



© Mauritius



## Maßstäbe setzen

**Aktiv werden in der berufspolitischen Diskussion um Qualitätsstandards: Mit der Benchmark-Studie für Diabetologen. Lesen Sie unseren Bericht.**

**Q**ualitätssichernde Maßnahmen gehören bereits seit Jahren zum Standard in der Diabetologie. Beispiele hierfür sind die Definition von diabetologischen Schwerpunktpraxen, die Arbeit in Qualitätszirkeln, das Festlegen von Standards und Behandlungs-Schnittstellen in Diabetesvereinbarungen und Strukturverträgen etc. Tatsächlich konnte hierdurch auch die Ergebnisqualität – zum Beispiel bei HbA<sub>1c</sub> und Blutdruck – verbessert werden. Zukünftig werden Vertragsärzte vom Gesetzgeber nicht nur dazu verpflichtet, die Ergebnisqualität zu verbessern.

### QM in jeder Praxis

Neu ist, daß zusätzlich in jeder Praxis ein eigenes Qualitätsmanagement (QM) eingeführt und weiterentwickelt werden soll (§135a, Absatz 2, Sozialgesetzbuch V). Der Gesetzgeber hat im September 2003 beschlossen, jede medizinische Einrichtung zum internen Qualitätsmanagement zu verpflichten.

Zukünftig müssen alle Vertragsärzte ein eigenes (!) Qualitätsmanagement in ihrer Behandlungseinrichtung einführen

Die Richtlinien für das interne Qualitätsmanagement sind noch festzulegen – und zwar vom neuen gemeinsamen Bundesausschuß (Mitglieder: Kassenärztliche und -zahnärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft). Die Überwachung der Qualitätssicherung sollen die KVen übernehmen.

### Die Herausforderung

Die einzelnen niedergelassenen Praxen mit diabetologischem Schwerpunkt unterscheiden sich bundesweit derzeit zum Teil erheblich in puncto


Größe, Patientenstruktur, Einrichtung, Personal und Angebot. Diese Inhomogenität zwischen Praxen mit gleichem Schwerpunkt ist bei der Festlegung von Qualitätssicherungs-Richtlinien zu berücksichtigen.

Zu den erforderlichen strukturellen Voraussetzungen z. B. einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP) liegen mittlerweile verschiedene Beschreibungen und Definitionen vor (z. B. DDG-Voraussetzungen zur Akkreditierung von Diabeteseinrichtungen, Definitionen der DSP in den länderspezifischen Diabetesvereinbarungen, Diabetes-Qualitätsmodell etc.).

Wie aber sieht die Realität aus? Vergleichende, zentrumsübergreifende Analysen beschränken sich bisher auf Indikatoren der Ergebnisqualität. Umfassende Untersuchungen zu Struktur und Prozeßabläufen gibt es hingegen kaum.

**Qualitäts-Voraussetzungen für eine Praxis mit diabetologischem Schwerpunkt: An Definitionen mangelt es nicht – aber wie sieht die Realität aus?**

Die Richtlinien für das praxisinterne Qualitätsmanagement sind noch festzulegen. Um die Zeit zu nutzen und ein realitätsnahes Bild der aktuellen Situation zu schaffen, wurde vor


 **Struktur- und Prozeßqualität in der Arztpraxis: Was verbirgt sich dahinter?**

| <b>Beispiele für Strukturqualität:</b>   | <b>Beispiele für Prozeßqualität:</b>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aus- und Weiterbildung des Arztes</li> <li>▪ Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter</li> <li>▪ Praxiseinrichtung</li> <li>▪ Praxisorganisation</li> <li>▪ Dokumentationsmöglichkeiten (z. B. Praxis-EDV)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anamnese- und Untersuchungstechnik</li> <li>▪ Indikationsstellung bei Über- oder Einweisung</li> <li>▪ Therapiemaßnahmen</li> <li>▪ Zusammenarbeit</li> </ul> |

Struktur- und Prozeßqualität in der Arztpraxis: Was verbirgt sich dahinter?

 **Ein Diabetes-Qualitäts-Modell muß viele Bereiche berücksichtigen ...**

... z. B. Kategorie I: Diabetesbehandlung



|   |   |  |                                      |  |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Kategorie II:<br>Qualifikation<br>Fortbildung<br>Wissen | Kategorie III:<br>Betriebliche<br>Infrastruktur | Kategorie IV:<br>Mitarbeiter-<br>führung | Kategorie V:<br>Strategie<br>Politik | Kategorie VI:<br>Kooperation<br>Zulieferer |
|---|---|--|--------------------------------------|--|

Ein Diabetes-Qualitäts-Modell muß viele Bereiche berücksichtigen.

kurzem ein Projekt initiiert, das richtungweisend für alle Praxen mit diabetologischem Schwerpunkt ist: Die Benchmark-Studie. Bei diesem überregionalen – und in der Diabetologie in dieser Form bisher einzigartigen – Projekt werden Qualitätsangebot und Struktur in mehreren hundert Praxen erhoben und verglichen.

### Aktiv werden in der Diskussion um Qualitätsstandards

Die Daten sollen verlässliche Informationen liefern für eine gezielte Argumentation in der berufspolitischen Diskussion um Standards. Weiterer Nutzen der Studie: Mehr Transparenz über das Angebot einer hochqualifizierten Diabetesbehandlung z. B. für den Hausarzt in seiner Lotsenfunktion. Nicht zuletzt werden die teilnehmenden Praxen auch für sich selbst besser einordnen können, wo Sie im überregionalen Vergleich stehen. Hinter dem Benchmark-Projekt stehen das japanische Unternehmen Takeda Pharma und die auf medizinische und gesundheitsökonomische Studien spezialisierte AkPro MedicoMarketing GmbH. Die BENCHMARK-Studie möchte eine solide Grundlage schaffen, um diabetologische Standards in der berufspolitischen Diskussion selbst zu definieren.

### Was bedeutet Benchmark(ing)?

Der Begriff „Benchmark“ bedeutet übersetzt soviel wie „Maßstab“. „Benchmarking“ ist der Weg, um Maßstäbe zu definieren.

„Benchmark“ ist das Bestimmen von Zielgrößen.  
„Benchmarking“ ist der (richtige) Weg dorthin

Beim Benchmarking werden zunächst der Status quo erhoben, Durchschnittswerte berechnet und „Bestmarken“ ermittelt. An diesen Werten kann sich anschließend jeder orientieren

und Handlungsempfehlungen ableiten: „Wo stehe ich, wenn ich mich mit den „Besten“ vergleiche? Wo besteht für mich Optimierungsbedarf und in welcher Form?“

### Im Mittelpunkt: Struktur- und Prozeßqualität

Es ist das Ziel von QM-Maßnahmen, Ergebnisse zu optimieren. Der Weg dorthin führt in aller Regel über die Struktur- und Prozeßqualität. Daher geht es in der Benchmark-Studie primär auch nicht um medizinische Ergebnisqualität, sondern vielmehr um die Voraussetzungen und den Weg für eine hochqualifizierte Diabetesbehandlung.

Strukturen und Abläufe in der Arztpraxis: Um die aktuelle politische Situation mitzugestalten, benötigt die Diabetologie ein reales Bild vom Status quo

Anbieter einer solchen hochqualifizierten Diabetesbehandlung sollten sich die Diskussion um geeignete Richtlinien für die Struktur- und Prozeßqualität in ihrer Praxis nicht aus der Hand nehmen lassen. Dafür ist es jedoch zunächst notwendig, die aktuell tatsächlich vorhandene Situation möglichst exakt wiederzugeben. Nur so können Verbesserungspotentiale aufgedeckt und Anforderungen definiert werden.

### Das Projekt

Die Benchmark-Studie erfaßt und vergleicht Praxisstruktur und -organisation von bis zu 400 Arztpraxen. Teilnehmen können Ärzte mit internistischer oder allgemeinärztlicher Ausrichtung und diabetologischem Schwerpunkt. In dem Projekt werden unter anderem Daten zu folgenden Themenfeldern erhoben:

■ **Strukturqualität:** Welche Unternehmensstruktur liegt vor? Wie ist die Qualifikation von Arzt und Mitarbeitern? Welche Fort- und Weiter-

bildungen werden genutzt? Wie ist die Praxisausstattung? Wie ist die Patientenstruktur?

■ **Prozeßqualität:** Welche Diagnostik wird regelmäßig durchgeführt? Gibt es bereits Maßnahmen zur Qualitätssicherung? Teilnahme an Qualitätszirkelarbeit? Teilnahme an DMP? Art der Diabetesschulungen? Organisation von Verantwortlichkeiten und Praxisabläufen?

■ Weitere Themenfelder betreffen Fragen zu **Kooperation** mit anderen Versorgungseinrichtungen, **Diabetesbehandlung**, **Wissen/Informationsquellen**, **Praxismarketing**, eigene Publikationen und Vorträge sowie ärztliche Zusatz Tätigkeiten.

Alle Teilnehmer erhalten nach Auswertung der Studie eine individuelle (vertrauliche) Bewertung, die ihnen einen Vergleich mit anderen Arztpraxen ermöglicht, sowie zusätzlich einen Abschlussbericht mit den Gesamt-Ergebnissen der Studie.

Das Benchmark-Projekt wird ein weiterer Meilenstein sein beim innovativen Suchprozeß zum Thema Diabetes-Qualitäts-Management. Wenn Sie an einer Teilnahme oder weiteren Informationen interessiert sind, können Sie sich an folgende Kontaktadressen wenden:

■ AkPro GmbH, Dr. Christof Münsher u. Frank Potthoff, Waldweg 13, 36199 Rotenburg/Fulda, Tel. 06623/44271, Fax 06623/919356, benchmark@akpro.de

■ Takeda Pharma GmbH, Dr. Georg Lübben, Viktoriaallee 3-5, 52066 Aachen, Tel. 0241/941-2410, Fax 0241/941-2449, Georg.Luebben@takeda.de

Autoren:

Dr. med. Anja Lütke,  
Heisterbusch 37, 23684 Scharbeutz,  
www.anja-luetke.de

Dr. med. Ralph Achim Bierwirth,  
Camillo-Sitte-Platz 1, 45136 Essen,  
bierwirth.diab@web.de