

3 Medizinische Versorgungszentren

Christine Kuch



Die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) verspricht *Aussicht auf Erfolg*, wenn:

- ein strukturiertes Vorgehen für die Einführung formuliert wird, das für alle nachvollziehbar und transparent ist.
- Entscheidungen konsequent umgesetzt und gesetzte Ziele stringent verfolgt werden.
- die Umsetzung an die konkreten Gegebenheiten in der Praxis angepasst ist.

Im vorliegenden Kapitel werden strukturierte Vorgehen für die Einführung von QM in Praxisverbünde und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vorgestellt. Sie unterstützen eine konsequente Verfolgung formulierter Ziele und eine Anpassung an konkrete Gegebenheiten vor Ort.

Bei der Einführung von QM in einen Praxisverbund oder ein MVZ stellt sich zunächst die Frage, ob eine zentrale oder eine dezentrale Lösung angestrebt wird: Soll QM zentral gesteuert werden oder soll jede Praxis ein eigenes QM entwickeln und dabei höchstens unterstützende Service-Leistungen des Verbundes oder des MVZ in Anspruch nehmen können? Beide Vorgehensweisen werden nachstehend kurz umrissen.

3.1 Zentrale Lösung für die Einführung von Qualitätsmanagement

Grundsätzlich baut die Einführung von QM immer auf einem gemeinsam getragenen Selbstverständnis auf: Wenn unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, wofür die Organisation als solche überhaupt steht, was sie grund-

sätzlich kennzeichnet, was ihre grundlegenden Zielsetzungen sind, dann wird auch ein noch so brilliant aufgestelltes QM kaum einen Nutzen bringen können. Dieser Aspekt ist insbesondere bei der zentralen Einführung von QM von Bedeutung: Wird in den einzelnen Praxen das grundlegende Wertegerüst nicht geteilt, dann ist es kaum möglich, ein gemeinsames QM zu installieren. Somit steht an erster Stelle der QM-Einführung die Klärung und Erarbeitung dieser Voraussetzung.

Diskussion der Werte und der grundlegenden Zielsetzungen der Organisation

Eine solche Diskussion ist in einer lebendigen Organisation nicht abschließbar. Dennoch macht die Formulierung von Kernsätzen in Form eines Leitbildes Sinn: Sie geben Orientierung. Des Weiteren wird bei einer schriftlichen Formulierung besser deutlich, wenn das formulierte Selbstverständnis nach einigen, vielleicht auch nach vielen Jahren nicht mehr passt, weil sich die Organisation stark gewandelt hat.

Einigt man sich im Verlauf der Diskussion auf ein gemeinsames, von allen getragenes Leitbild, ist eine zentrale Einführung von QM potenziell möglich. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über eine QM-Einführung, die zentral organisiert ist.

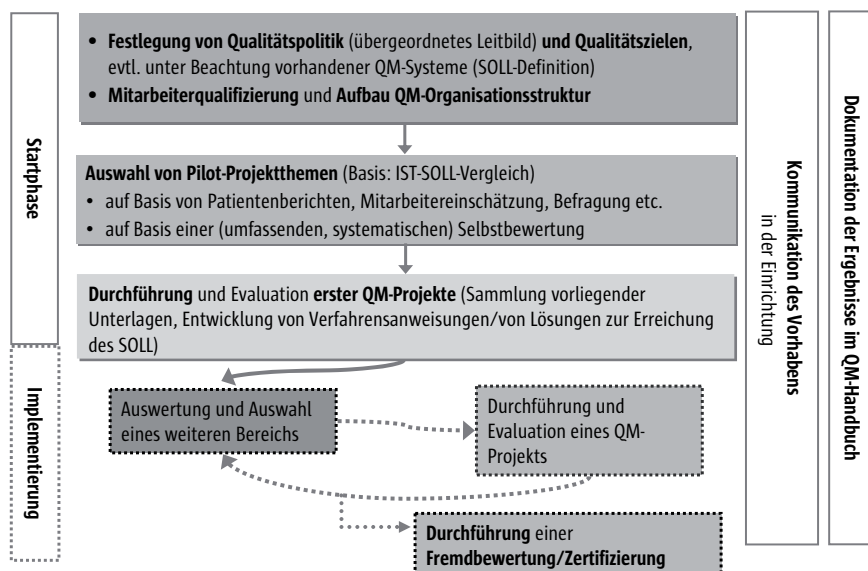


Abb. 2 Übersicht QM-Einführung

Festlegung einer Qualitätspolitik und übergeordneter Qualitäts-Leitziele

Die Formulierung dieses Leitbildes führt schon zur Formulierung einer *Qualitätspolitik*. In der Qualitätspolitik werden über das Leitbild hinaus konkretere Leitziele für die Qualitätsentwicklung der Organisation formuliert. Das nachstehende Beispiel soll dies veranschaulichen:



Werden beispielsweise Mitarbeiter als zentrale Ressource der Organisation wahrgenommen (einer der im Leitbild formulierten Werte der Organisation) könnten mögliche, übergeordnete Qualitäts-Leitziele und -strategien beispielsweise heißen:

Förderung der Mitarbeiter z. B. durch die:

- *Durchführung jährlicher Mitarbeiterentwicklungsgespräche,*
- *Vorhaltung regelmäßiger, bedarfsgerechter Fortbildungsangebote,*
- *Öffnung von Karrierechancen für männliche und weibliche Mitarbeiter.*

Förderung der Mitarbeiter z. B. durch die:

- *Formulierung realisierbarer und anspornender Jahresziele,*
- *Festlegung von verbindlichen Verantwortlichkeiten.*

Bindung von Mitarbeitern z. B. durch die:

- *Bereithaltung familiengerechter Arbeitszeitmodelle.*

Die oben benannten übergeordneten Ziele können später im Verlauf der QM-Einführung in *jährliche Qualitätsziele, Zielsetzungen für einzelne QM-(Projekt-)Maßnahmen* heruntergebrochen werden. Diese können beispielsweise wie folgt lauten:

- *Entwicklung eines Verfahrens für die Planung, Durchführung und Auswertung jährlicher Mitarbeiterentwicklungsgespräche*
- *Entwicklung eines Konzepts zur Bereitstellung von (Teilzeit-)Heimarbeitsplätzen*

Konkret heißt das für die Umsetzung, dass man sich Zeit für etwa zwei halbtägige Workshops nehmen sollte, um die grundsätzlichen Fragen zu klären: Haben wir ein gemeinsames Verständnis guter Qualität (Leitbild) und woran erkennen wir, dass dieses Verständnis umgesetzt wird (übergeordnete Qualitäts-Leitziele und -strategien)?

Im ersten Workshop erfolgt hierzu eine Sammlung durch den Vorstand und die möglicherweise vertretenen Praxisleitungen und -mitarbeiter. Die Sammlung kann dadurch unterstützt werden, dass schon an dieser Stelle Bereiche eines QM-Systems mit berücksichtigt werden. Dies ist jedoch nicht unbedingt erforderlich.

Bis zum zweiten Workshop wird dann die (zuvor ggf. etwas sprachlich aufbereitete) Sammlung in den einzelnen Praxen diskutiert, ergänzt und gewichtet.

Im zweiten Workshop erfolgen nun eine Diskussion und eine abschließende Entscheidung auf Basis der zurückgemeldeten Kommentare. In Abhängigkeit von der Größe der Gruppe, kontroversen Diskussionen und der Möglichkeit einer externen Moderation kann dieses Verfahren mehr oder weniger Zeit in Anspruch nehmen. Da sich Werte nicht verordnen lassen, ist es jedoch in jedem Fall hilfreich, allen Beteiligten die explizite Gelegenheit zur Diskussion zu geben.

Die Ergebnisse dieser Diskussionen werden schriftlich festgehalten und ggf. für verschiedene Gruppen (Mitarbeiter, Patienten und Außendarstellung) unterschiedlich ausformuliert. Diese Dokumente können später von der benannten Qualitätsmanagerin als erste Bestandteile in einem QM-Handbuch (im herkömmlichen Ordner oder elektronisch) hinterlegt werden.

Im Zusammenhang mit der Formulierung des Leitbildes und der Qualitätspolitik wird zudem geklärt, welcher strategische Stellenwert QM derzeit zukommt: Spielt es eine untergeordnete Rolle, sollte man das Vorhaben anders angehen, als wenn man davon ausgeht, dass QM als zentrale Strategie verfolgt wird und alle anderen Bereiche mit beeinflusst. Für die nachfolgende Vorgehensweise gehen wir davon aus, dass QM als Unternehmensstrategie von großer Bedeutung für sämtliche Entwicklungsprozesse im Unternehmen ist. Demnach wird QM als zentrale Strategie zur Organisationsentwicklung (vgl. Heimerl-Wagner et al. 1996) genutzt.

Kommunikation des Vorhabens und der QM-Aktivitäten in der Organisation

Spätestens jetzt wird das Vorhaben der QM-Einführung mit dem vorgesehenen Ablauf *an alle Mitarbeiter kommuniziert* und Werbung für die Teilnahme an den Aktivitäten betrieben. Die Kommunikation des Vorhabens an sämtliche Mitarbeiter des Netzes ist auch im weiteren Verlauf von zentraler Bedeutung für den Erfolg.

Zu diesem Zweck ist es hilfreich, schon jetzt, d. h. möglichst von Beginn an eine *Kommunikationsstrategie* zu planen. Damit wird es möglich, alle Mitglieder und Mitarbeiter ebenfalls darüber zu informieren, wie sie weiter von dem Thema erfahren. Beispielsweise können Newsletter angekündigt werden. Besonders bewährt haben sich auch Versammlungen, zu denen auch die medizinischen Fachangestellten und andere Berufsgruppen eingeladen werden. Im Rahmen dieser Versammlungen werden sowohl erzielte Ergebnisse und Erfolge (von den Projektbeteiligten) als auch neue Projekte (von den neuen Projektleitungen) kommuniziert. Für die Entwicklung von Ideen für eine möglichst effektive, auf die jeweilige Organisation passende Kommunikationsstrategie kann das Instrument der „Strategiewanderung“, das in Kapitel IV.3.2 beschrieben ist, genutzt werden.

Qualifikation der Mitarbeiter und Etablierung einer QM-Organisationsstruktur

Die beiden nachfolgenden Schritte können parallel erfolgen: Für eine effektive und effiziente QM-Arbeit sind sowohl Qualifikationen als auch ein struktureller Rahmen erforderlich. Zu diesem Zweck sollten/sollte:

1. Mitarbeiter motiviert und qualifiziert werden in Bezug auf: QM, Moderation von Arbeitsgruppen und Projektmanagement.
2. eine QM-Organisationsstruktur installiert werden, d. h. ein QM-Lenkungsausschuss gegründet, ein zentraler Qualitätsmanager sowie QM-Beauftragte in den einzelnen Praxen benannt werden.

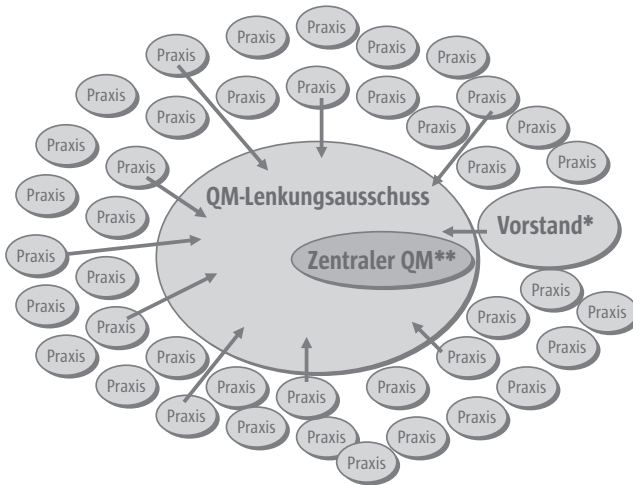
Qualifikation der Mitarbeiter

Der Vorteil einer zentralen QM-Einführung besteht vor allem in der Möglichkeit, zahlreiche Synergien nutzen zu können. So müssen nicht in jeder Praxis alle Qualifikationen vorgehalten werden, sondern man kann z. B. einige interessierte und von ihren Vorgesetzten dafür frei gestellte medizinische Fachangestellte (MFA) als *Moderatorinnen* ausbilden lassen und dadurch massiv Zeit bei der Durchführung der Verbesserungs- und Entwicklungsprojekte sparen. Die Moderatoren stünden dann allen zur Verfügung, ihre ausfallende Arbeitszeit könnte beispielsweise erstattet werden (wenn man sie nicht auch als Wissenszuwachs für die eigene Praxis mit nutzen kann). In jeder Praxis sollten zumindest ein Arzt und eine MFA einen *QM-Basis- oder Einführungskurs* besuchen (und/oder dieses Buch gelesen haben). Zudem ist es sinnvoll, wenn sich einige wenige Ärzte und/oder MFAs *weitergehende Qualifikationen im Bereich QM und Projektmanagement* aneignen und nachfolgend den anderen Praxen als *interne Berater* zur Verfügung stehen würden. Diese letztgenannte Leistung kann zwar auch von außen eingekauft werden, es ist allerdings sehr sinnvoll, wenn man dann im Folgenden sicherstellt, dass das Wissen in die Organisation übertragen wird und nicht allein beim externen Berater bleibt.

Etablierung einer QM-Organisationsstruktur

Die zentrale Lösung für die Implementierung von QM (s. Abb. 3) sieht vor, dass ein gemeinsamer QM-Lenkungsausschuss, der von allen Praxen getragen wird, neben der existierenden zentralen Organisation (Vorstand, Managementgesellschaft etc.) etabliert wird.

Dieser *gemeinsame QM-Lenkungsausschuss* wirkt möglicherweise zunächst einmal völlig übertrieben: „Wir haben doch schon einen Vorstand“, könnte man meinen. Es ist jedoch nicht sinnvoll, wenn der QM-Lenkungsausschuss personell dem Vorstand entspricht, da die Entwicklungsarbeit dann zu eng an das Tagesgeschäft geknüpft wäre und zudem nicht alle Perspektiven dabei berücksichtigt werden könnten. Es sollte eine interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Besetzung des Lenkungsausschusses erfolgen. Das heißt, sowohl Ärzte als auch medizinische Fachangestellte und andere im MVZ bzw. Praxis-



* Vorstand MVZ oder Praxisverbund

** Zentraler Qualitätsmanager

Abb. 3 Zentrale Lösung für die Einführung von Qualitätsmanagement

verbund tätigen Berufsgruppen sollten sich hier als ständige Mitglieder bewerben. Man sollte darauf achten, dass nach Möglichkeit alle Disziplinen und Berufsgruppen in dem Lenkungsausschuss vertreten sind. Durch die interdisziplinäre Besetzung wird mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erreicht, dass die unterschiedlichen Perspektiven der Organisation bei der Weiterentwicklung berücksichtigt und somit eine höhere Qualität der Entscheidungen erzielt werden kann. Beispielsweise können medizinische Fachangestellte, wenn sie von den Ärzten ernst genommen werden, sehr viel an Wissen über die täglichen Abläufe einbringen, womit z. B. die Praktikabilität von Vorschlägen besser bewertet werden kann; häufig erfahren gerade sie viel von Patienten, was diese nicht an ihren Arzt herantragen usw. Zugleich erhält der Vorstand als Auftraggeber des QM-Lenkungsausschusses jedoch ausreichend Informationen und ist zudem Letzt-Entscheider in Bezug auf die Projekte. Um die Interessen des Vorstands auch bei den Diskussionen zu wahren, kann ein Vertreter des Vorstands als Mitglied in den QM-Lenkungsausschuss berufen werden.



Die Aufgaben des QM-Lenkungsausschusses

- *aktive Teilnahme an den Sitzungen des QM-Lenkungsausschusses (ca. 3 bis 4 pro Jahr)*
- *Auswahl der Themen nach Analysen, Befragungen, Vorschlägen von Mitarbeitern, Beschwerden von Patienten, o. ä.*
- *Zielvorgabe für interne Qualitätszirkel und Projekte*
- *Kommunikation der Zielvorgaben in der Organisation und Vertretung der Ziele der Projekte innerhalb der Organisation*

- *Beauftragung von Projektleitung, -moderator und -team*
- *ideelle Unterstützung der einzelnen Projekte*
- *Sorgen für die materielle Unterstützung der einzelnen Projekte durch den Vorstand (oder, bei Etablierung eines Budgets: materielle Unterstützung der einzelnen Projekte)*
- *Entgegennahme der Ergebnisse des Projektes und Empfehlung der weiteren Vorgehensweise an den Vorstand*

Ein *zentraler Qualitätsmanager*, der sämtliche QM-Aktivitäten koordiniert, sollte berufen werden. Je nach Größe des Netzes bzw. des MVZ ist dafür eine viertel bis eine halbe Stelle zu rechnen. Die Synergieeffekte sind jedoch enorm, da Projekte besser abgestimmt werden können und die Entwicklung in den Praxen und vor allem das gegenseitige Lernen voneinander besser gesteuert werden kann. Der Qualitätsmanager muss kein Arzt sein, sollte aber hohe Akzeptanz genießen und sich vor allem im Thema Qualitätsmanagement und/oder Organisationsentwicklung gut auskennen. Die wichtigsten Aufgaben des Qualitätsmanagers im Überblick.



Die Aufgaben des zentralen Qualitätsmanagers

- *Qualitätsmanagement-Expertise und Beratung der Qualitätszirkel*
- *Koordination der Sammlung von vorhandenen Ansätzen*
- *Koordination und Organisation der QM-Aktivitäten (sammelt Vorschläge, bereitet Qualitätszirkel mit vor usw.)*
- *Koordination der Evaluation der Umsetzung der Ergebnisse der Qualitätszirkel*
- *vermittelt Erfahrungen und Probleme an den QM-Lenkungsausschuss, bereitet dessen Sitzungen vor etc.*

Schließlich muss jede Praxis in einem Ärztenetz einen *QM-Beauftragten* benennen, der, unterstützt durch das zentrale QM, die Aktivitäten in der Praxis koordiniert. Dieses Amt sollte nach Möglichkeit von einer medizinischen Fachangestellten übernommen werden. Auch hier die wichtigsten Aufgaben im Überblick:



Die Aufgaben des Qualitätsbeauftragten in der Praxis

- *Koordination der Aktivitäten in der Praxis*
- *Sammlung vorhandener Lösungen*
- *Zusammenarbeit mit zentralem QM*
- *Durchführung von praxisinternen Projekten*

Dokumentation der Ergebnisse im Handbuch

Das QM-Handbuch wird im Laufe der QM-Aktivitäten mehr und mehr gefüllt, sämtliche erarbeitete schriftliche Vorlagen und Dokumente werden hier gesammelt. Auf diese Weise hat jeder in der Organisation jederzeit auf alle Vorlagen Zugriff. Es ist hilfreich, wenn man sich gleich zu Anfang überlegt, wie die einzelnen Dokumente aufgebaut sein sollen, damit man sich auch später darin zurecht findet, wenn mehrere Ergebnisse unterschiedlicher Personen darin abgelegt sind. Das QM-System QEP ist eines der QM-Systeme, das ein Muster-Handbuch vorhält, an dem man sich orientieren kann.

Im Rahmen einer zentralen Lösung für die QM-Einführung können praxisübergreifende Abläufe und Belange in einem „zentralen Teil“ des QM-Handbuchs, das für alle gleich ist, beschrieben werden, nur die praxisspezifischen Abläufe und Belange sind dann in einem „Praxis-Teil“ des QM-Handbuchs beschrieben.

In diesem Zusammenhang sollte auch überlegt werden, welche möglichen (EDV-)technischen Unterstützungen zumindest künftig in Betracht gezogen werden können, um sich die gemeinsame Arbeit, nicht nur in Bezug auf das QM zu erleichtern: Auf Dauer wird die rein händische Auswertung von Projekten und die Steuerung der Prozesse zu aufwendig und fehleranfällig.

Analyse und Auswahl der ersten Projektthemen

Der nun folgende Schritt der *Analyse* zielt darauf, vorliegendes Wissen zu sammeln und zudem erste Themen für gemeinsame Verbesserungs- bzw. Entwicklungsprojekte zu generieren.

Zu diesem Zweck können beispielsweise Mitarbeiter der verschiedenen Praxen, Patienten, Zuweiser und andere Gruppen befragt werden und eine Selbstbewertung in den einzelnen Praxen durchgeführt werden. Letztere erfolgt anhand der eigenen Qualitätsziele und definierten Messkriterien oder detailliert mit einem QM-System (z. B. anhand des QEP-Qualitätsziele-Katalogs) oder übersichtsartig mit der Internationalen Maturity Matrix (s. Link-Sammlung).

Für manche Organisationen mag es sinnvoll sein, schnell zu starten und erste Erfolge zu erzielen, anstatt zunächst viel Zeit in die erste Analyse zu stecken. Für andere Organisationen wird es dagegen vorteilhafter sein, eine detaillierte Analyse an den Anfang zu stellen. Die Erfahrung zeigt: Wenn die Erst-Analyse zu detailliert ist, lähmt dies häufig den anfänglichen Enthusiasmus: Zum einen kostet das detaillierte Analysieren meist viel Zeit ohne den entsprechenden Nutzen zu erbringen (außer für Praxen, die dabei feststellen, dass sie schon sehr weit sind), zum anderen birgt sie Frustrationspotenzial, da man naturgemäß am Anfang eine Reihe von Lücken entdeckt. Bewährt hat es sich, beide Verfahren zu kombinieren: Basierend auf einer kurzen Analyse, erste, erfolgversprechende Projekte zu starten (z. B. Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Praxisinfos für Patienten, Notfallplan, ...) und parallel dazu die wei-

tere Analyse voranzutreiben. Hier wird ein weiterer Vorteil des zentralen Vorgehens deutlich: Während in einigen Praxen schon mit der Entwicklungsarbeit angefangen wird, kann man von zentraler Stelle aus parallel dazu die IST-Analyse vorantreiben.

An dieser Stelle kann es hilfreich sein, ein QM-System zur Unterstützung des weiteren Verlaufs (zumindest vorläufig) auszuwählen (s. Übersicht in Anhang 3): In einem großen Verbund oder MVZ ist es wohl leichter, sich an einer Vorlage entlang abzuarbeiten, als alle Themen, die das eigene Qualitätsverständnis beinhaltet, selbst weiter zu differenzieren. Stellt man fest, dass das QM-System sich im Verlauf doch nicht als optimal herausstellt, könnte man ggf. immer noch zu einem besser (zum eigenen Qualitätsverständnis) passenden QM-System wechseln. Die bis dahin erfolgte Arbeit wird nicht umsonst sein, da sich die Systeme in Bezug auf die grundlegenden Themen ähneln.

Bei der *Auswahl erster Projekte* sollte darauf geachtet werden, dass die Themen schnell bearbeitbar und wenig kontrovers sind und dass der erwartete Nutzen für die Praxen recht hoch ist.

Durchführung und Evaluation der Projekte

Für die *Projektarbeit* bietet es sich beim zentralen QM an, einen gewissen Rhythmus zu etablieren. So können z. B. drei bis viermal pro Jahr Projekte gestartet werden.

Diese werden dann jeweils auf einer Versammlung von der schon designierten Projektleitung vorgestellt und es wird um Meldung für die Projektbeteiligten gebeten. Parallel dazu kann die Projektleitung, die z. B. eine Ärztin oder eine medizinische Fachangestellte aus einer Praxis ist, natürlich auch schon selbst Interessierte ansprechen.

Die meisten Projekte erfordern eine interdisziplinäre Besetzung. Insbesondere bei praxisübergreifenden Themen sollte zudem die Beteiligung von beispielsweise Verwaltungsmitarbeitern aus der Zentrale überlegt werden und ggf. kann auch die Mitarbeit bzw. Einladung von in kooperierenden stationären Einrichtungen tätigen Personen hilfreich und notwendig sein (s. beispielsweise dazu Kap. VI.5 zur Entwicklung von Behandlungspfaden in Ärztenetzen).

Auf den gleichen Versammlungen können dann die Projekte des letzten Turnus ihre Ergebnisse vorstellen. Ein regelmäßiger Turnus hat den Vorteil, dass sich nach und nach das Wissen darum in den Köpfen festsetzt und dann eher überlegt wird, dass man sich z. B. beim nächsten Mal selbst daran beteiligen könnte. Außerdem fördert die öffentliche Darstellung der Projektergebnisse nicht nur die Motivation der Teilnehmenden, sondern auch die Qualität der Ergebnisse (man weiß schließlich, dass man sich damit vor ein paar Leute stellen muss) und die Verbindlichkeit, mit der diese umgesetzt werden. Diejenigen, die sich „den Kopf zerbrochen“ haben, werden sichtbar, dadurch fällt eine Erinnerung an die Ergebnisse leichter und sie werden eher akzeptiert.

Abschließend sollte in keinem QM-Projekt die *Evaluation* fehlen. Weitere, konkrete Hinweise zur Durchführung von QM-Projekten sind den Kapiteln IV.1 und IV.2 zu entnehmen.

Überprüfung des QM-Systems: Zertifizierung oder Validierung

Schließlich wird man an einen Punkt kommen, an dem die Überprüfung des etablierten QM-Systems Sinn macht. Gründe dafür können sowohl vertragliche Erfordernisse sein, zudem kann ein Zertifikat sich auf die weitere QM-Arbeit motivierend auswirken. Zumindest für den Fall, dass die gesamte QM-Einführung nicht nur auf dieses Ziel ausgerichtet war: In diesen Fällen kommt es im Anschluss an die Zertifizierung meist zum Erliegen der Aktivitäten.

Dann muss eine passende Zertifizierungsstelle ausgewählt und beauftragt werden und die Zertifizierung vorbereitet und durchgeführt werden (s. a. Kap. I.6).

3.2 Dezentrale Lösung für die Einführung von Qualitätsmanagement

Selbstverständlich kann für einen Praxisverbund oder ein MVZ eine dezentrale Lösung bei der Implementierung von QM sinnvoller sein, auch wenn dafür auf zahlreiche Synergieeffekte verzichtet werden muss. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn große Unterschiede in der Motivation der verschiedenen Praxen bestehen, oder auch, wie zuvor schon ausgeführt, wenn das Selbstverständnis zwischen den einzelnen Praxen zu stark differiert.

Zudem kann eine dezentrale Lösung auch von Vorteil sein, wenn es ausgeprägte Befürchtungen gibt, man lasse sich sonst zu stark „in die Karten“ schauen – wobei gerade dieser Effekt, wenn man sich erst einmal dazu überwindet, deutliche positive Effekte hat. Erfahrungen hierzu sind beispielsweise der Praxisbericht zum Berliner Modell zur Transfusionsmedizin, in dem sich (konkurrierende) transfusionsmedizinische Einrichtungen in Berlin gegenseitig auditieren (s. Kap. VI.3).

Wird eine dezentrale Lösung angestrebt, so gilt es zunächst zu klären, ob grundsätzlich dennoch einheitliche Zeitfenster vereinbart werden können, in denen sich zumindest jeweils Gruppen von Praxen für eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität entscheiden – diese können sich dann in freiwilligen, praxisübergreifenden Qualitätszirkeln treffen und sich auf diese Art und Weise gegenseitig bei der Einführung unterstützen.

Zudem ist es sinnvoll zu überlegen, ob ein für alle geltendes, gemeinsames QM-System ausgewählt werden kann – was ohne Zweifel für spätere Entwicklungen von Vorteil, aber derzeit nicht unbedingt erforderlich wäre. Darüber hinaus ist es möglich, dass man im Hinblick auf spätere Zertifizierungen bei einer höheren Anzahl an Praxen bessere Preise verhandeln kann.

Damit QM tatsächlich effektiv ist und nicht nur einen zusätzlichen Aufwand darstellt, muss die Umsetzung an die konkreten Gegebenheiten in der Praxis vor Ort angepasst werden. Die folgenden Schritte (s. Abb. 4) können

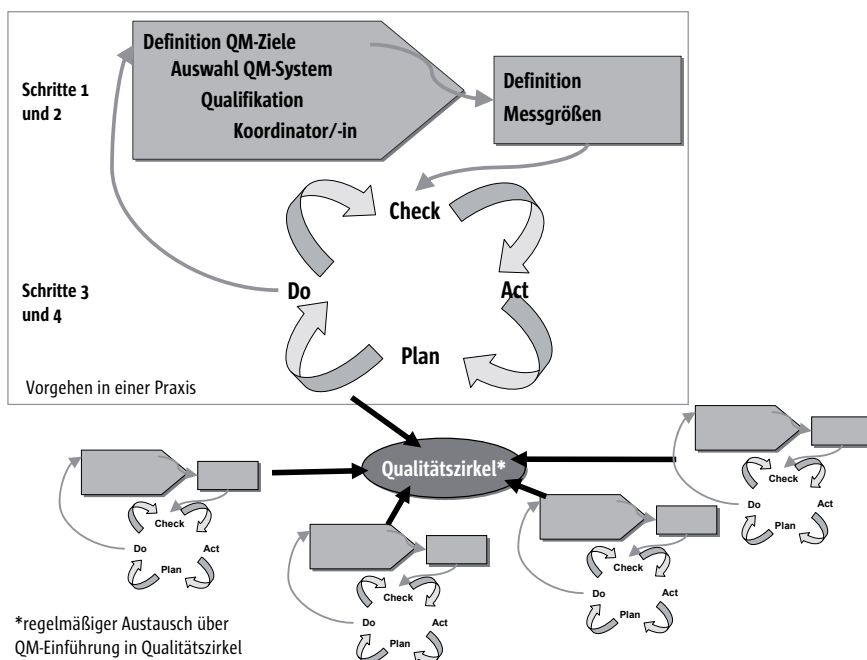


Abb. 4 Dezentrale QM-Einführung

dabei, unabhängig vom verfolgten QM-System, eine hilfreiche Struktur auch für größere Praxen und Gemeinschaftspraxen bieten. Diese sieht vor, dass neben dem Entwicklungsprozess in der eigenen Praxis ein Austausch mit anderen Praxen in einem Qualitätszirkel etabliert wird, um sich gegenseitig zu unterstützen und nicht alles selbst erfinden zu müssen.

Schritt 1: Definition der QM-Ziele, Auswahl des QM-Systems, Qualifikation und Benennung der QM-Koordination

Die Praxisinhaber überlegen, auch gemeinsam mit ihren Mitarbeitern, welche Zielsetzung sie in Bezug auf QM konkret haben.

Aufgabe 5 für anwendungsfreudige Leser

Wohin soll die Reise gehen?

Was wollen wir mit QM erreichen?

Woran erkennen wir, dass QM das „bringt“, was wir uns erhoffen?

Wie sieht es in der Praxis aus, wenn mit QM all das erreicht wird, was wir uns davon erhoffen?

In Bezug auf die Patienten, die Praxisinhaber, die Mitarbeiter, die Abläufe, Ausstattung und Material(-verbrauch)? Beachtung gesetzlicher Vorgaben wie Hygiene, Datenschutz, Behandlungsergebnisse, finanzielle Ergebnisse?

Was sind Ihre wichtigsten Qualitätsziele? Bitte konkret und schriftlich formulieren!

Falls nicht eines der vorliegenden QM-Systeme aus verschiedenen Gründen für das gesamte MVZ oder das gesamte Ärztenetz sinnvoll ist und daher ausgewählt wurde, kann es jetzt hilfreich sein, sich einen Überblick über die verschiedenen QM-Systeme zu verschaffen. Dabei prüfen Sie, welches System Ihnen am meisten hilft, Ihre Vorstellungen umzusetzen. Es fällt leichter, effizient zu arbeiten, wenn man die Methodik kennt.

Auch eine Qualifikation der Praxisleitung und der Mitarbeiter für die QM-Arbeit ist jetzt sinnvoll: Für viele Praxen genügt es, wenn zunächst jeweils ein (motivierter) Arzt und eine (motivierte) med. Fachangestellte eine Fortbildung zu dem Thema besuchen und das neue Wissen dann den anderen Kollegen vermitteln. In einer kleineren Praxis ist die Bildung eines Qualitätslenkungsausschusses nicht notwendig.

Allerdings sind dann regelmäßig stattfindende Sitzungen aller Praxismitarbeiter zum Thema Qualitätsentwicklung ein entscheidender Erfolgsfaktor, damit die Bemühungen nicht im Sande verlaufen. In diesen Sitzungen kann z. B. nach und nach der QEP Fragenkatalog bearbeitet und so die Qualitätsentwicklung in der Praxis vorangetrieben werden. Zur Unterstützung wird ein Qualitätszirkel mit anderen Praxen etabliert, die ebenfalls eine QM-Einführung betreiben.

Es ist äußerst sinnvoll, z. B. eine med. Fachangestellte mit der Koordination der QM-Arbeit zu beauftragen: Die Aufgaben der QM-Koordinatorin sind nachstehend aufgeführt.



Die Aufgaben des QM-Koordinators

- Qualitätsmanagement-Expertise
- Vorbereitung und Protokollierung regelmäßig stattfindender Besprechungen mit Praxisinhabern und Mitarbeitern
- evtl. Moderation von Sitzungen
- Sammlung schon vorhandener Unterlagen
- Ergebnisse der QM-Arbeit in einem QM-Handbuch sammeln
- Verantwortung für notwendige Ergebnismessungen
- Weitergabe von QM-Wissen an neue Mitarbeiter
- Koordination der Aktivitäten der Praxis mit den Aktivitäten anderer Praxen
- ggf. Hospitation in anderen Praxen
- Besuch von praxisübergreifenden Qualitätszirkeln, um sich mit anderen Praxen auszutauschen, gemeinsam mit einem Arzt aus der Praxis

Schritt 2: Definition von Messwerten (Qualitätsindikatoren), falls im gewählten QM-System dazu nichts vorhanden ist

Für jeden wichtigen Bereich wird nun in gemeinsamen Sitzungen von Praxisinhabern und Mitarbeitern ein konkreter Messwert für die Zielerreichung definiert, falls dies im gewählten QM-System nicht schon vorhanden ist (z. B. sind im QEP für alle Ziele auch Messwerte definiert). Das kann z. B. sein

- die systematisch erfasste Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeiterinnen und/oder Praxisinhabern
- eine bestimmte Anzahl verbrauchter Materialien
- ein bestimmter avisierte Geschäftserfolg

Schritt 3: Durchführung der Messung und Analyse

Anschließend prüfen alle, in welchen Bereichen (Patienten, Praxisinhaber, Mitarbeiterinnen, Abläufe, gesetzliche Vorgaben, usw.) es schon richtig gut läuft: Diese Punkte kann man bereits „abhaken“. Dennoch darf man auch hier nicht vergessen, einen Zeitpunkt für die nächste Messung festzulegen. Besonders wenn man eine Zertifizierung oder Validierung anstrebt, sollte man die relevanten Punkte immer dokumentieren (QM-Handbuch). Die (schlanke!) Dokumentation lohnt sich aber allein auch schon für die leichtere Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die gesammelten Ergebnisse zu den bereits erfolgreich laufenden Punkten sollten alle Mitarbeiter in gemeinsamen Sitzungen erfahren. Damit kann besser sichergestellt werden, dass es auch weiterhin gut läuft!

Zudem wird geprüft, welche Bereiche (Patienten, Praxisinhaber, Mitarbeiterinnen, Abläufe, gesetzliche Vorgaben, usw.) noch nicht optimal bewertet werden können. An diesen Punkten wird nun im folgenden vierten Schritt weiter gearbeitet.

Schritt 4: Erarbeitung von Verbesserungen

Eine häufige Falle, in die viele bei der Erarbeitung von Verbesserungen treten, sollte man umgehen: Wenn *eine* Mitarbeiterin mit der Bearbeitung einer Sache beauftragt wird und danach die Ergebnisse im QM-Handbuch ablegt, ruhen sie da gut, aber nutzlos. Erfahrungsgemäß bleiben vor allem die Sachen hängen, an denen man mitgearbeitet hat – ergo: *Teamwork ist angesagt!*

Allen, die an einem bestimmten Ablauf beteiligt sind, wird Verantwortung an der Verbesserung übertragen. Das gilt für die Praxisleitung ebenso wie für Mitarbeiter. Möglicherweise ist es notwendig, dass alle gemeinsam überlegen, wie es besser laufen könnte. Es kann aber auch sein, dass es reicht, wenn nur ein oder zwei Mitarbeiterinnen und/oder die Praxisleitung Überlegungen anstellen. Hinweise zur Durchführung entsprechender QM-Projekte sind in Kapitel IV.1 und 2 zu finden.

Und wenn doch einmal eine Aufgabe problemlos alleine erledigt werden kann, sollten zumindest die Ergebnisse von „Einzelarbeiten“ gemeinsam besprochen werden.

Nach Abschluss der Projekte sollte die Lösung verbindlich umgesetzt werden. Eine Praxisleitung ist gut beraten, Ergebnisse, die von ihren Mitarbeitern erarbeitet wurden, immer möglichst unverändert in die Umsetzung zu bringen. Zudem sollte ein Zeitpunkt für die nächste Messung vereinbart und evtl. Ergebnisse im QM-Handbuch dokumentiert werden.

Schritt 5: Dauerhafte QM-Arbeit

Nun werden Schritt 3 und 4 in einer Endlosschleife wiederholt und je nach Bedarf auch hin und wieder Schritt 1 und 2. Denn Anforderungen ändern sich ständig, und daher heißt es auch:



QM machen nicht die, die schlecht sind, sondern die, die immer gute Qualität liefern wollen!

Überprüfung des QM-Systems: Zertifizierung oder Validierung

Auch bei diesem Vorgehen kann irgendwann der Wunsch nach einer Zertifizierung entstehen. Zumindest sollte jede Praxis nach spätestens 1,5 Jahren dazu in der Lage sein (wenn sie dies anstrebt). Auch hier gilt dann, falls es im Verbund nicht anders vereinbart wurde: eine Zertifizierungsstelle beauftragen, Zertifizierung vorbereiten, Zertifizierung durchführen lassen – und feiern!

Literatur

Heimerl-Wagner P, Köck C (Hrsg.): Management in Gesundheitsorganisationen. Wien: Ueberreuter 1996

Links

Informationen zur Internationalen Maturity Matrix

www.maturitymatrix.co.uk, Interessenten an der IMM können sich auch gerne an die Autorin, Frau Dr. Christine Kuch, wenden (kuch@medcoaching.de).

Informationen zum Qualitätszielkatalog von QEP

<http://www.kbv.de/qep/qep.html>