



## Ausgleichszahlungen vorziehen – EU-Richtlinie novellieren

Anlässlich der Debatte am 29. Mrz. 2007 im Bundestag zum Antrag der FDP-Fraktion auf ein Vorziehen der Ausgleichszahlungen für neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern erklärte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):

„Die jetzigen Regelungen zur Finanzierung des Mehraufwandes für innovative Arbeitszeitmodelle reichen unzweifelhaft nicht aus. Zwar ist anzuerkennen, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz einen zusätzlichen Betrag von rund 100 Mio. Euro jährlich für die Jahre 2003 bis 2009 eröffnet hat. Doch gemessen an dem Bedarf der Kliniken an Mehrpersonal im Hinblick auf eine EuGH-konforme Arbeitszeitorganisation ergibt sich nach wie vor eine eklatante Kostendeckungslücke. 85 Prozent aller Kliniken setzen die Sondermittel, die auf 0,2 Prozent des Klinikbudgets begrenzt sind, ein. Mit ihnen kann aber nur ein Teil der Mehrkosten für neue Arztstellen refinanziert werden.

Die DKG hat bereits im Jahr 2002 einen Bedarf von allein rund 27.000 Ärzten für die EuGH-konforme Umsetzung in den Krankenhäusern ermittelt. Der Anstieg bei den Arztstellen in der amtlichen Personalstatistik verdeutlicht, dass die Krankenhäuser in der Vergangenheit große Anstrengungen unternommen haben, das Arbeitszeitgesetz umzusetzen. Obwohl die Kliniken in vier Jahren 11.500 Ärzte eingestellt haben, konnten

die Kliniken aufgrund des finanziellen Drucks jedoch noch nicht vollständig die Vorgaben umsetzen.

Ein großes Problem ist die Sicherheit für die dauerhafte Finanzierbarkeit der ärztlichen Personalmehrkosten. Wenn Krankenhäuser insgesamt 100 Mio. Euro in 2007 bekommen, durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz und die Gesundheitsreform aber 600 Mio. Euro entzogen werden, ist das keine Basis und dämpft die Fähigkeit der Kliniken, Ärzte einzustellen. Besonders hart trifft es kleine Einrichtungen und solche mit infrastrukturellen Nachteilen, Personal zu gewinnen. Zudem ist die Zahl der verfügbaren Bewerber häufig nicht vorhanden, um die Stellen zu besetzen. In den Kliniken sind derzeit rund 1.500 Stellen mangels Bewerber unbesetzt. Dies sind Gründe dafür, dass rund 15 Prozent der Häuser die Refinanzierungsmittel gar nicht in Anspruch nehmen konnten.

Die Mittelbereitstellung leidet insgesamt an dem Umstand, dass die zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes auftretenden Personalkosten unmittelbar in vollem Umfang zu Buche schlagen, die Mittel aber auf mehrere Jahre gestreckt bereit gestellt werden. Hier ist dringend zumindest ein Vorziehen der Beträge, die jährlich bis zum Jahr 2009 ausgeschüttet werden sollen, erforderlich, um eine weitere Auszehrung der Kliniken zu verhindern und den Umsetzungsgrad in den Kliniken zu beschleunigen.

Die Politik hat mit dem geänderten Arbeitszeitgesetz kostenwirksame Vorgaben gemacht – nun sollte die Politik auch die vollständige Refinanzierung tatsächlicher Mehrkosten sicherstellen. Weiterhin muss die Bundesregierung Druck auf der europäischen Ebene machen, damit die EU-Arbeitszeitrichtlinie nach den Erfordernissen der Krankenhausversorgung novelliert wird.“

### Inhalt:

Ausgleichszahlung vorziehen	1
Stellungnahme der DKG	
Impressum	1
Bürokratiemessung	2
Weltgesundheitstag 2007	2
Patientenverfügung	2
Privatliquidation in Irland	2
Bonus-Malus-Vereinbarung	2
Qualitätssicherung stationäre Versorgung	3
Gesundheitskarte	3
Leitlinienglossar	3
Führt die demografische Entwicklung zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen?	4
Versicherungsvertragsgesetz	
Pressemeldung des BFB	5
Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis	5

Verantwortlicher Herausgeber:  
Dr. J.-A. Rüggeberg  
Präsident der GFB  
Redaktion:  
Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

### **Bürokratiemessung**

Durch den Bundesverband der Freien Berufe (BFB), dem auch die GFB angehört, sind wir informiert worden, dass die Bemühungen zum Bürokratieabbau der Bundesregierung konkretisiert worden sind. Das Statistische Bundesamt ist von der Bundesregierung beauftragt worden, ein Programm zur Messung der Bürokratiekosten nach dem Standardkosten-Modell (SKM) zu erarbeiten. Der BFB beteiligt sich hieran aktiv. Ziel des Programms ist die Entlastung der Wirtschaft von Informations- und Berichtspflichten. Mit dem SKM soll der zeitliche und finanzielle Aufwand der verschiedenen Berichtspflichten ermittelt werden. Das Statistische Bundesamt hat hierzu eine spezielle Datenbank erstellt. Es wird den BFB auf sein Bitten hin über alle relevanten Pflichten informieren, der dann seinerseits auf die Mitgliedsverbände mit der Bitte um Mitarbeit zukommen wird. Wir werden Sie zu gegebener Zeit über den Fortschritt des Programms und eventuell auf die GFB zukommende Aufgaben informieren.

### **Weltgesundheitstag 2007**

Aus Anlass des Weltgesundheitstages am 07. April 2007, der in Deutschland unter dem Motto „Gesund bleiben – sich vor Infektionskrankheiten schützen“ steht, erklärte der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Klaus Theo Schröder: „Der wirksamste Schutz vor Infektionen ist vor allem eine gute Prävention. Dem Impfschutz kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.“ Er appellierte an die Eltern den Impfschutz ihrer Kinder wichtig zu nehmen. Trotz steigender Impfquoten, wie bei Schuleingangsuntersuchungen festgestellt wurde, ist das Niveau des Impfschutzes noch unzureichend, wie z. B. Masernerpedemien in der Vergangenheit gezeigt haben. Es sei unverständlich, wenn Eltern ihren Kindern diesen Schutz durch Impfen verweigern und sie so einer vermeidbaren Krankheit aussetzen. Ein-

mal erfolgter Impfschutz muss regelmäßig geprüft werden: vor allem bei Kindern aber auch im späteren Alter, wenn die notwendigen Auffrischimpfungen wahrgenommen werden müssen. Der Weltgesundheitstag soll Anlass sein, das eigene Verhalten und den eigenen Impfstatus zu überprüfen.

### **Patientenverfügung**

Am 29. Mrz. 2007 befasste sich der Deutsche Bundestag in einer ausführlichen und parteiungebundenen Aussprache mit der Problematik der Patientenverfügung. Er nahm sich hierfür ca. 3 Stunden Zeit. Vorgesehen ist, in Bälde eine gesetzliche Regelung zu verabschieden. In der Debatte standen sich zwei gegensätzliche Meinungen gegenüber. Ein größerer Teil der Abgeordneten befürwortete eine verbindliche gesetzliche Regelung und Geltung von Patientenverfügungen. Demgegenüber stand eine Gruppe von Abgeordneten, die fraktionsübergreifend einen Verzicht auf gesetzliche Regelungen wünscht. Dies deckt sich mit Meinungsäußerungen der Bundesärztekammer und anderer ärztlicher Verbände, die eine dauerhaft geltende Fixierung des Patientenwillens ablehnen, da eine solche keine Möglichkeit eröffnet, in besonderen Situationen zum Wohle des Patienten zu handeln. Die Problematik fragwürdiger Lebensverlängerung ist nach Ansicht des Präsidenten der Bundesärztekammer weniger im Verlauf akuter Erkrankungen als bei der Behandlung alter Menschen insbesondere in Pflegeheimen zu erwarten.

### **Auch in anderen EU-Mitgliedsstaaten will der Staat bei Ärzten sparen**

Einer Meldung des Deutschen Ärzteblatts ist zu entnehmen, dass auch in anderen EU-Staaten, nämlich Irland versucht wird die Privat abrechnung bei Privatpatienten einzuschränken bzw. ganz aufzuheben. Hier wie dort bestehen erhebliche Begehrlichkeiten der Krankenhausträger, die Privatho-

norare gänzlich für sich zu behalten oder zumindest die privatärztliche Tätigkeit stark einzuschränken.

In Irland sind Ärzte, die durch das staatliche Gesundheitssystem angestellt sind, berechtigt Privatpatienten zu behandeln und diese Behandlungen zu liquidieren. Auch dort wird versucht, über entsprechende Vertragsgestaltungen den Ärzten diese Möglichkeit zu nehmen oder zumindest erheblich einzuschränken. Sollte sich hier keine vernünftige Entwicklung abzeichnen, sind Streikmaßnahmen der Ärzte nicht auszuschließen.

### **Bonus-Malus-Vereinbarungen bei Arzneimittelverordnungen Fragliche Einspareffekte**

In zahlreichen Kassenärztlichen Vereinigungen sind Bonus-Malus-Vereinbarungen zur Arzneimittelverordnung getroffen worden. Andere KVen lehnten solche Verträge mit den Kostenträgern ab. Hierbei wurden immer wieder als Gründe die kaum noch rechtssicher durchführbare Wirtschaftlichkeitsprüfung als auch ungewisse Einsparpotenziale und ein hoher bürokratischer Aufwand angeführt. Der Gesetzgeber hatte sich durch entsprechende Regelungen ein Einsparvolumen von ca. 500 Mio. € erhofft. Die Firma MSD Sharp & Dohme hat die Vereinbarungen zum Anlass genommen, eine Untersuchung zu den Effekten der Bonus-Malus-Verträge in Auftrag zu geben. Deren Ergebnis liegt mittlerweile vor. Es ist demnach davon auszugehen, dass das erhoffte Einsparvolumen von zusätzlichen Bürokratiekosten aufgezehrt wird, sollten 5 % der Vertragsärzte gegen ihre Bonus-Malus-Bescheide Widerspruch einlegen. Einen weiteren kostentreibenden Faktor stelle das DDD-System dar. Hier wird eine schematische Verordnungsweise erwartet, die kostensteigernd wirken wird.

## WidO und HELIOS-Kliniken haben ein zukunftsweisendes Verfahren zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten entwickelt

In einer Pressekonferenz stellte der AOK-Bundesverband und sein wissenschaftliches Institut WidO gemeinsam mit den HELIOS-Kliniken ein neues Konzept zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) vor.

AOK-Vorstandsvice von Stackelberg führte aus: „Wird der Patient sektorenübergreifend versorgt, dann muss auch mittelfristig die Qualitätssicherung sektorenübergreifend sein. Eine Auswertung von Daten aus mehreren Sektoren schafft ganz neue Möglichkeiten der Qualitätssicherung. Zu denken ist an Daten aus der ambulanten Behandlung (EBM-Ziffern), an Arzneimittelverordnungen, an Heil- und Hilfsmittel, aber auch an Daten zur Arbeitsunfähigkeit oder zur Pflegebedürftigkeit.“

Einen ersten Schritt unternahm der AOK-Bundesverband gemeinsam

mit dem WidO und den HELIOS-Kliniken. Die HELIOS-Kliniken blicken inzwischen auf eine 7-jährige Erfahrung mit einem eigenen Qualitätsmanagement zurück, das jedem Arzt zeigt, wo er bezüglich seiner Ergebnisqualität selbst steht und wo die Kollegen stehen. Mit Hilfe des QSR ist es jetzt den Kliniken möglich, einen Patienten über einen beliebig langen Zeitraum nach seiner Entlassung zu beobachten. Hierzu werden die einzelnen Patientendaten durch die AOK anonymisiert. So können Daten aus dem stationären und ambulanten Sektor zusammengeführt werden und patientenbezogene Verläufe analysiert werden. Das Verfahren ist vom zuständigen Datenschutz akzeptiert worden. Langfristig ist vorgesehen, auch Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung einzubeziehen und damit einen Beitrag zur Qualitäts-

sicherung im ambulanten Bereich zu leisten. Problematisch sei hierbei jedoch die relativ kleine Fallzahl in den Praxen, sagte von Stackelberg.

Nach Ansicht der Beteiligten ist mit dem vorgestellten Verfahren bei sehr viel weniger Bürokratie eine deutliche Verbesserung im Vergleich zu den bislang angewandten Erhebungen erreicht worden. Neben wichtigen epidemiologischen Daten kann mit dem vorgestellten QSR den AOK-Versicherten zukünftig auch ein Vergleich zwischen einzelnen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Hierfür ist zusätzlich eine umfangreiche Risikoadjustierung seitens des WidO entwickelt worden.

## Die unerträgliche Geschichte der Gesundheitskarte in Deutschland

Unter dem Titel „Die unerträgliche Geschichte der Gesundheitskarte in Deutschland“ beschreibt Harald G. Schweim, heutiger Inhaber des Lehrstuhls für Drug Regulatory Affairs der Universität Bonn und ehemaliger Präsident des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Geschichte der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland. Die Entwicklung dieses ehrgeizigen und technologisch anspruchsvollen Chip-Kartenprojekts hinkt weit hinter dem ursprünglichen Zeitplan her. Das anfänglich geplante Kostenvolumen wird wohl erheblich überschritten werden, was ebenfalls eine deutlich höhere Belastung der Kostenträger dieses Projekts und damit auch der Leistungserbringer im Gesundheitswesen bedeuten wird. Ursächlich für dieses Desaster sieht der Autor vorwiegend die politischen Akteure mit deren unrealistischen und wenig fachkompetenten Vorgaben. Den gesamten Artikel können Sie herunterladen unter

<http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000052.shtml>

Zudem hat die FDP-Bundestagsfraktion eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung unter dem Datum vom 28. Mrz. 2007 gestellt. Sie hinterfragt hierin die Datensicherheit, den Stand, die Finanzierung sowie die Kosten für Leistungserbringer als auch die Zuverlässigkeit der in der noch zu erstellenden elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten. Der vollständige Text der Kleinen Anfrage (Bundestagsdrucksache 16/4891) kann über die Redaktion abgerufen werden.

### Neuaufgabe des Leitlinienglossars

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF das Leitlinienglossar überarbeitet

und eine Neuauflage veröffentlicht. Das Leitlinien-Glossar von AWMF und ÄZQ ist eine kommentierte Stichwortsammlung zu allen Aspekten der Entwicklung und Nutzung medizinischer Leitlinien.

Das Leitlinien-Glossar berücksichtigt die unter Glossarquellen angegebene Literatur. Insbesondere berücksichtigt das Glossar Definitionen und Textbausteine aus den Glossaren des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, dem Kompendium Q-M-A des ÄZQ, dem DELBI-Instrument von AWMF und ÄZQ und dem Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien von ÄZQ, PMV und Leitliniengruppe Hessen.

Das Glossar kann unter

<http://www.versorgungsleitlinien.de/glossar/glossar/index?key=A>

heruntergeladen werden.

## Führt die demografische Entwicklung zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen?

Dieser Frage ist der Wirtschaftsweise, Prof. Bert Rürup in einem Beitrag für das Magazin G + G des AOK-Bundesverbandes (Heft 03-07) mit dem Titel „Was kostet Gesundheit 2030?“ nachgegangen. Folgende Kernaussagen sind seiner Stellungnahme zu entnehmen:

- Die demografische Entwicklung mit einem sinkenden Anteil jüngerer, erwerbstätiger Menschen und einem steigenden Anteil Älterer wirkt sich auf die Beitragssätze der Krankenversicherung aus.
- Beitragssatzrelevant sind vor allem die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben. Allerdings ist eine deutliche Versteilerung der Kostenprofile, also ein mit der Alterung der Bevölkerung stufenweise fortschreitendes (progressives) Wachstum der Gesundheitsausgaben, bislang nicht zu beobachten.
- Der demografiebedingt steigende Rentneranteil in der Krankenversicherung führt zwar zu sinkenden Kasseneinnahmen. Dieser Effekt wird jedoch durch die abnehmende Zahl beitragsfrei versicherter Kinder weitgehend aufgehoben.
- Einer Hochrechnung des Autors zufolge steigt (unter Konstanz der Bedingungen des Jahres 2004) der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis zum Jahre 2030 ausschließlich aufgrund der Verschiebung der Altersstruktur und der damit verbundenen Zunahme der Durchschnittsausgaben um etwa 2,5 Prozentpunkte. Zum Vergleich: Zwischen 1984 und 2007 ist der durchschnittliche GKV-Beitragssatz um 3,3 Prozentpunkte angestiegen.
- Die Beitragsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung erodieren als Folge eines sinkenden Rentenniveaus, aufgrund von Arbeitslosigkeit und einer sinkenden Lohnquote. Der daraus resultierende Anstieg der Beitragssätze kann also nicht direkt der demografischen Entwicklung angelastet werden.
- Eine Explosion der Gesundheitsausgaben („Kostenexplosion“) im gesamtwirtschaftlichen Sinne hat es in den letzten 30 Jahren nicht gegeben. Dennoch sind in diesem Zeitraum die Beitragssätze von 9,5 Prozent auf über 14 Prozent gestiegen. Dies ist hauptsächlich Folge der steigenden und anhaltenden Massenarbeitslosigkeit, sinkender Lohnquoten, Frühverrentungen und einer Verschiebepolitik zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Ein Problem für die Politik stellen steigende Gesundheitsausgaben immer dann dar, wenn sie die Folgen effizienzfeindlicher Organisations- und Anreizstrukturen beziehungsweise eines fehlenden Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern einerseits und den Krankenkassen andererseits sind und wenn die Art der Finanzierung von Gesundheitsausgaben mit gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungs- und Wachstumsverlusten verbunden ist.
- Steigende Gesundheitsausgaben bedürfen keiner politischen Gegensteuerung, wenn sie Ergebnis einer zunehmenden Multimorbidität, eines die Lebensqualität der Patienten verbessernden und die Lebenserwartung verlängernden medizinisch-technischen Fortschritts oder veränderter Präferenzen der Versicherten sind. Eine zum Selbstzweck erhobene Kostendämpfungspolitik ist keine sinnvolle Option.

Den vollständigen Beitrag können Sie unter

[http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/ruerup\\_gug\\_0307.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/ruerup_gug_0307.pdf)

herunterladen.

## Pressemeldung des Bundesverbandes der Freien Berufe VVG-Novelle: Anliegen der Freien Berufe ausgespart

Der Rechtsausschuss des Bundestages hat heute in Berlin eine Anhörung zur Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) durchgeführt. Zum großen Unverständnis des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) wurden bei dieser Anhörung jedoch zu keinem Zeitpunkt die vom BFB bereits seit langem kritisierten Punkte auf den Tisch gebracht. „Die Abgeordneten haben das Versicherungspotential, das ansteht, zu keinem Zeitpunkt angesprochen“, kommentiert RA Arno Metzler, Hauptgeschäftsführer des BFB in Berlin. „Ich verbinde dies mit der Frage: „Ist das also nicht wichtig?“

Der BFB hatte im Zuge der Diskussion um die Novellierung des VVG-Entwurfes bereits mehrfach zu verschiedenen Aspekten Stellung bezogen. Elementarer Kritikpunkt war dabei Artikel 1 Abs. 2 der Übergangsvorschriften, wonach der Versicherer zum 1. Januar 2009

seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen für bestehende Altverträge rückwirkend ändern können. Auch darf nach § 128 Abs. 1 des VVG-Entwurfes der Mandant den Rechtsanwalt nicht mehr frei wählen, sondern muss den Anwalt akzeptieren, den seine Versicherung bezahlt. Problematisch für Verbraucher ist auch § 192 Abs. 3 des VVG-Entwurfes. So erhalten Patienten „zusätzliche Dienstleistungen“ versprochen, die ihre Privaten Krankenversicherungen in die Lage versetzen, „unabhängig“ über die „Berechtigung“ und „Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche“ zu beraten. Im Klartext wird dem Patienten ein Vorteil vorgegaukelt, der ihn jedoch hinsichtlich der freien Arztwahl vollständig entmündigt. „Auch die ärztliche Entscheidungsfreiheit könnte ausgehebelt werden, denn was medizinisch notwendig ist, bestimmen zukünftig die Krankenkassen, nicht mehr der behandelnde Arzt.

„Der BFB hat sich in der Vergangenheit mehrfach zu diesem Gesetzentwurf geäußert und sich dabei für die Verbraucherinteressen stark gemacht“, so der BFB-Hauptgeschäftsführer. „Den Freien Berufen geht es nicht darum, den Verbrauchern etwas zu nehmen, sondern das besondere Vertrauensverhältnis zwischen den Freien Berufen und ihren Klienten zu schützen. Einmischungen von Dritten in das gesetzlich geschützte Vertrauensverhältnis sind nicht hinnehmbar, sie gefährden die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen. Für den BFB sind nachträgliche Vertragsumgestaltungen ohne Zustimmung des Versicherten nicht akzeptabel. Leistungsänderungen sollen offengelegt und verhandelt werden. Dann bleibt den Versicherten der Wettbewerb im Umfang des Versicherungsschutzes zur Auswahl. Dies scheinen die Unternehmen jedoch zu fürchten.“

## Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007 Zusammenfassung einer Studie der Stiftung Gesundheit

**Einleitung:** Qualitätsmanagement (QM) ist für niedergelassene Ärzte gesetzlich vorgeschrieben; der gemeinsame Bundesausschuss hat detaillierte Richtlinien dazu veröffentlicht. Wie sind die Kenntnisse und Stand der Durchführung in den Praxen?

**Methoden:** In Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheit wurden im Jahr 2006 15.383 Ärzte repräsentativ ausgewählt und angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen (plus Vergleichsgruppe von 200 mit Paper-Pencil-Befragung). Die Befragung umfasste Informationsquellen und Erfahrungen zum QM, Kosten des QM sowie generelle Haltung zum QM.

**Ergebnisse:** 787 Ärzte (5,1% Antwortquote) lieferten aussagekräftige Daten. 16% aller Ärzte haben sich bislang noch nicht mit QM auseinandergesetzt. Das DIN-ISO-System ist am meisten bekannt (bei 86%), alle anderen

Systeme fallen demgegenüber deutlich ab (30% oder weniger Bekanntheitsgrad). Nur etwa 20% der Praxen haben bislang die Zertifizierung abgeschlossen oder stehen kurz davor. Die Kosten für QM hängen stark von dem verwendeten

System ab, wobei DIN-ISO (5.600 EUR) und EFQM (2.800 EUR) vergleichsweise teuer, EPA (1.800) und QEP (850 EUR) recht günstig sind; der zeitliche Aufwand ist für alle Systeme insgesamt ähnlich hoch. Zwei Drittel aller Ärzte haben sich bislang noch für kein bestimmtes QM-System entschieden und es zeigt sich, dass Kontakte auf Fortbildungen (42%) bzw. Empfehlungen von Kollegen (32%) hohe Bedeutung für die Auswahl eines QM-Dienstleisters haben. Die Zufriedenheit mit den Dienstleistern ist generell hoch.

**Diskussion:** Generell zeigte sich ein sehr heterogenes Bild hinsichtlich der Einführung von QM in der

Praxis. Wie bei anderen technischen / organisatorischen Neuerungen gibt es frühe Einsteiger und begeisterte QM-Ärzte, während doch eine zahlenmäßig große Gruppe (ca. 25%) der Idee des QM überaus skeptisch gegenübersteht. Politik und QM-Dienstleister sollten unbedingt den Markt segmentieren, um gezielt QM zu bewerben und auf kritische Ärzte eingehen zu können. Zudem scheinen die bislang noch vielfach technisch geprägten QM-Systeme nicht den klinischen und am Patienten orientierten Ärzten die Vorteile einer Organisations- und Qualitätskultur deutlich machen zu können.

Die vollständige Studie ist diesem Facharztbrief als Anhang beigelegt.