B 1363
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt

KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT

Das Fachmagazin

Februar 2015
84. Jahrgang

Finanzierung
Neue Wege beschreiten

Gebäudetechnik / Green Hospital
Modern, sparsam, ökologisch

Qualitätsmanagement
Dresdner Konzept des Stationsapothekers bewährt sich

Recht
Dauerbrenner: Patientendaten im Krankenhaus

Palliativversorgung
Lebensqualität statt Lebensverlängerung

Mit KU Special StudienführerPLUS

ku-gesundheitsmanagement.de
Die Nr. 1 im Stellenmarkt

MEDIENGRUPPE OBERFRANKEN
FACHVERLAGE

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Foto: Kurhan – Fotolia

Serie: Wirksamkeit und Nutzen von Qualitätsmanagement

Teil V: Qualifikations- und Infrastruktur

Sind die Struktur- und Prozessqualität hoch ausgeprägt, entsteht eine gute Ergebnisqualität. Erfolg auf Basis von Qualität ist das Ziel. Der aktuelle Beitrag konzentriert sich auf die notwendigen Rahmenbedingungen zur Erzeugung von Strukturqualität. Es wird analysiert, was genau unter Strukturqualität zu verstehen ist, durch welche Kategorien und Kriterien sie sich identifizieren und definieren lässt. Darüber hinaus werden anhand des Beispiels der „quantitativen personellen Ausstattung" exemplarisch interne Strukturen analysiert und veranschaulicht. Es werden erste Auswertungen dargelegt und so die Bedeutung der Strukturqualität für Qualität verdeutlicht.

Christian Marschner
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Projektmanagement
IWiG Münster

Julia Osygus
Produkt- und Projektmanagement
IWiG Münster

Um die im vierten Beitrag angesprochenen Aktivitäten und Handlungen durchführen zu können und dadurch Prozessqualität zu erreichen, bedarf es einer qualitativ hochwertigen und zugleich ausreichenden Ausstattung an geeigneten Rahmenbedingungen und Ressourcen. Im dritten Beitrag der QM-Serie wurde gezeigt, dass sich die benötigten Rahmenbedingungen zur Erreichung einer optimalen Leistungserstellung grundsätzlich in der Strukturqualität widerspiegeln. Die Güte der vorhandenen Strukturqualität ist Voraussetzung für die vorzunehmende Umsetzung der einzelnen Prozesse und beeinflusst entsprechend die Prozessqualität.

Struktur- und Prozessqualität bedingen einander, wodurch die Strukturqualität eine wichtige Funktion innerhalb des Qualitätsmanagements (QM) einnimmt. Für die weiteren Ausführungen und Analysen greift dieser abschließende Beitrag der QM-Serie auf die bisherigen Erkenntnisse aus der durchgeführten QM-Studie und den vorangegangenen vier Beiträgen der QM-Serie zurück.

Datenerhebung zur Strukturqualität

Die auszuwertenden Daten zur Strukturqualität werden dem vom Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) erarbeiteten Fragebogen zum internen QM entnommen. Neben der Abfrage der Einstellung zum QM (Abschnitt I des QM-Fragebogens) und der Einschätzung zur Realisierung der Qualitätsmanagement-Kriterien (Abschnitt II des QM-Fragebogens) betreffen die Fragen in Abschnitt III des QM-Fragebogens die vorhandene Qualifikations- und Infrastruktur. Diese werden zur nachstehenden Erläuterung und Untersuchung der Strukturqualität herangezogen.

Die erste Strukturqualitätskategorie „Qualifikationsstruktur“ umfasst sowohl die „quantitative“ als auch die „qualitative personelle Ausstattung“. Die zweite Strukturqualitätskategorie „Infrastruktur“ beinhaltet die Kriterien „Praxisstandort“, „technische und apparative Ausstattung“, „Praxisorganisation“ sowie „finanzielle Ausstattung“ (vgl. Tab.).

Kategorie I Qualifikationsstruktur

Das Kriterium der „quantitativen personellen Ausstattung“ umfasst alle in der Praxis tätigen Personen (Ärzte, Fachkräfte und Auszubildende). Es handelt sich somit um alldiejenigen, die zum Gelingen des Praxisalltags beitragen. Das Kriterium „qualitative personelle Ausstattung“ berücksichtigt die Qualifikation des Praxisteams (Aus-, Fort- und Weiterbildung).

Kategorie II Infrastruktur

Das Kriterium „Praxisstandort“ setzt sich aus zwei Faktoren zusammen: dem geografischen Ort, an dem sich die Praxis befindet und den innerbetrieblichen Variablen, welche die räumliche und strukturelle Beschaffenheit einer Praxis wiedergeben.

Das Kriterium „technische und apparative Ausstattung“ beinhaltet die für die Leistungserbringung notwendigen Instrumente und Geräte, sowohl für den medizinischen als auch für den administrativen Bereich. Die „Praxisorganisation“, als weiteres Kriterium, besteht aus der Aufbau- und Ablauforganisation. Die Aufbauorganisation zeigt die strukturelle Gestaltung einer Praxis. Die Ablauforganisation beschreibt die Arbeitsabläufe innerhalb der Praxis sowie die Interaktion von Mitarbeitern und Patienten. Die Tabelle zeigt die einzelnen im QM-Fragebogen enthaltenen Fragen im Überblick.

Das vierte Kriterium „finanzielle Ausstattung“ umfasst die für die Leistungserbringung zur Verfügung stehenden liquiden Mittel einer Praxis (getätigte und geplante Investitionen, Abschreibungen oder andere vorhandene Vermögenswerte). Aus Gründen der Diskretion blieben Abfragen zu diesem Kriterium unberücksichtigt.

Kategorie I: Qualifikationsstruktur
Kriterium I. 1: Quantitative personelle Ausstattung
• Gruppe A: Gesamtzahl an Vollzeitkräften Medizinische Fachangestellte
• Gruppe B: Gesamtzahl an Vollzeitkräften Medizinische Fachangestellte + Qualifikationen
• Gruppe C: Gesamtzahl an Teilzeitkräften Medizinische Fachangestellte
• Gruppe D: Gesamtzahl an Teilzeitkräften Medizinische Fachangestellte + Qualifikationen
• Gruppe E: Gesamtzahl der Auszubildenden Medizinische Fachangestellte
• Summe der Wochenarbeitszeit aller Mitarbeiter (Azubis eingeschlossen) in Stunden
Kriterium I. 2: Qualitative personelle Ausstattung
• Finden interne Fortbildungen statt?
• Finden externe Fortbildungen statt?
• Wie häufig lesen Sie aktuelle medizinische Fachinformationen?
Kategorie II: Infrastruktur
Kriterium II. 1: Praxisstandort
• Wie viele Behandlungszimmer hat Ihre Praxis?
• Wie groß ist die Praxis insgesamt?
Kriterium II. 2: Technische und apparative Ausstattung
• Verfügt Ihre Praxis über PC?
• Wie ist die PC-Struktur in Ihrer Praxis aufgebaut?
• Wie alt ist die PC-Ausstattung ungefähr im Durchschnitt?
• Besteht für die vorhandenen PC ein Hardware- und/oder Software-Wartungsvertrag?
• Wie führen Sie Ihre Patientenkartei?
• Verfügt Ihre Praxis über ein Praxis-Informations-System?
• Besteht ein Wartungsvertrag für das Praxis-Informations-System?
• Wie alt ist Ihr Praxis-Informations-System ungefähr?
• Verfügt Ihre Praxis über bildgebende Diagnostik- und Therapiegeräte?
• Besteht ein Wartungsvertrag?
• Wie alt ist die Ausstattung ungefähr im Durchschnitt?
• Verfügt Ihre Praxis über medizinische Lasergeräte für Diagnostik, Therapie und Labor?
• Besteht ein Wartungsvertrag?
• Wie alt ist die Ausstattung ungefähr im Durchschnitt?
• Verfügt Ihre Praxis über Geräte für die Strahlentherapie?
• Besteht ein Wartungsvertrag?
• Wie alt ist die Ausstattung ungefähr im Durchschnitt?
• Verfügt Ihre Praxis über Geräte für Patientenüberwachung / lebenserhaltende Systeme?
• Besteht ein Wartungsvertrag?
• Wie alt ist die Ausstattung ungefähr im Durchschnitt?
• Verfügt Ihre Praxis über sonstige spezifische Geräte?
• Besteht ein Wartungsvertrag?
• Wie alt ist die Ausstattung ungefähr im Durchschnitt?
Kriterium II. 3: Praxisorganisation
• Ist Ihre Praxis nach diesem QM-System zertifiziert?
• Sind Sie in einem Ärztenetz, -verbund und/oder Qualitätszirkel aktiv?
• Gibt es eine Internetpräsenz Ihrer Praxis?

Tab.: Kategorie- und Kriterienstruktur der Strukturqualität im Fragebogen

Neben der Primärdatenerhebung mittels Fragebogen wurden zudem ergänzende, anonymisierte Sekundärdaten in Form sogenannter Routinedaten wie z. B. ▶

Verena Muszynski
Öffentlichkeitsarbeit, Marketing
IWiG Münster

Prof. Dr. Michael Greiling
Geschäftsführung
IWiG Münster

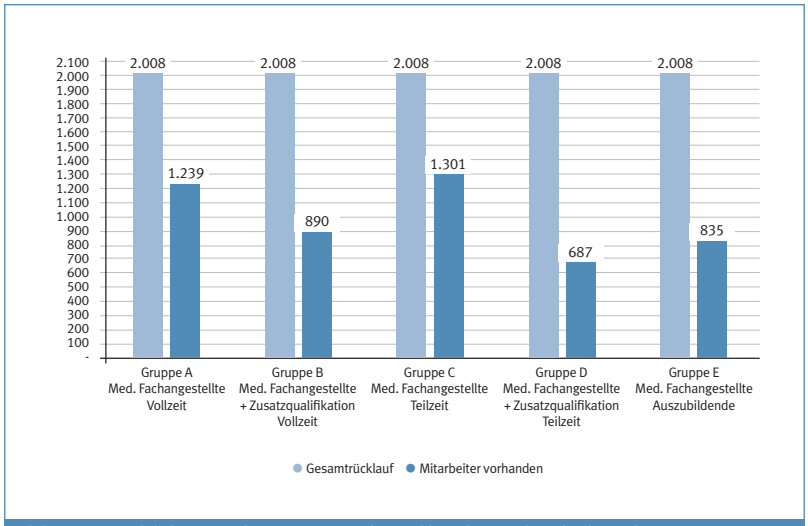

Abb. 1: Anzahl der Rückantwortenden, die über Mitarbeiter der Gruppen A-E verfügen.

Alter, Geschlecht, Postleitzahl, Facharztbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Praxistyp etc. zur differenzierteren Betrachtung der Strukturqualität herangezogen. Näheres über die Routinedaten und deren weitere Verwendung kann im Buch zur QM-Studie nachgelesen werden (Veröffentlichung im Frühjahr 2015).

Der vorliegende Beitrag konzentriert sich vordergründig auf die Primärdaten, die mittels des Fragebogens erhoben wurden und veranschaulicht nachstehend spezifische Ergebnisse.

Datenerfassung zur Strukturqualität

In Anlehnung an die Datenerfassung zur Prozessqualität (vgl. Teil vier der QM-Serie), wurden zunächst alle 2.008 pseudonymisierten Rückantworten manuell in die dafür vorgesehene Datenerfassungsmaske übertragen. Die Eingaben wurden durch „Wenn-Dann-Abfragen“ auf Plausibilität, Unstimmigkeit und Vollständigkeit überprüft und bei konkreten Fehlermeldungen entsprechend korrigiert. Auch die Codierung „-99“ für fehlende Angaben sowie die Codierung „-77“ für nicht eindeutig identifizierbare Angaben wurden parallel zur Erfassung der Prozessqualität angewendet. Schließlich konnte der überprüfte Datensatz für die weitergehende Strukturqualitätsanalyse bereitgestellt werden.

Datenverwendung zur Strukturqualität

Die im vorangegangenen vierten Beitrag zur QM-Serie untersuchte Bedeutung der Personalplanung, der Mitarbeiterführung und -erhaltung und die daraufhin durchgeführten Analysen zur Motivation der Mitarbeiter stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den gegebenen Arbeitsbedingungen. Ein entscheidender Aspekt ist hierbei die sinnvolle Aufteilung der anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten an die Mitarbeiter.

„Die Qualifikation des Personals ermöglicht es, die Qualität der Prozesse und somit die Gesamtqualität als solche positiv zu beeinflussen.“

Eine zwingende, strukturelle Voraussetzung dafür ist eine ausreichende Anzahl an qualifizierten und motivierten Mitarbeitern. Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf detailliert auf das Kriterium der quantitativen personellen Ausstattung eingegangen. Es wird ein Überblick über die aktuelle Personalstruktur innerhalb der rückantwortenden Praxen der betrachteten Region Westfalen-Lippe gegeben. Anhand des gewählten Beispiels werden denkbare Analysepotenziale innerhalb der Strukturqualität aufgezeigt. Es ist anzumerken, dass die folgende Ausführung einen Auszug des Analyseansatzes des komplexen Themenfeldes der Strukturqualität beschreibt.

Datenanalyse - Schritt 1: Verteilungsstruktur der Rückantworten

Orientiert an den fünf einführenden Fragestellungen zur quantitativen personellen Ausstattung der angegebenen Tabelle zeigt die Abbildung 1 wie viele der Rückantwortenden über Mitarbeiter der einzelnen Gruppen (A-E) verfügen. Dabei ist die Anzahl dem Gesamtrücklauf (2.008) gegenübergestellt abgebildet. Berücksichtigt werden ausschließlich im Fragebogen gemachte Angaben in Form absoluter Zahlen.

Folglich geben 1.239 beziehungsweise 1.301 der Ärzte an, Fachangestellte in Voll- (Gruppe A) beziehungsweise in Teilzeit (Gruppe C) zu beschäftigen. 890 beziehungsweise 687 der Antwortenden geben an, medizinische Fachangestellte mit weiteren Qualifikationen in Vollzeit (Gruppe B) beziehungsweise Teilzeit (Gruppe D) zu beschäftigen. 835 der Ärzte bilden des Weiteren medizinische Fachangestellte aus (Gruppe E).

Datenanalyse - Schritt 2: Durchschnittlicher Personalstand

In einem nächsten Schritt wird der durchschnittliche Personalstand je Gruppe A bis E ermittelt. Hierzu finden die weiteren Berechnungen ausschließlich auf Basis der Rückantwortenden statt, die über Mitarbeiter verfügen (Schritt 1).

Aus der Abbildung 2 (s. S. 56) geht hervor, dass in den rückantwortenden Praxen die meisten medizinischen Fachangestellten ohne Zusatzqualifikation(en) in Vollzeit tätig sind (Gruppe A: 2,94

2. Kongress

Das komplette Programm sowie alle weiteren Infos und Anmeldung unter:
www.health3punkt0.de

Health 3.0®

Gesundheitskongress NRW

Innovation | Qualität | Nachhaltigkeit

15. und 16. April 2015
in Düsseldorf

1. Patienten im Gesundheitssystem der Zukunft

- Personalisierte Medizin – speziell schlägt generell?
- Der gläserne Patient – „Big Data“ oder „Big Brother“?
- Digital Transformation of Health
- Business Model Innovation
- Second-Opinion-Modelle: Essenziell oder „Nice to Have“?
- Homo Faber: Gesellschaftlicher Wandel durch Technisierung der Medizin
- Global Health: Mehr soziale Ungleichheit durch medizintechnische Innovationen?

2. Medizintechnik: Ein zentrales Handlungsfeld der Zukunft

- Eckpfeiler innovativer medizinischer Versorgung: Sachstand & Perspektiven aus der Sicht der Medizinprodukteindustrie
- Rohstoff-Hype: Ökonomie versus Ökologie?!
- Green Production Technologies auf dem Prüfstand
- Nachhaltige Energie- und Materialwirtschaft in Produktentwicklung u. Produktion
- Telemedizin: Warum kommen technische Entwicklungen so langsam voran?
- Kommt ein AMNOG für die Medizintechnik?

3. Europäische Gesundheitspolitik – Zielorientiert und visionär?

- Brüsseler Leitlinien – Status Quo und Ausblick
- Europäische Gesundheitspolitik: Regionalität versus Zentralität?
- Perspektiven europäischer Gesundheitsregionen
- Gesundheitsnetzwerke auf dem Vormarsch: Gesundheitsmanagement – sektorenübergreifend und kommunal
- Horizon 20/20
- „The Payer´s Landscape“

4. International: China als Gast auf der Health 3.0

- Pharma-Markt China: Milliarden-Markt mit Macken?
- Deutsch-Chinesische Kooperationen im Gesundheitswesen
- Medizinisches Know-How: Exportchancen und Zukunftsaussichten

Premiumpartner:

EY
Building a better working world

Schirmherrin: Hannelore Kraft,
Ministerpräsidentin des Landes NRW

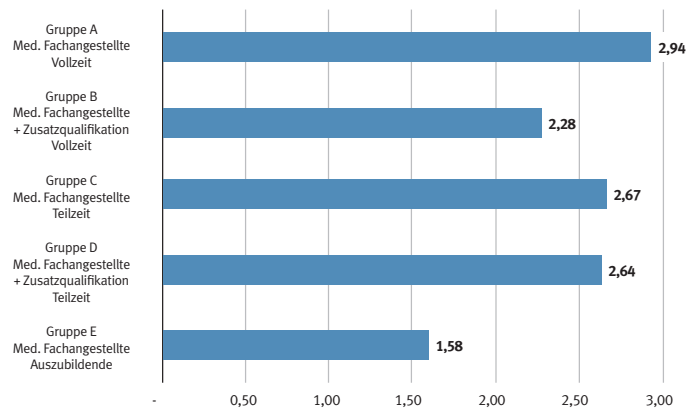

Abb. 2: Durchschnittlicher Personalbestand Mitarbeitergruppe A-E.

Die Qualitätsmanagement Serie im Überblick

Teil 1: Wie wird Qualitätsmanagement gesehen? (KU, Oktober 2014)
Teil 2: Qualität im Gesundheitswesen – was bedeutet das? (KU, November 2014)
Teil 3: Die Qualität von Prozessen erfassen (KU, Dezember 2014)
Teil 4: Mitarbeiterführung und -motivation (KU, Januar 2015)
Teil 5: Qualifikations- und Infrastruktur

Mitarbeiter). Die Gruppe B der medizinischen und in Vollzeit beschäftigten Fachangestellten mit Zusatzqualifikation weisen im Gegensatz dazu einen Durchschnittswert von lediglich 2,28 Mitarbeitern auf und liegen so, mit durchschnittlich 0,66 Mitarbeitern, unterhalb der Gruppe A.

Bei den medizinischen Fachangestellten als Teilzeitkräfte mit und ohne Zusatzqualifikation ist der durchschnittliche Personalbestand nahezu identisch (Gruppe C: 2,67 und Gruppe D: 2,64 Mitarbeiter). Zudem befinden sich im Mittel 1,58 Mitarbeiter der Gruppe E in der Ausbildung. Unberücksichtigt bleibt hingegen, ob es sich bei den Praxen um Einzel-, Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren handelt, die vielleicht aufgrund ihres diversifizierten speziellen medizinischen Angebots unterschiedliche personelle Ressourcen benötigen.

Fazit und Ausblick

Das exemplarisch gewählte Beispiel der quantitativen personellen Ausstattung gibt einen ersten Einblick in die Personalstruktur in Arztpraxen. Aufgrund der bisherigen gewonnen Erkenntnisse (s. Abb. 1-2) liegt die Vermutung nahe, dass die Zusatzqualifikationen der Voll- und Teilzeitkräfte sowohl bei der Rekrutierung als auch im bestehenden Arbeitsverhältnis eher eine weniger ausgeprägte Bedeutung einnehmen.

Mit Blick auf die Prozessqualität wären aber gerade Neuerungen und Verbesserungen, die häufig über Hinzugewinnung neuer Erkenntnisse in Form von Fort- und Weiterbildungsqualifikationen gewonnen werden, notwendig. Die Qualifikation des Personals ermöglicht es, die Qualität der Prozesse und somit die Gesamtqualität als solche positiv zu beeinflussen.

Generell kann festgehalten werden: Je besser die vorliegende Strukturqualität ausgeprägt ist desto besser kann die Prozessqualität umgesetzt werden. Diese hypothesengleich formulierte Aussage gilt es nach Meinung des IWiG in der weiteren Auseinandersetzung eingehender zu erforschen.

Zwar werden immer wieder Forderungen an Qualität und deren Merkmale gestellt und gemessen, doch entscheidend ist hier, die Qualität der Leistungen und Prozesse direkt zu beeinflussen. Das kann nur dadurch geschehen, wenn auch die Indikatoren bei der Prozessqualität mitberücksichtigt und -gemessen werden. Daher drehen sich die vertiefenden Studien des Instituts für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) nicht nur um die theoretischen Abhandlungen rund um das Thema Qualität und Qualitätsmanagement, sondern auch um den Versuch nachzuweisen, inwieweit insbesondere die Prozessqualität wirksam und nützlich ist, damit Erfolg auf Basis von Qualität auch tatsächlich erreicht werden kann. ■

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT
News.
Bleiben Sie immer „up to date“ und abonnieren Sie unseren kostenlosen Newsletter unter www.ku-gesundheitsmanagement.de

Christian Marschner
Julia Osygus
Verena Muszynski
Prof. Dr. Michael Greiling

Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG)
An-Institut der Westfälischen Hochschule
Pröbstingstr. 50
48157 Münster