTED], den 02. Apr. 2003

Sehr geehrter Herr/Sehr geehrte Frau [REDACTED],

mein Name ist [REDACTED]. Ich promoviere bei [REDACTED] an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main zum Thema „Ein Qualitätsmanagementsystem in der ambulanten Krankenversorgung“.

Dabei geht es um das Modellprojekt des MQLD zur Patientenzufriedenheit und Mitarbeiter-schulung, das von Januar 2002 bis März 2003 durchgeführt wurde und an dem Sie teilgenommen haben. Ich habe daher ein paar Fragen an Sie.

Mir ist bewusst, wie knapp Ihre Zeit vermutlich bemessen ist. Trotzdem wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich einen Augenblick Zeit nehmen, den beigefügten Fragebogen vollständig ausfüllen und ihn mir in dem frankierten Rückumschlag zurücksenden könnten. Sie würden mir dadurch sehr weiterhelfen.

Selbstverständlich werde ich Ihre Daten für meine Arbeit anonymisieren und nicht mit Ihren Angaben zusammen an dritte (beispielsweise an die Vorstandschaft des MQLD) weitergeben.

Mit freundlichen Grüßen und Dank für Ihre Mühe

[REDACTED]

1. Warum haben Sie an dem Modellprojekt teilgenommen?

---

---

2. Haben Sie von Anfang bis Ende des Projekts teilgenommen?

O ja O nein

Wenn Sie vor Beendigung des Projektes ausgeschieden sind: Warum haben Sie Ihre Teilnahme beendet?

---

---

3. Haben Sie sowohl an der Mitarbeiterbefragung, als auch an der Patientenbefragung teilgenommen?

O ja O nein

Sollten Sie nur an einer Befragung teilgenommen haben: Welche Gründe hatten Sie, nur an einem Teil des Projektes teilzunehmen?

---

---

4. Wie viele Mitarbeiter hat Ihre Praxis insgesamt?

Wie viele Mitarbeiter haben an dem Projekt teilgenommen?

Warum haben die anderen Mitarbeiter nicht teilgenommen?

---

---

5. Wie beurteilen Sie den Nutzen und die Durchführung des Projekts?

---

---

6. Wie bewerten Sie Qualitätsmanagement (QM) in der ärztlichen Praxis allgemein?

---

---

Für wie wichtig halten Sie es?

sehr unwichtig

unwichtig

wichtig

sehr wichtig

Betreiben Sie selbst aktiv QM in Ihrer Praxis?

ja  nein

7. Was halten Sie von Ärztenetzen im Allgemeinen und vom MQLD im Speziellen?

---

---

Welchen persönlichen Nutzen ziehen Sie aus dem MQLD?

---

---

## Anhang 10 - Anschreiben an die nichtteilnehmenden Ärzte und Fragebogen zu deren persönlichen Einschätzung

[REDACTED]

Herrn/Frau

[REDACTED]

[REDACTED], den 02. Apr. 2003

Sehr geehrter Herr/Sehr geehrte Frau [REDACTED],

mein Name ist [REDACTED]. Ich promoviere bei [REDACTED] an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main zum Thema „Ein Qualitätsmanagementsystem in der ambulanten Krankenversorgung“. Dabei geht es um das Modellprojekt des MQLD zur Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterschulung, das von Januar 2002 bis März 2003 durchgeführt wurde.

Sie sind zwar Mitglied des MQLD, haben aber nicht an dem Projekt teilgenommen. Ich habe daher ein paar Fragen an Sie.

Mir ist bewusst, wie knapp Ihre Zeit vermutlich bemessen ist. Trotzdem wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich einen Augenblick Zeit nehmen, den beigefügten Fragebogen vollständig ausfüllen und ihn mir in dem frankierten Rückumschlag zurücksenden könnten. Sie würden mir dadurch sehr weiterhelfen.

Selbstverständlich werde ich Ihre Daten für meine Arbeit anonymisieren und nicht mit Ihren Angaben zusammen an dritte (beispielsweise an die Vorstandschaft des MQLD) weitergeben.

Mit freundlichen Grüßen und Dank für Ihre Mühe

[REDACTED]

1. Warum haben Sie nicht an dem Modellprojekt teilgenommen?

---

---

2. Wie bewerten Sie Qualitätsmanagement (QM) in der ärztlichen Praxis allgemein?

---

---

Für wie wichtig halten Sie es?

sehr unwichtig

unwichtig

wichtig

sehr wichtig

Betreiben Sie selbst aktiv QM in Ihrer Praxis?

ja  nein

3. Was halten Sie von Ärztenetzen im Allgemeinen und vom MQLD im Speziellen?

---

---

Welchen persönlichen Nutzen ziehen Sie aus dem MQLD?

---

---

# Anhang 11 – Schulungsprogramm

## Vorbemerkungen

Sehr geehrte ProjektteilnehmerIn,

Der MQLD hat ein Modellprojekt in Zusammenarbeit und mit Förderung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen initiiert. Mit der Durchführung dieses Projektes ist die MEDIZIN-QM GmbH beauftragt worden.

Ziel dieses Schulungsangebotes ist es, ein individuelles und auf die Bedürfnisse der Mitglieder des MQLD abgestimmtes Angebot an Schulungsbausteinen zu entwickeln und durchzuführen. Dazu wurde eine umfassende Bestandsaufnahme durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Patientenbefragung Mitte Juni abgeschlossen. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der Patientenbefragung werden Gegenstand der einzelnen Schulungsveranstaltungen sein. Aus den bisherigen Ergebnissen des Modellprojektes ergeben sich die folgenden inhaltlichen Schwerpunkte:

- Optimierung der Praxisabläufe,
- Entwicklung und Einführung von Instrumenten einer systematischen Personalbeurteilung und Personalentwicklung,
- Klärung der Patientenwünsche und Steigerung der Patientenzufriedenheit,
- Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Praxisteams und zwischen den Praxen des MQLD.

Die Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen des Modellprojektes ist für die Teilnehmer kostenlos. Da die Teilnehmerzahl beschränkt ist, bitten wir Sie um rechtzeitige Anmeldung zu den einzelnen Veranstaltungen. Ein Anmeldeformular finden Sie als Anhang dieses Angebotes. Die Anmeldungen werden nach ihrer Reihenfolge berücksichtigt.

Wir wünschen allen Beteiligten eine erfolgreiche weitere Durchführung dieses Modellprojektes.

MEDIZIN-QM GmbH  
[REDACTED]

## Schulungsangebot für das MQLD Teilnahmebedingungen

### Allgemeines zu diesem Angebot

Die Teilnahme an den Veranstaltungen dieses Angebotes ist kostenlos. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Rahmen der Durchführung dieses Modellprojektes.

Alle Veranstaltungen sind aus Gründen der organisatorischen Vereinfachung als Tagesveranstaltungen konzipiert. Dadurch werden Übernachtungskosten oder lange Anreisen vermieden. Es wurden Seminare, Workshops und Trainings konzipiert. In Seminaren werden Inhalte und Lehrstoffe vermittelt und mit den Teilnehmern diskutiert. In Workshops werden komplexe Fragestellungen durch die Teilnehmer selbst erarbeitet. In Trainings lernen die Teilnehmer an praktischen Beispielen den Umgang mit ausgewählten Techniken und Fertigkeiten.

### Inhalte der einzelnen Veranstaltungen

Eine Übersicht der wichtigsten Inhalte ist in dem jeweiligen Veranstaltungsprofil angegeben. Eine Ergänzung und teilweise Änderung der Inhalte ist möglich. Die Teilnehmer haben im Rahmen der Einladung und zu Beginn der Veranstaltung die Gelegenheit, ihre Themenwünsche zu äußern.

### Anzahl der Teilnehmer

Die Anzahl der Teilnehmer an einer Veranstaltung ist auf 10 – 15 Teilnehmer beschränkt. Die Mindestanzahl beträgt 6 Teilnehmer. Die genaue Anzahl der möglichen Teilnehmer ist in dem Veranstaltungsprofil genannt.

### Anmeldung zu den einzelnen Veranstaltungen

Die Anmeldung zu den Veranstaltungen erfolgt auf einem Anmeldeformular in schriftlicher Form. Die Anmeldungen werden nach ihrem Eingang berücksichtigt. Es erfolgt eine Anmeldebestätigung. Mit Versand der Anmeldebestätigung ist die Teilnahme verbindlich.

### Zertifizierung der Teilnehmer und Praxen

Die Teilnahme an einer Veranstaltung wird mit einer bestimmten Anzahl Punkten belohnt. Die Anzahl der Punkte, die für eine Veranstaltung vergeben werden, sind in dem Veranstaltungsprofil nachgewiesen. Nach Abschluss des Projektes erhält der Teilnehmer, der eine Mindestpunktzahl erreicht hat, ein Zertifikat. Ebenso erhält eine Praxis, deren Mitarbeiter zusammen eine Mindestpunktzahl erreicht haben ein Zertifikat.

## Übersicht der Veranstaltungen

Veranstaltung	Schwerpunkte	Häufigkeit	Termine
Praxismanagement	Organisation und Koordination wichtiger Praxisabläufe	2 Veranstaltungen	18.12.02 und 12.02.03
Patientenservice und Marketing	Qualitätsleistung der Praxis und des Teams erkennen und verbessern	2 Veranstaltungen	4.09.02 und 23.10.02
Kommunikation mit den Patienten	Andere besser verstehen und den Umgang mit anderen optimieren	1 Veranstaltung	13.11.02
Personalbeurteilung und Personalentwicklung	Entwicklung und Optimierung von Methoden zu gezielten Personalbeurteilung und Personalentwicklung	1 Veranstaltung	22.11.02
Netzkommunikation	Voraussetzungen und Möglichkeiten einer erfolgreichen Netzkommunikation	1 Veranstaltung	24/25.01.03



## Veranstaltungsprofil Praxismanagement

Ziel der Veranstaltung	<p>Die Arbeitsplätze einer Praxis sind häufig sehr teuer. Wenn sie ungenutzt sind, geht Geld und wertvolle Zeit verloren. Die Koordination der Abläufe außerhalb des Sprechzimmers ist daher eine anspruchsvolle und wichtige Aufgabe.</p> <p>Doch die Praxisabläufe werden immer komplexer. Die Größe der Praxisteams nimmt kontinuierlich zu. Gefragt ist daher die Fähigkeit, zu managen. Durch eine sinnvolle Verknüpfung der Abläufe kann viel Zeit gespart werden. Die Teilnehmer lernen die Beherrschung von Techniken der Praxisorganisation. Es werden Instrumente, Methoden und Fertigkeiten zur Optimierung der Praxisabläufe besprochen und deren Handhabung trainiert.</p> <p>Die Veranstaltung soll Mitarbeitern helfen, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in der Koordination der Praxisabläufe weiterzuentwickeln.</p>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dienstenteilung und Mitarbeiterführung</li> <li>- Teambildung und Teamförderung</li> <li>- Koordination wichtiger Praxisabläufe</li> <li>- Terminmanagement</li> <li>- Materialverwaltung Materialbeschaffung</li> <li>- Urlaubs- und Vertretungsplanung</li> <li>- Informationsmanagement in der Praxis</li> <li>- Postein- und Ausgang</li> </ul>
Durchführung	<p>Workshop</p> <p>Die Veranstaltung wird an zwei Tagen im Abstand von ca. 4 Wochen durchgeführt.</p>
Teilnahme empfohlen für	<p>Mitarbeiter, die zu wesentlichen Teilen in der Organisation der Praxis eingesetzt sind. Mitarbeiter, die sich zur Praxismanagerin weiterentwickeln wollen.</p>
Bewertung	<p>je Veranstaltung 5 Punkte</p>
Referent	<p>N.N.</p>
Termine	<p>18. Dezember 2002 und 12. Februar 2003</p>

## Veranstaltungsprofil Patientenservice und Marketing

Ziel der Veranstaltung	<p>Patienten brauchen Orientierung. Erst ein Patient, der weiß was mit ihm geschieht, kann sich in einer Praxis wirklich gut aufgehoben fühlen. Dumm herumstehen nützt weder dem Patienten noch der Praxis.</p> <p>Die Signale des Patienten richtig verstehen und darauf mit den geeigneten Mitteln reagieren. Diese Fähigkeit erlernen Mitarbeiter in diesem Training.</p> <p>Die Mitarbeiter lernen sich mit den Anforderungen der Patienten auseinander zu setzen. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Patientenbefragung werden Methoden und Maßnahmen besprochen, die das Wohlbefinden des Patienten im Umgang mit der Praxis transparent machen und verbessern.</p>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Bild der Praxis aus Sicht der Patienten</li> <li>- Selbst- und Fremdeinschätzung der Praxis und des Praxisteams</li> <li>- Fehlererkennung, Fehlervermeidung</li> <li>- Umgang mit den Wartezeiten der Patienten</li> <li>- Informationsmanagement</li> <li>- Umgang mit kritischen Fragen</li> <li>- Datenschutz und Diskretion im Praxisalltag</li> <li>- Patientenwünsche erkennen und beachten</li> <li>- Die Vermarktung von IGEL-Leistungen</li> <li>- „nein sagen“ ohne Frust</li> </ul>
Durchführung	<p>Workshop</p> <p>Die Veranstaltung wird einmal durchgeführt und bei Bedarf wiederholt.</p>
Teilnahme empfohlen für	<p>Alle Mitarbeiter am Empfang und mit regelmäßigen Einsatz am Telefon.</p>
Bewertung	<p>je Veranstaltung 5 Punkte</p>
Referent	<p>██████████</p>
Termine	<p>4. September 2002 und 23. Oktober 2002</p>

## Veranstaltungsprofil Kommunikation mit Patienten

Ziel der Veranstaltung	<p>In dieser Veranstaltung werden Techniken vermittelt, mit deren Hilfe Mitarbeiter den Umgang mit Patienten weiterentwickeln können. Gerade der Umgang mit Patienten in kritischen Situationen steht dabei im Vordergrund. Stress im Praxisalltag wirkt sich auf das Verhalten und die Stimmung der Mitarbeiter aus.</p> <p>Ängste der Patienten führen unter Umständen zu Reaktionen, die sich auf das Verhalten auswirken. Es kommt zu Kommunikationsstörungen mit anderen Patienten und den Mitarbeiter der Praxis. Diese Veranstaltung macht solche Kommunikationsstörungen transparent und zeigt Möglichkeiten auf, wie sie effizient beseitigt werden können.</p> <p>Der Umgang der Mitarbeiter prägt den Eindruck des Patienten von der Praxis. Die Mitarbeiter haben daher erheblichen Einfluss auf das Marketing der Praxis. Die Mitarbeiter lernen den Umgang mit diesen Kommunikationsmitteln, die Einschätzung der Befindlichkeit eines Patienten und angemessene Reaktionen darauf.</p>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transaktionsanalyse</li> <li>- Fragetechnik und Einwandbehandlung</li> <li>- Grundlagen der Menschenkenntnis</li> <li>- Kommunikation am Telefon</li> <li>- Kommunikation und Termindruck</li> </ul>
Durchführung	<p>Training</p> <p>Diese Veranstaltung wird einmal durchgeführt</p>
Teilnahme empfohlen für	<p>Alle Mitarbeiter am Empfang und mit regelmäßigem Einsatz am Telefon.</p>
Bewertung	<p>je Veranstaltung 5 Punkte</p>
Referent	<p>██████████</p>
Termine	<p>13. November 2002</p>

## Veranstaltungsprofil Mitarbeiterbeurteilung und Personalentwicklung

Ziel der Veranstaltung	<p>Auch in kleineren Praxen ist die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Da Erkennen und Entwickeln der Mitarbeiterpotentiale ist zu einer regelmäßigen Aufgabe der Ärzte geworden. Ein systematisches Personalbeurteilungs- und Personalentwicklungskonzept stellt sicher, dass Potentiale nicht unentdeckt bleiben und Mitarbeiter sich laufend weiterentwickeln.</p> <p>Als Einstieg in das Modellprojekt „Personalentwicklung“ wurde ein umfassendes Personalbeurteilungssystem getestet. In dieser Veranstaltung sollen die Ergebnisse und Erfahrungen ausgewertet und ein systematisches Personalbeurteilungs- und Personalentwicklungskonzept erarbeitet werden.</p> <p>Der Einsatz der Instrumente eröffnet zusätzliche Möglichkeiten innerhalb des MQLD. Der Personalaustausch wird erleichtert. Die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen als Netzveranstaltung wird mit diesem Projekt getestet und kann dauerhaft weitergeführt werden.</p>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumente der Personalbeurteilung</li> <li>- Beurteilungsgespräche führen und auswerten</li> <li>- Potentiale erkennen und nutzen</li> <li>- Dokumentation der Aus- und Weiterbildung</li> <li>- Weiterbildungsplanung in der Praxis</li> <li>- Aus- und Weiterbildung im Netz</li> </ul>
Durchführung	Seminar Diese Veranstaltung wird einmal durchgeführt
Teilnahme empfohlen für	Ärzte mit Führungsverantwortung
Bewertung	je Veranstaltung 5 Punkte
Referent	██████████
Termine	22. November 2002

## Veranstaltungsprofil Netzkommunikation

Ziel der Veranstaltung	<p>Die Kommunikation der Praxen unter einander hat Einfluss auf Effizienz, Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung. Eine effiziente und koordinierte Kommunikation spart daher Zeit und Kosten und trägt zu einer Verbesserung der Anamnese-, Diagnose- und Therapiemaßnahmen bei. Gerade für das MQLD liegt hierin eine Chance.</p> <p>Die Veranstaltung soll dazu dienen, ein Netzeigenes Kommunikationssystem zu erarbeiten. Die Handhabung soll trainiert werden.</p>
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chancen und Möglichkeiten der Kommunikation im Netz</li> <li>- Schnittstellen zwischen Praxen und anderen Einrichtungen gestalten und nutzen</li> <li>- Solidarität und Zusammengehörigkeit als Voraussetzung einer störungsfreien Kommunikation im Netz,</li> <li>- der Umgang mit Störgrößen der Kommunikation wie Konkurrenzdenken, Neidgefühlen und Ängsten.</li> </ul>
Durchführung	Diese Veranstaltung wird als 1½-2 tägiger Workshop durchgeführt
Teilnahme empfohlen für	Die Veranstaltung wird allen Praxisinhabern und Mitgliedern des MQLD empfohlen.
Bewertung	je Veranstaltung 5 Punkte
Referent	██████████
Termine	24. und 25. Januar 2003

Faxantwort

[REDACTED]

[REDACTED]

per Telefax [REDACTED]



**Veranstaltung im Rahmen des Modellprojektes**

**Alten und Pflegeheim Langen, Jakob Heil Heim**

Sehr geehrte [REDACTED],

hiermit melden wir aus unserer Praxis die folgenden Personen zur Teilnahme an den Veranstaltungen des Modellprojektes an:

- Sem. 1: Praxismanagement am **18.12.02 und 12.02.03**
- Sem. 2: Patientenservice und Marketing am **4.09.02 und 23.10.02**
- Sem. 3: Kommunikation mit den Patienten am **13.11.02**
- Sem. 4: Personalbeurteilung und Personalentwicklung am **22.11.02**
- Sem. 5: Netzkommunikation am **24.01.03 und 25.01.03**

Name	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 5

*(bitte die ausgewählten Veranstaltungen ankreuzen)*

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel/ Unterschrift

## 12 - Aktueller Patientenfragebogen der MedizinQM



### Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

neben unseren medizinischen Leistungen möchten wir auch dafür sorgen, dass Sie sich in unserer Praxis gut betreut fühlen. Wir wollen die Leistungen unseres Praxisteams ständig verbessern, aus Fehlern lernen und auf alle persönlichen Bedürfnisse unserer Patienten eingehen. Dazu sind uns Ihre Wünsche und Anregungen besonders wichtig. Um hier mehr zu erfahren, führen wir diese **anonyme Patientenbefragung** durch.

In dem folgenden Fragebogen bitten wir Sie um Ihre offene und auch kritische Meinung. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit zur Beantwortung der Fragen nehmen. Sie helfen uns damit, Ihre Wünsche und Ideen in die Weiterentwicklung unserer Leistungen einfließen zu lassen.

Kreuzen Sie bitte die Aussage an, der Sie zustimmen können. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, so lassen Sie diese unbeantwortet. Bitte werfen Sie den Fragebogen nach dem Ausfüllen in die Box in unseren Praxisräumen. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

*Ihr Praxisteam*

### Fragen zu Ihrer Person

<b>Geschlecht:</b>	Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>		
<b>Alter:</b>	Bis 30 Jahre <input type="checkbox"/>	31 bis 60 Jahre <input type="checkbox"/>	Über 60 Jahre <input type="checkbox"/>	
<b>Tätigkeit:</b>	Berufstätig <input type="checkbox"/>	Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/>	Rentner-/in <input type="checkbox"/>	Arbeitslos <input type="checkbox"/>

<i>Praxis:</i>	<i>Stempel des betreuenden Arztes/der betreuenden Ärztin</i>
----------------	--

### Fragen zum behandelnden Arzt/Ärztin

Nr.	Wie zufrieden sind Sie bezüglich...	vollständig zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	vollständig unzufrieden
1	Der Freundlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Der fachlichen Kompetenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Der Untersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Der Labor- und Geräteuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Der Dauer des Arztgespräches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Der Information über Ihre Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Damit, daß Sie mit Ihren Sorgen ernstgenommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Des erreichten Behandlungsziels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ihrer Zufriedenheit mit dem Arzt/Ärztin insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fragen zu den Praxismitarbeitern

Nr.	Wie zufrieden sind Sie bezüglich...	vollständig zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	vollständig unzufrieden
1	Der Freundlichkeit der Mitarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	darauf dass Sie als Mensch und nicht als Nummer angesprochen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Der Kompetenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Der Freundlichkeit unserer Mitarbeiter am Telefon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Der Terminvereinbarung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Des Gefühls, daß die Mitarbeiter Ihnen zuhören und gerne helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Der Atmosphäre an der Anmeldung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Der Diskretion Ihres Gesprächs mit unseren Mitarbeitern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Der Informationen über nicht von der Krankenkasse übernommene Gesundheitsleistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ihrer Zufriedenheit mit den Mitarbeitern insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Fragen zu den Räumlichkeiten

Nr.	Wie zufrieden sind Sie bezüglich...	vollständig zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	vollständig unzufrieden
1	Der Ausstattung der Praxisräume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Der Sauberkeit und Ordnung der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Der Ausstattung des Wartezimmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Der Ausstattung mit modernen Geräten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fragen zu den Wartezeiten

Nr.	Wie zufrieden sind Sie bezüglich...	vollständig zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	vollständig unzufrieden
1	Der Wartezeiten in unserer Praxis <u>mit</u> Termin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Der Wartezeiten in unserer Praxis <u>ohne</u> Termin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sonstige Fragen

Nr.	Wie zufrieden sind Sie bezüglich...	vollständig zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	vollständig unzufrieden
1	Der Organisation in der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Der Sprechstundenzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Der telefonischen Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Der Behandlungsabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Der Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wie zufrieden sind Sie ...	vollständig zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	vollständig unzufrieden
	Mit der Praxis allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Persönliche Hinweise und Tipps für uns**


Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen bei der Beantwortung unserer Fragen. Wir werden gerne versuchen, Ihre Anregungen und Kritik bei der Verbesserung der Praxisleistung zu berücksichtigen.

*Ihr Praxisteam*

# Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Klaus Jork für die Überlassung des Themas und für die freundliche Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit.

Ich danke Herrn Dipl.-Ing. Dietrich Clewing für die zur Verfügungsstellung der nötigen Daten und für die Unterstützung bei diversen Unklarheiten.

Ich danke Herrn Klaus-Dieter Bachmann für die Beantwortung meiner Fragen.

Ich danke allen Mitgliedern des MQLD für die freundliche Erteilung mancher wichtiger Auskünfte.

Ich danke vor allem aber auch meiner Lebensgefährtin Maria Benner für die Entbehrungen die sie zu tragen hatte, für die Korrekturlesung der Arbeit und natürlich für die köstlichen Plätzchen die sie für mich gebacken hat.

# **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel

## **Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Begleitung eines Managementprojekts im Ärztenetz MQLD**

aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main unter der Leitung von Professor Dr. med. Klaus Jork ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen medizinischen Fakultät bzw. Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch habe ich die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Frankfurt am Main, den 10. Dezember 2005

# Lebenslauf

16. Oktober 1978      geboren in Werneck
- 1985 bis 1989      Grundschule in Hausen-Rieden bei Würzburg
- 1989 bis 1998      Friedrich-Koenig-Gymnasium in Würzburg
- Juni 1998      Abitur am Friedrich-Koenig-Gymnasium in Würzburg
1. Juni 1998 bis  
28. Februar 1999      Ableistung der allgemeinen Wehrpflicht bei der Deutschen  
Bundesmarine
1. März 1999      Wechsel in die Laufbahn der Sanitätsoffiziere als  
Sanitätsoffizieranwärter und Teilstreitkraftwechsel von der  
Marine zum Heer
- Oktober 1999      Beginn des Studiums der Medizin an der medizinischen  
Fakultät der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt  
am Main
- November 2005      Approbation zum Arzt und Aufnahme der Tätigkeit als  
Assistenzarzt im Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz

Frankfurt am Main, den 10. Dezember 2005