

# Der ökonomische „Kunde“ im gesetzlichen Qualitätsmanagement-Karussell

Andrea Braun von Reinersdorf, Thorsten Herbrüggen und Markus Schnieders

In der heutigen Zeit wird das ärztliche Handeln immer mehr von ökonomischen Zwängen, gesetzlichen Bestimmungen und anderen Reglementierungen bestimmt. Die niedergelassenen Ärzte sind im zunehmenden Maße gefordert, sich an multiplen Erfolgsfaktoren auszurichten, die gleichermaßen ökonomischer, rechtlicher und medizinischer Natur sind. Die Generierung medizinisch-funktional einwandfreier Leistungen stellt im Streben nach Wettbewerbsvorteilen aber nur das Pflichtprogramm dar. Gefragt ist darüber hinausgehend die Akzentuierung des Dienstleistungscharakters medizinischer Leistungen, der vom Patienten als solcher subjektiv wahrgenommen werden muss. Die Fachhochschule Osnabrück führt derzeit in Kooperation mit dem BsAfB sowie der Unternehmensberatung TERNION in Lingen ein Forschungsprojekt zur Qualitätssicherung bei niedergelassenen Betriebsärzten durch. Gegenstand dieses Projekts ist die Einführung eines Qualitätssicherungsmanagements, um den Dienstleistung nachfragenden Betrieben und Patienten in ihren steigenden Erwartungen in vollem Umfang zu entsprechen.

## 1. Der Patient als „Kunde“

Nicht selten wird die Auffassung vertreten, dass der Patient auch gleichzeitig „Kunde“ medizinischer Leistungen mit entsprechenden Auswahloptionen sei. Der „mündige“ Patient ist analog zum Kunden mit einer Reihe von Wahloptionen ausgestattet, die er zunehmend zu realisieren beginnt. Zwar handelt es sich bei medizinischen Leistungen in der Regel um verhaltens- und bewertungsunsichere Vertrauensgüter, denen aus Sicht der Nachfrager ein erhebliches Risikopotenzial inhärent ist (z.B. Ex-ante-Bewertung der Leistungsqualität und der Kompetenz des Arztes), doch werden medizinische Märkte zunehmend informationseffizienter, d.h. die Leistungstransparenz nimmt allein schon aufgrund der vielschichtigen Informationsmöglichkeiten (z.B. Selbsthilfegruppen, Internet) stetig zu. Im Ergebnis führt der verbesserte Informations- und Kenntnisstand der Patienten zu einem professionellen Nachfrageverhalten, das sich in „proaktiven“ Such-, Informations- und Bewertungsprozessen einschließlich der Urteilsbildung manifestiert. Ökonomisch betrachtet versucht der Patient seinen Nutzen zu maximieren, indem er gezielt

nach den effizientesten, kundenfreundlichsten und qualitativ besten Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen Ausschau hält bzw. einen maximalen medizinischen Gegenwert für die ihm entstandenen materiellen und immateriellen Kosten erhalten möchte.

Aufgrund des steigenden Wettbewerbsdrucks werden zukünftig vermutlich nur diejenigen Arztpraxen realistische Überlebenschancen besitzen, die nicht nur technisch-funktional exzellente Dienstleistungen anbieten, sondern diese auch zielgruppengerecht vermarkten und kommunizieren. Im Gegensatz zu trivialen Konsumgütern, entziehen sich die meisten medizinischen Leistungen und deren Qualitätsbeurteilung einer validen Evaluation durch den Patienten aufgrund seines laienhaften medizinischen Verständnisses. Die Tatsache, dass der Patient komplexere medizinische Leistungen aufgrund des rudimentären Kenntnisstandes nicht direkt hinsichtlich des Preis/Leistungsverhältnisses qualifiziert beurteilen kann, verleitet ihn zur Einbeziehung indirekter Ersatzindikatoren, die Rückschlüsse auf das komplexe hypothetische Konstrukt „medizinische Leistungsqualität“ erlauben sollen. Zu derartigen Ersatz- oder Hilfsindikatoren zählen unter anderem die störungsfreien Prozesse, das optische Erscheinungsbild der Praxis und des Fachpersonals, die Modernität des medizinisch-technischen Equipments, die Freundlichkeit des Personals sowie eine Vielzahl anderer Hygienefaktoren wie etwa die entgegengebrachte Empathie oder Präsenz für Kinder nach überstandener Zahnarztbehandlung (Amon, 2004).

## 2. Patientenzufriedenheit als Teildimension des Qualitätsmanagements

Jenseits dieser Berücksichtigung der genannten Ersatzindikatoren zur Beurteilung der Dienstleistungsqualität besteht zudem die Möglichkeit, über ein aktives „Competence-Signalling“ dem Markt die eigene Leistungsfähigkeit entsprechend zentraler Leitindikatoren zu kommunizieren. Unter diese lassen sich neben Qualitäts- und Weiterbildungszertifikaten, hohen Fallzahlen auch alle Formen der Mund-zu-Mund-Propaganda sowie geschickt lancierte Presseberichte und Publikationen subsumieren. Das vom Patienten ausgehende Scree-

ning nach relevanten Qualitätsinformationen sollten die Arztpraxen zum Anlass nehmen, um mit Patienten in einen aktiven Dialog zu treten und auf diese Weise eine längerfristige Patientenbindung zu erreichen. Nicht zuletzt deshalb werden langfristig nur solche Praxen einen Versorgungsauftrag erhalten, die über ein professionelles Qualitätsmanagement verfügen und dieses patientenorientiert einsetzen.

Wurden Patienten noch vor Jahren als „passive Objekte zu vollziehender Dienstleistungen“ betrachtet, so geben sich diese heutzutage häufig nicht mit dem Status des passiven Dienstleistungsempfängers zufrieden. Vielmehr sehen sie sich als Partner im Behandlungsprozess, die diesen aktiv zu beeinflussen imstande sind. Vergleichbar mit der Kundenzufriedenheit avanciert die Patientenzufriedenheit zum Gradmesser des Praxiserfolgs, weil die Patientenzufriedenheit als kausale Vorsteuergröße des finanziellen Erfolgs angesehen werden kann. Zufriedene Patienten sind die Grundlage einer positiven Mund-zu-Mund-Propaganda und letztlich auch einer exzellenten Reputation am Markt. Diese wiederum fungiert als wichtiger Leitindikator der Qualitätsbeurteilung und einer daraus resultierenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen.

## 3. Qualitätsmanagement als gesetzliche Pflicht

Nach den Vorgaben des Gesundheits-Modernisierungs-Gesetzes (GMG) werden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Institutionen auf Basis des §135a Abs. 2 GMG verpflichtet, mit dem 1. Januar 2005 ein Qualitätsmanagement einzuführen. Der „Gemeinsame Bundesausschuss“ entscheidet über die QM-Mindestanforderungen für die vertragsärztliche Tätigkeit.

Grundsätzlich wird zwischen zwei möglichen Ansätzen der Implementierung von QM-Systemen unterschieden:

1. Die Dokumentation der Gesamtheit aller eingeführten Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität in der Arztpraxis.
2. Die Darlegung des QM-Systems als Nachweis gegenüber Dritten, dass ein QM-System etabliert ist (Zertifizierung).

## Autorin

**Frau Prof. Dr. Braun v. Reinersdorff** ist Beauftragte des Masters „Management im Gesundheitswesen sowie des Diplomstudiengangs kpm. - Management von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen an der Fachhochschule Osnabrück. Ihre Beratungs- und Forschungsschwerpunkte sind Krankenhausmanagement sowie Strategisches Management, Qualitätsmanagement und Human Resources in Gesundheitsorganisationen. Sie lehrt u.a. in den Studiengängen MBA Health Management, PGM (Pflege- und Gesundheitsmanagement). Zugleich ist sie Leiterin der Health Care Section am General Management Institute Potsdam e.V. Nach Ihrem Studium der Wirtschaftspädagogik an den Universitäten Mannheim und Nürnberg promovierte sie auf dem Gebiet des strategischen Krankenhausmanagements an der Universität Bayreuth.



**Prof. Dr. Andrea Braun v. Reinersdorff**  
Allgemeine Betriebswirtschaftslehre,  
Gesundheitsmanagement,  
insbesondere Personal  
Fachhochschule Osnabrück  
WISO-Fakultät – Profil Gesundheit  
Caprivistr. 30a  
49076 Osnabrück  
Tel.-Nr.: 0541/969-3297  
Fax-Nr.: 0541/969-2989  
Email: a.braun@fh-osnabrueck.de

Voraussetzung für die Etablierung eines funktionsfähigen QM-Systems ist die Aneignung eines soliden Grundlagenwissens bezüglich der Ziele und Methoden des allgemeinen und spezifischen Qualitätsmanagements im Sinne einer Übertragung des generischen Wissens zum Qualitätsmanagement auf Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen, Krankenhäuser und ambulante Kliniken. Aktuell bestehen evidente Defizite beim Transfer allgemeinen Qualitätswissens (z.B. TQM, QFD, Six Sigma) auf spezifische Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen. Dieser Aufgabe stellt sich derzeit das von der Fachhochschule Osnabrück in Kooperation mit dem BsAfB und der Firma TERNION durchgeführte Pilotprojekt, dessen Ziel in der Anpassung und Implementierung passge-

## Autor

**Dipl.-Kfm. Markus Schnieders**  
WISO-Fakultät – Profil Gesundheit  
Forschungsstelle für  
Qualitätsmanagement

Caprivistr. 30a  
49076 Osnabrück  
Tel.-Nr.: 0541/969-2117  
Fax-Nr.: 0541/969-2989  
Email: m.schnieders@fh-osnabrueck

nauer QM-Systeme in Arztpraxen und Zentren besteht. Nicht zuletzt zu diesem Zweck werden etablierte Konzepte wie EFQM, KTQ, DIN ISO, QUEP etc. kritisch auf ihre Einsetzbarkeit analysiert, um aufbauend auf der kritischen Evaluation maßgeschneiderte QM-Konzepte für Arztpraxen und Zentren zu entwickeln. Dabei soll aus den Fehlern der Vergangenheit bei der QM-Einführung gelernt werden – wurden doch teilweise entweder überdimensionierte QM-Konzepte aus der Industrie empfohlen und/oder der Branchen- und Aufgabenbezug fehlte völlig. Aufgrund der Vielzahl konkurrierender QM-Systeme, die aber mehr gemeinsame Schnittmengen und Kompatibilitätszonen aufweisen als ihre Protagonisten suggerieren, soll an dieser Stelle von einem QM-System-Dogmatismus abgeraten werden. Vielmehr sollte darauf geachtet werden, dass sich das favorisierte QM-System unter Kosten/Nutzengesichtspunkten praktikabel und bei vertretbarem Aufwand einführen lässt. Ergebnis des Projekts ist zunächst die Erstellung eines Handlung leitenden Handbuchs zum Qualitätsmanagement für Betriebsärzte und Hausärzte, das in seiner Funktion als Zentraldokument die Grundlage für Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen bietet.

#### 4. „Herzstück“ des QM-Systems:

##### Das QM-Handbuch

Das QM-Handbuch ist zum einen das zentrale Dokument in einem Qualitätsmanagement-System und enthält zum anderen die wichtigsten Regelungen für die gesamte Arztpraxis. Es soll das Qualitätsmanagement mit seinen einzelnen Modulen (Strategie, Politik, Patientenorientierung, Personalmanagement, etc.) in der Arztpraxis transparent machen. Das Handbuch soll eine konkrete Hilfe beim Aufbau des Qualitätsmanagementsystems in der Arztpraxis sein und damit Ängste und Befürchtungen hinsichtlich des zeitlichen und materiellen Auf-

## Autor

**Dipl.-Ing. Thorsten Herbrüggen**  
Sicherheitsingenieur, Auditor  
Geschäftsführer,

TERNION Management-Systeme  
Lengericher Str. 7  
D-49809 Lingen  
Tel.: +49 (0)591 963900  
Fax: +49 (0)591 96390 22  
E-Mail: thherbrueggen@ternion.de

wands abbauen bzw. minimieren.

Das Handbuch des Osnabrücker Qualitätsmanagementsystems für Arztpraxen basiert auf den folgenden Kernprozessen und wird anhand einer stringenten Gliederung methodisch im Handbuch dokumentiert:

- Managementprozesse (Politik und Strategie, Personalmanagement, Finanzmanagement, Datenschutz, Arbeit und Gesundheitsschutz)
- Primäre Kernprozesse (Patientenorientierung, Terminplanung, Überweisung/Rezept)
- Sekundäre Unterstützungsprozesse (Hygiene, Medikamentenlagerung, Medizinprodukte, Beschaffung, Brandschutz, Gefahrstoffe und Abfälle/Umweltschutz, Röntgen und Strahlenschutz)

Die Erarbeitung der einzelnen Module erfolgt durch Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (Frank, 2003), über die die Abläufe und die Verantwortlichkeiten festgelegt und dokumentiert werden. So informiert das QM-Handbuch u.a. über die Maßnahmen zur Patientenorientierung in der Arztpraxis. Die vorhandenen Strukturen in der Arztpraxis können mit Hilfe eines Befragungskataloges überprüft werden. In einem weiteren Schritt werden Checklisten zu den im Handbuch ausgewiesenen Themenkomplexen angeboten. Das QM-Handbuch zeigt jeder Arztpraxis an, welche Prozesse, Dokumente und Checklisten, z.B. zum Modul Patientenorientierung bei der Umsetzung eines Qualitätsmanagements verankert sein sollten. In dem konkreten Fall handelt es sich hierbei um folgende Maßnahmen: (1) Recall-Aktion zur Behandlungserinnerung; (2) Messung der Patientenzufriedenheit durch eine Befragung; (3) Prozess: Patientendurchlauf in der Arztpraxis (Ablaufdiagramm); (4) Beschwerdemanagement (5) Informationsbroschüren, Flyer, Homepage; (6) Ermittlung der Wartezeiten; (7) Konzept: Notfallversorgung / Notfallmanagement

Im Ergebnis erfüllt das QM-Handbuch unterschiedliche Funktionen. Erstens stellt es ein wichtiges Führungsinstrument für die Arztpraxis dar. Zweitens erleichtert die Delegation und Einweisung von Personal, indem es klare Verantwortlichkeiten und Kompetenzen festlegt. Drittens unterstützt es ein so genanntes Benchmarking im Sinne eines Betriebstypenvergleichs durch Benutzung eines standardisierten Fragebogens. Viertens kann unterstellt werden, dass die Motivation und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter steigt, wenn diese spüren, dass durch gezielte Maßnahmen die wahrgenommene Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden können. Dabei soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass die Einführung von QM-Systemen operative Arbeit der einzelnen Mitarbeiter transparenter und damit auch vergleichbarer macht, wodurch im günstigsten Fall ein „produktiver Leistungs- und Qualitätsdruck“ (z.B. Exzellenzstreben, Kultur der Fehlerprävention) generiert wird. Fünftens kann das QM-Handbuch Grundlage einer zielgerichteten Personal- und Kompetenzentwicklung sein, die wiederum positive Effekte auf die Patientenzufriedenheit hat (ähnlich Koch et. al. 1998).

## 5. Erfolgsfaktoren der QM-Einführung

Erfolgskritisch ist, dass der Praxisinhaber die Grundsatzentscheidung bezüglich der „Einführung eines Qualitätsmanagements“ kompetent auf Basis aller relevanten Informationen trifft, die aus dem internen Referenzsystem seines Unternehmens und dem externen Referenzsystem der Mikro- und Makroumwelt herrühren (z.B. rechtliche Veränderungen, Markt- und Wettbewerbssituation, Soziodemographie, etc.)

Hilfe und Unterstützung findet der Arzt in einem ersten Schritt bei seinem Team, das in Besonderheiten des Qualitätsmanagements frühzeitig eingebunden werden sollte, denn dieses ist nicht nur Aufgabe der Leistungsspitze, sondern aller Beteiligten. Grundsätzlich empfiehlt sich die Nominierung eines Qualitäts-Management-Beauftragten (QMB), welcher sich der Thematik annimmt und die anstehenden Projekte und Aufgaben plant und koordiniert. Auf

dieser Weise wird in der Arztpraxis eine zentrale Qualitätsleitstelle verankert, um ein holistisches Qualitätsmanagement zu garantieren. Eine derartige Funktion könnte eine besonders qualifizierte Arzthelferin übernehmen, die ein großes Interesse an organisatorisch-administrativen Tätigkeiten zeigt. Aufgrund des verbreiteten Aufgabenspektrums (Job Enlargement, Job Enrichment) müsste dieser Funktion innerhalb der Stellenhierarchie der Arztpraxis vom Praxisinhaber eine exponierte Stellung zugewiesen werden, um die zentrale Bedeutung des Qualitätsmanagements auch symbolisch qua Stellenaufwertung zu akzentuieren.

## 6. Conclusio: Die Zertifizierung

Arztpraxen erwerben mit dem Zertifikat ein Gütesiegel ihrer Qualitätskompetenz, das Patienten, Krankenkassen und Unternehmen als Indikator für die Qualitätsbeurteilung dient. Im Vergleich mit einer TÜV-Plakette wird dem verhaltens- und bewertungsunsicheren Entscheider auf diese Weise ein Leitindikator zur Verfügung gestellt, wodurch ihm geringere Informations- und Suchkosten entstehen. Qualität wird markiert und kann auf diese Weise im Sinne des Praxismarketings kommuniziert werden.

Nicht zu unterschätzen ist die enorme Motivationswirkung, die von der erfolgreichen Zertifizierung auf das beschäftigte Personal ausgeht. Dies gilt insbesondere, wenn die Zertifizierung im Innen- und Außenverhältnis der Praxis zelebriert wird, wodurch sich das Qualitäts-Commitment nochmals steigern lässt. Zudem trägt die Zertifizierung im Kontext des verschärften Qualitätswettbewerbs zum Aufbau komparativer Konkurrenzvorteile bei, wenn zukünftig vermehrt qualitätsgesicherte Leistungen nachgefragt werden.

Für alle Praxen, die eine Zertifizierung anstreben, werden im Vorfeld sogenannte Interne Audits durchgeführt, die den Praxen im Vorfeld der Externen Auditierung anzeigen, inwieweit das eigene Qualitätsmanagement den Anforderungen des QM-Systems entspricht. Mit dem Zertifikat, das von dafür eigens akkreditierten Zertifizierungsstellen ausgestellt wird, wird der Nachweis (entsprechend des gewähl-

ten Qualitätsmodells) geführt, dass die im QM-System der Arztpraxis festgelegten Qualitätsstandards (z.B. in der Patientenorientierung) tatsächlich erbracht werden.

Das Zertifikat der Fachhochschule Osnabrück wird für drei Jahre vergeben und hat nur dann Fortbestand, wenn das Qualitätsmanagement in diesem Zeitraum auch nachweislich verbessert wird. Letztlich repräsentiert das Zertifikat eine Bestätigung des „Wissens, Wollens und Könnens“ der Beteiligten im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

## Literatur

Frank, Matthias:

Praktisches Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Schattauer Verlag 2003, S. 151ff., 31f.

Amon, Ulrich:

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, 2. Auflage, Springer Verlag 2004, S. 49ff.

Nüllen, Helmut und Noppeney, Thomas:

Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Entwicklung und Einführung eines QMS, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2004, S. 118ff.

Wölker, Theresia:

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis - Ein Praxishandbuch der Ärzte Zeitung, 1. Auflage 2000, S.123f.

Koch, Gerd und Breuer, Wulf E.:

Personalführung in der Arztpraxis – Motivierte Mitarbeiterinnen = zufriedene Patienten, 2. erweiterte Auflage 1998, S. 38ff.