

Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt

Martin Beyer^{1,2}, Ferdinand M. Gerlach^{1,2} und Alfred Breull¹

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Allgemeinmedizin

² AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

Zusammenfassung

Fragestellung: Welche Erfahrungen mit verschiedenen Maßnahmen zur Qualitätsförderung und Einstellungen gegenüber entsprechenden Überlegungen haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, welche Erwartungen werden daran geknüpft und welchen zukünftigen Bedarf sehen sie z. B. für Qualitätszirkel (QZ)?

Methodik: Querschnittbefragungen unter allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt (n = 3139) und Bremen (n = 1131).

Ergebnisse: 2412 Antworten konnten in dieser bislang größten Erhebung ihrer Art ausgewertet werden (Rücklaufquoten: 61,8% in SA bzw. 41,7% in HB). Interesse und Akzeptanz gegenüber einer Qualitätsförderung in der Praxis waren insgesamt hoch. Mehr als die Hälfte der Befragten (SA: 56,4%, HB: 52,3%) waren entschlossen, an einem Qualitätszirkel teilzunehmen. Als Motive für eine Teilnahme an Qualitätszirkeln wurden vor allem genannt: die Erwartung konkreter Hilfe für die eigene Praxis, interkollegialer Erfahrungsaustausch, eine Verbesserung der Patientenversorgung und Möglichkeiten zur Selbstreflexion der eigenen Arbeit sowie zur persönlichen Entlastung. Als Hinderungsgründe gegen eine Teilnahme an Qualitätszirkeln wurden konkurrierende zeitliche Verpflichtungen und vor allem die Befürchtung externer Kontrollen genannt. Eine überwiegende Mehrheit unter den Niedergelassenen aller Fachgruppen (SA: 85%, HB: 87,1%) erwartet zusätzliche Informationen zum Thema Qualitätsförderung und Unterstützung von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Durch eine Kausaldominanzanalyse (KDA) wurde ein statistisches Modell zum Zusammenhang von Schlüsselementen für die Entscheidung zur Mitarbeit in einem QZ entwickelt. Primär arztbezogene Faktoren schienen hier ausschlaggebender zu sein, als mögliche Wirkungen auf die Patientenversorgung.

Schlussfolgerungen: Um die Erfolgchancen qualitätsfördernder Maßnahmen zu erhöhen, sollten die auf Grund quantitativer wie qualitativer Analysen erzielten Ergebnisse berücksichtigt werden.

Sachwörter: Qualitätsförderung, Qualitätszirkel, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Bedarf, Erwartungen

Dieser Beitrag, der die Aspekte „Qualitätsförderung und Qualitätszirkel“ behandelt, ist der zweite Teil einer zweiteiligen Darstellung von Ergebnissen umfangreicher Bedarfs- und Erwartungsanalysen unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Sachsen-Anhalt. Der erste Teil (ZaeFQ 93:581–589) geht auf den Aspekt „ärztliche Fortbildung“ ein.

Hintergründe und Fragestellungen

Die systematische Förderung der Versorgungsqualität in der ärztlichen Praxis bekommt für Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen einen zunehmend höheren Stellenwert. Der Gesetzgeber und die ärztlichen

Körperschaften haben zwar Rahmenbedingungen für qualitätssichernde Maßnahmen formuliert, – wie Qualitätsförderung in der täglichen Praxis genau erfolgen soll, war bisher aber weitgehend offen.

Unbekannt war bisher auch, welcher Bedarf hierfür von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gesehen wird und inwieweit hier eine Akzeptanz besteht. Von besonderer Bedeutung ist, welche Erwartungen sie an eine Mitarbeit in Qualitätszirkeln knüpfen und welche Motive bzw. Hinderungsgründe für eine Teilnahmeentscheidung relevant sind.

Eine Untersuchung zu Informationsstand, Einstellungen, Erwartungen und Akzeptanz hinsichtlich ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland lag vor unserer Studie nur für einen kleinen, nicht repräsentativen Kreis besonders interessierter hausärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte vor (6, 7).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Bremen (HB) und in Sachsen-Anhalt (SA) sowie die Ärztekammer Bremen beschlossen unabhängig voneinander, durch eine breit angelegte Erhebung der konkreten Erfahrungen, Vorstellungen und Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzteschaft zukünftige Überlegungen und Entscheidungen zu fundieren. Die Fragestellungen in den



Tabelle 1. Fragestellungen in den Bereichen Qualitätsförderung und Qualitätszirkel.¹

1. Wie sind die Einstellungen und Erwartungen zu Notwendigkeit, Gefahren, Mißbrauch, Verbindlichkeit sowie Vor- bzw. Nachteilen von qualitätsfördernden Maßnahmen in der Praxis insgesamt? (5 Fragen)
2. Welche Effekte hinsichtlich Verhaltensänderungen in der Praxis, Qualität der Patientenversorgung, interkollegialem Kontakt etc. werden im Falle einer Teilnahme an Qualitätszirkeln wahrgenommen bzw. erwartet? (12 Fragen)
3. Wie ist die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Qualitätszirkel ausgeprägt? Welche Themen werden gewünscht? (2 Fragen)
4. Welche Gründe sprechen gegen eine Teilnahme an Qualitätszirkeln, welche Motive dafür? (2 Fragen)
5. Wie sollten z. B. Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern oder Berufsverbände die Arbeit der Qualitätszirkel unterstützen? (1 Frage)
6. Welchen Einfluß haben Variablen wie Alter, Geschlecht, Gebiets- bzw. Zusatzbezeichnung, Niederlassungsdauer, ausgeübte Praxisform, Praxisgröße etc. auf Einstellungen und Erwartungen? (7 Fragen)

Bereichen 'Qualitätsförderung'² und 'Qualitätszirkel' innerhalb der beiden Befragungen sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Zur Charakterisierung der beiden untersuchten KV-Bereiche (SA und HB), den methodischen Grundlagen der beiden Studien sowie zu weiteren Details der untersuchten Fragestellungen vgl. auch vorangehenden Beitrag (ZaeFQ 93: 581–589).

Die Erhebung³

Sowohl in Sachsen-Anhalt als auch in Bremen wurden *alle* niedergelas-

senen Ärztinnen und Ärzte⁴ (SA: 3139, HB: 1131) angeschrieben.⁵ Mit Rücklaufquoten von 61,8% (SA) bzw. 41,7% (HB) und insgesamt 2412 auswertbaren Fragebögen (SA: 1940, HB: 472)⁶ sind es die bislang größten Befragungen niedergelassener Ärzte zur Qualitätsförderung und Qualitätszirkelarbeit in Deutschland. In den meisten soziodemographischen Dimensionen ist eine sehr gute Repräsentativität für die jeweiligen Grundgesamtheiten der Vertragsärzte in Bremen bzw. Sachsen-Anhalt gegeben.

³ An dieser Stelle werden nur die wichtigsten Angaben zur Vorgehensweise bzw. Methodik zusammengefaßt. Weitere Details finden sich an entsprechender Stelle im vorausgehenden Beitrag sowie in den ausführlichen Ergebnisberichten (8, 9).

⁴ Zur vertragsärztlichen Tätigkeit „ermächtigte“ (Klinik-)Ärztinnen und Ärzte wurden nicht befragt.

⁵ Die schriftlich-postalischen Fragebogenerhebungen wurden vom „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, AQUA“, Göttingen durchgeführt. Die Auswertung der (anonymen) Daten erfolgte im Arbeitsbereich Qualitätsförderung der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktorin: Prof. Dr. Gisela C. Fischer). Die Kosten der Erhebungen wurden von den KVen Bremen bzw. Sachsen-Anhalt getragen. Finanzielle Zuwendungen anderer Träger erfolgten nicht.

⁶ Es wurden alle Fragebögen berücksichtigt, die bis zum 01.11. 1996 (SA) bzw. 01.11. 1995 (HB) eingegangen waren.

Die im Hinblick auf die geplante Etablierung von Qualitätszirkeln besonders interessierenden Fragen nach Gründen, die *gegen* eine Teilnahme und Motiven, die *für* eine Teilnahme an einem Qualitätszirkel sprechen könnten (Freitextangaben), wurden einer eingehenden Inhaltsanalyse unterzogen (zur methodischen Vorgehensweise vgl. den vorangehenden Beitrag, ZaeFQ 93: 581–589).

Zusätzlich wurde eine Kausaldominanzanalyse der für die Teilnahmeentscheidung relevanten Einstellungen durchgeführt (s. Kasten).

Die Ergebnisse

Die umfangreichen Ergebnisse können im folgenden nur auszugsweise wiedergegeben werden. Für Interessierte ist eine vollständige Darstellung in Form detaillierter Berichte verfügbar (8, 9).⁷

Grundeinstellungen zur Qualitätsförderung in der Praxis

In beiden Untersuchungsgebieten wurde eine insgesamt sehr positive *Grundeinstellung* der Befragten *gegenüber Maßnahmen und Programmen zur Qualitätsförderung* deutlich (vgl. Abbildung 1).

Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wurde – in Sachsen-Anhalt noch stärker* als in Bremen – für *notwendig* gehalten⁸. Vor allem *ältere** [HB: *jüngere!**] Befrag-

⁷ Die Berichte sind in der wissenschaftlichen Reihe des AQUA – Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen als „AQUA-Materialien“ (Band III bzw. Band IV) erschienen und können dort oder über den Buchhandel angefordert werden (ISBN: 3-9805177-3-X bzw. ISBN: 3-9805177-4-8, vgl. auch Literaturverzeichnis). Hier werden auf 96 bzw. 134 Seiten zahlreiche weitere inhaltliche und methodische Details dargestellt.

⁸ Bei statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau bzw. eine Irrtumswahrscheinlichkeit p von 5% bzw. 0,1% zugrundegelegt (im nachfolgenden Text durch * = $p < 0,05$ oder ** = $p < 0,001$ gekennzeichnet).



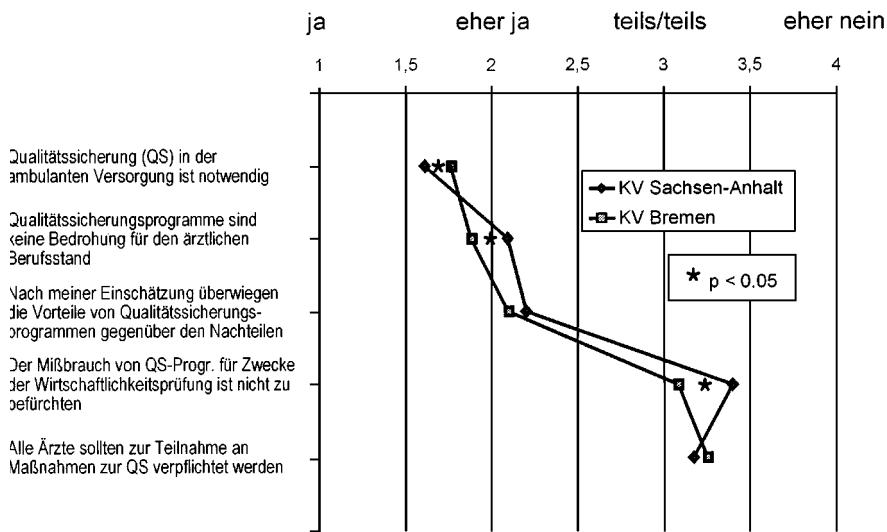


Abb. 1. Grundeinstellungen zur Qualitätsförderung in der Praxis in Sachsen-Anhalt und Bremen (n = 2412)⁹

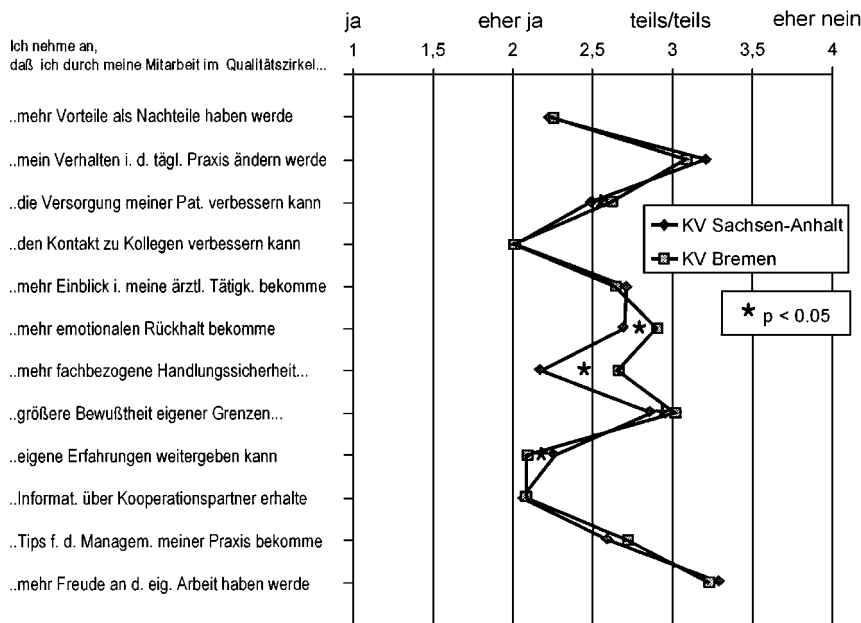


Abb. 2. Erwartete Wirkungen und Folgen einer Mitarbeit in Qualitätszirkeln (n = 2412)¹⁰

⁹ Die Zahl der Antworten schwankte nach Untersuchungsgebieten und einzelnen Einstellungsskalen leicht (fehlende Angaben in SA: ca. 2,6%, in HB: ca. 2,1%). Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1 = 'ja' bis 5 = 'nein'. Zur besseren Übersichtlichkeit ist die Skala im Diagramm auf die Spannweite 1 bis 4 begrenzt.

¹⁰ Die Zahl der Antworten schwankte nach Untersuchungsgebieten und einzelnen Einstellungsskalen (fehlende Angaben in SA: ca. 12,9%, in HB: ca. 4,2%). Fehlende Angaben waren vor allem in Sachsen-Anhalt bei den Befragten besonders häufig, die für sich eine zukünftige Mitarbeit in Qualitätszirkeln ausschlossen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1 = 'ja' bis 5 = 'nein'. Zur besseren Übersichtlichkeit ist die Skala im Diagramm auf die Spannweite 1 bis 4 begrenzt.

te zeigten sich entsprechend überzeugt. Entsprechende Programme wurden nur in geringem Maße als Bedrohung für den ärztlichen Berufsstand empfunden. Erhebliche Vorbehalte bestehen (vor allem in Sachsen-Anhalt) gegenüber der Gefahr, Qualitätssicherungsprogramme für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu mißbrauchen. Der Aussage, daß die Vorteile von Qualitätssicherungsprogrammen gegenüber den Nachteilen überwiegen, wird dennoch weitgehend zugestimmt.

Einer Verpflichtung aller Ärzte zur Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung stehen die Befragten skeptisch gegenüber. Vor allem in Sachsen-Anhalt – dies zeigen auch die Klartextangaben der Befragten – ist diese Skepsis jedoch mit der Überlegung verbunden, daß eine Verpflichtung zu Maßnahmen der Qualitätssicherung erträglicher wäre, wenn sie auch diejenigen Kollegen träfe, die kontinuierlicher Fortbildung und Qualitätssicherung gleichermaßen fernstehen. Besonders stark überzeugt von der Notwendigkeit einer Qualitätssicherung und den damit verbundenen Vorteilen zeigten sich durchweg die Allgemeinärzte* [HB: Kinderärzte*]. Insbesondere Augenärzte* und Chirurgen* [HB: Allgemeinärzte*] waren hingegen vergleichsweise skeptischer eingestellt. Im Hinblick auf die Unterschiede zwischen Bremen und Sachsen-Anhalt kann hervorgehoben werden, daß auf der einen Seite die Notwendigkeit* der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung sowie die Möglichkeit entsprechende Maßnahmen als ärztliche Verpflichtung durchzusetzen, in Sachsen-Anhalt positiver beurteilt werden. Auf der anderen Seite gibt es in Sachsen-Anhalt eine vergleichsweise größere Sorge, daß sich Qualitätssicherungsprogramme als Bedrohung für den ärztlichen Berufsstand erweisen* oder gar für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung mißbraucht* werden könnten.

Erwartungen an Qualitätszirkel

Auch hinsichtlich der Wirkungen und Folgen einer eventuellen Mitarbeit in Qualitätszirkeln gaben die Befragten überwiegend positive Erwartungen an.

Am stärksten wird in beiden Untersuchungsgebieten der Aussage zugestimmt, daß sich durch die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel der Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen verbessern ließe. In diesem Sinne wird im Qualitätszirkel auch die Möglichkeit erkannt, mehr Informationen über Kooperations- und Ansprechpartner zu erhalten. Offenbar am wenigsten wird die Chance gesehen, auf diesem Wege mehr Freude an der eigenen Arbeit zu gewinnen. Auch die Möglichkeit, das eigene Verhalten in der täglichen Praxis zu ändern, wird eher skeptisch beurteilt.

Erhebliche Erwartungen richten sich – vor allem in Sachsen-Anhalt* – auf einen Zugewinn an fachbezogener Handlungssicherheit durch die Arbeit in Qualitätszirkeln. Einigen anderen möglichen Wirkungen und Folgen einer eigenen Mitarbeit in Qualitätszirkeln stehen die Befragten eher unentschlossen gegenüber: so z. B. einer eventuellen Verbesserung der unmittelbaren Patientenversorgung, größeren Einblicken in die eigene tägliche Praxis, einem stärkeren emotionalen Rückhalt sowie der Chance, Tips für das Management der eigenen Praxis zu bekommen. Ärztinnen in Sachsen-Anhalt sind weniger zuversichtlich, durch eine Mitarbeit in Qualitätszirkeln ihr Verhalten in der eigenen Praxis ändern zu können*, äußern gleichzeitig aber höhere Erwartungen an eine Verbesserung des emotionalen Rückhalts*, der fachbezogenen Handlungssicherheit* und der Information über Kooperationspartner*. In Bremen erwarten Ärztinnen durch die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel – stärker als ihre männlichen Kollegen – eine größere Bewußtheit für ihre eigenen

Grenzen erreichen zu können*. Die Erwartungen an Qualitätszirkel sind bei den älteren [HB: jüngeren] Befragten zumeist höher als bei den jüngeren [HB: älteren]¹¹.

Bei der Bewertung dieser Aussagen ist zu berücksichtigen, daß zum Zeitpunkt der Befragung nur wenige Qualitätszirkel gegründet waren (1, 12) und mithin wenig *eigene* Erfahrungen mit Qualitätszirkeln bestanden und es sich somit zumeist um Erwartungen bezüglich einer zukünftigen Teilnahme handelte.

Auch zwischen den verschiedenen Fachgruppen gab es Unterschiede in der Einschätzung. Während Allgemeinmediziner und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung in Sachsen-Anhalt zumeist höhere Erwartungen an Qualitätszirkel richteten¹², unterschieden sich hier insbesondere Augenärzte¹³ und die Gebietsgruppe Dermatologie/HNO/Urologie¹⁴ signifikant in entgegengesetz-

ter Richtung. Letzteres ist insofern bemerkenswert, als nach dem Zeitpunkt der Befragung gerade in dieser Gebietsgruppe (mit Unterstützung der Berufsverbände) eine besonders weitgehende Etablierung von Qualitätszirkeln in Sachsen-Anhalt stattgefunden hat. In Bremen erwarteten insbesondere Chirurgen deutlich weniger, daß ihre Mitarbeit in einem Qualitätszirkel eine Veränderung des Verhaltens in der täglichen Praxis*, mehr fachbezogene Handlungssicherheit*, mehr Einblick in die eigene Tätigkeit*, größere Bewußtheit für eigene Grenzen* oder mehr Freude an der eigenen Arbeit* zur Folge haben könnte. Bremer Nervenärzte gingen hingegen stärker als Vertreter anderer Fachgruppen davon aus, daß eine Teilnahme in Qualitätszirkeln mehr emotionalen Rückhalt* und mehr Freude an der eigenen Arbeit* zur Folge haben könnte.

¹¹ In SA: ** für fünf und * für vier von insgesamt zwölf Einstellungsskalen, in HB: * für neun von insgesamt zwölf Einstellungsskalen

¹² ** für sieben bzw. vier von insgesamt zwölf Einstellungsskalen

¹³ ** für fünf und * für vier von insgesamt zwölf Einstellungsskalen

¹⁴ ** für drei und * für vier von insgesamt zwölf Einstellungsskalen

Teilnahmeabsichten und Bedarf

Mehr als die Hälfte der Befragten hatten die *Absicht, in einem Qualitätszirkel mitzuarbeiten* (Abbildung 3). Rund ein Drittel war noch unentschieden. Lediglich eine kleine Minderheit war sich bereits sicher, nicht

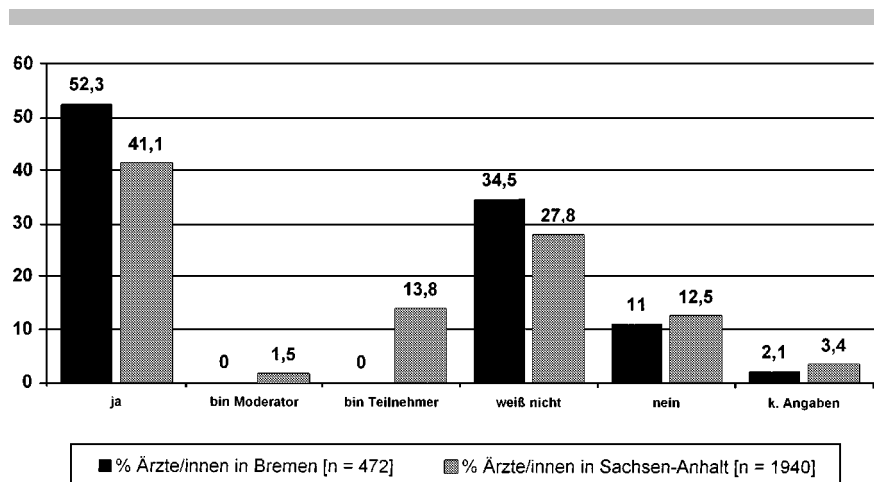


Abb. 3. Bereitschaft niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an Qualitätszirkeln (n = 2412).



in einem Qualitätszirkel mitzuarbeiten. Damit wird eine sehr hohe Zahl von bereits konkret Entschlossenen und ein erheblicher Anteil potentieller Teilnehmer erkennbar¹⁵.

Aufgrund der kontinuierlichen *Basisdokumentation bereits arbeitender Qualitätszirkel* (10) ist bekannt, daß in Sachsen-Anhalt und Bremen inzwischen eine große Zahl von Qualitätszirkeln ihre Arbeit aufgenommen hat (vgl. 2, 3). Die aktuelle Beteiligung niedergelassener Vertragsärzte kann aufgrund der Basisdokumentation in beiden KV-Bereichen auf etwas über 30% (1. Quartal 1999) geschätzt werden. Auch wenn die Zahl der Aspiranten bzw. der potentiellen Teilnehmer in den vorliegenden Studien (1995/1996) eher zurückhaltend geschätzt würde, ist daher anzunehmen, daß das *Potential* an Vertragsärzten, welche die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel zumindest erwägen, *in Sachsen-Anhalt und Bremen noch immer nicht vollständig ausgeschöpft* ist. Gegenüber dem in der Befragung festgestellten Bedarf gibt es derzeit regional weiterhin erkennbare – vor allem fachgruppenspezifische – Unterschiede in der Etablierung von Qualitätszirkeln¹⁶.

Ein Vergleich von Themen, die in der Fortbildung und in Qualitätszirkeln aufgegriffen werden bzw. als Wunschthemen angegeben wurden zeigt, daß die gewünschten Themen sich großenteils an das Themenspektrum der Fortbildung anlehnen. Vor allem medizinische Themen, wie definierte Krankheitsbilder, Diagnostik und Therapie waren gefragt. Von zahlreichen Befragten wurden aber auch Themen für Qualitätszirkel gewünscht, die in der

Fortbildung nicht ausreichend abgedeckt erscheinen: patientenorientierte und psychosoziale Kompetenzen, Themen vertragsärztlichen Inhalts und der Kooperation im ambulanten Sektor. Die bisher dokumentierten Themen existieren der Qualitätszirkel spiegeln einen Themenfindungsprozeß unter Praxisbedingungen wider, in dem verstärkt anliegenbezogene Themen

(z. B. Symptome) und komplexe Versorgungsprobleme (z. B. chronische Krankheit und Multimorbidität) behandelt werden.

Teilnahmemotivation

Besonders aufschlußreich war die Frage nach möglichen Gründen, die aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gegen eine mögliche

Table 2. Gründe gegen eine Teilnahme an einem Qualitätszirkel (Befragte insgesamt: 1575 in Sachsen-Anhalt bzw. 415 in Bremen, Mehrfachnennungen möglich).

Rang, Grund	Befragte SA % (Rangplatz)	Befragte HB % (Rangplatz)
Abhängigkeiten (zumeist konkurrierende berufliche und private Verpflichtungen)	39,0 (1.)	30,9 (1.)
Befürchtung von Kontrolle	12,4 (2.)	19,9 (2.)
Ineffizienz ¹⁷	9,1 (3.)	11,7 (3.)
organisatorische Hindernisse	8,1 (4.)	1,5 (8.)
andere Gründe	4,6 (5.)	7,8 (4.)
Mangel an vertrauensvoller Atmosphäre im QZ	2,8 (6.)	6,8 (5.)
persönliche Überforderung	2,6 (7.)	0,8 (10.)
andere Interessen	1,8 (8.)	5,7 (6.)
Befürchtung mangelnder Kollegialität (als Hindernis bei der Gründung eines QZ)	1,5 (9.)	3,0 (7.)
Dissens mit dieser Form der Qualitätsförderung	1,2 (10.)	1,5 (8.)

Table 3. Gründe für eine Teilnahme an einem Qualitätszirkel (Befragte insgesamt: 1568 in Sachsen-Anhalt bzw. 415 in Bremen, Mehrfachnennungen möglich).

Rang, Grund	Befragte SA % (Rangplatz)	Befragte HB % (Rangplatz)
Hilfe in der Praxis	39,9 (1.)	27,1 (2.)
interkollegialer Erfahrungsaustausch	28,6 (2.)	28,6 (1.)
Verbesserung der Versorgung	8,4 (3.)	6,4 (3.)
Selbstreflexion	6,0 (4.)	1,9 (7.)
persönliche Entlastung	5,4 (5.)	4,2 (4.)
Ausgleich von Defiziten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung	5,2 (6.)	3,4 (5.)
(freiwillige) Professionalisierung	5,1 (7.)	7,0 (6.)

¹⁷ davon 50 = 2,6 % ohne nähere Angaben zum Grund / zu den Merkmalen der Ineffizienz

¹⁵ Nach der bereits erfolgten Teilnahme an einem QZ als Moderator oder Mitglied konnte in Bremen – 1995 – noch nicht gefragt werden.

¹⁶ Lücken sind bis heute insbesondere in den Fachgruppen vorhanden, in denen bereits zum Zeitpunkt der Bedarfsbefragung besonders hohe Anteile von Befragten zu verzeichnen waren, die für sich eine Teilnahme an einem QZ ausschlossen.



che Teilnahme sprechen und die Frage nach Motiven, die für eine Mitarbeit in Qualitätszirkeln sprechen. Die hier erfragten Klartextangaben wurden inhaltsanalytisch einzelnen Items und zusammenfassenden Kategorien zugeordnet (zur Vorgehensweise bei Klassifikation und Codierung vgl. den vorangegangenen Beitrag ZaeFQ 93: 581–589). In den beiden Tabellen 2 und 3 sind die zusammenfassenden Kategorien aufgeführt.

Die Zusammenstellung macht deutlich, daß für die Frage einer Mitarbeit in einem Qualitätszirkel primär konkrete *arztseitige Bedürfnisse ausschlaggebend* sind. Viele Ärztinnen und Ärzte wünschen konkrete Hilfestellungen für die tägliche Praxis und eine Überwindung der strukturbedingten fachlichen wie emotionalen Isolation durch interkollegialen Austausch. Wichtigstes Ziel ist somit eine persönliche Unterstützung. Von vielen Befragten wird eine verbesserte Versorgung dabei quasi *als Sekundär- bzw. Terziärnutzen* gesehen (vgl. Schema).

Schlüsselemente für eine Entscheidung zur Teilnahme an Qualitätszirkeln

Um das relative Gewicht und die Entscheidungsrelevanz der unterschiedlichen Nutzen- bzw. Erwartungsdimensionen untersuchen zu können, wurden die zentralen Einstellungselemente einer weitergehenden statistischen Analyse unterzogen. Nachdem sich bei orientierenden Korrelations- und Clusteranalysen keine befriedigenden Resultate ergaben, wurde auf ein noch relativ ungebräuchliches und daher im folgenden genauer erläutertes statistisches Verfahren zurückgegriffen, das es erlaubt, auch nicht-lineare Zusammenhänge zwischen statistischen Parametern zu analysieren.

Um die Zahl der Variablen zu reduzieren, wurde für einstellungsrelevante Items vorab eine Faktoren-

analyse durchgeführt. Für die fünf Items der Einstellung zur Qualitätsförderung (Abbildung 1) ergab sich eine zweifaktorielle Lösung, für die zwölf Items der Erwartungen an eine QZ-Teilnahme (Abbildung 2) ergab sich eine vierfaktorielle Lösung (Kriterium war jeweils die Erklärung von mindestens 70% der Varianz; die Faktoren und ihre Interpretation gehen aus Abbildung 4 hervor).

Im Anschluß daran wurde eine *nichtlineare Kausaldominanzanalyse (KDA)* (15) durchgeführt. Die KDA ermöglicht es, induktiv nach „Schlüsselementen in komplexen kybernetischen Systemen“ zu suchen (20). Um eindeutig vorhandene Zusammenhänge zu erkennen, werden zu diesem Zweck neben linearen auch quadratische und kubische Regressionen zwischen zwei Variablen bestimmt. Die daraus resultierenden Variablenvorhersagen lassen sich in Form von quadrierten Regressions- bzw. Korrelationskoeffizienten in jeder Richtung (von A zu B und von B zu A) berechnen. Bei Vorliegen von „Gerichtetheit“ müssen die Vorhersageindices ungleich groß sein.¹⁸ Infolge einer KDA lassen sich schließlich bis zu vier Variablen- bzw. Elementtypen identifizieren bzw. unterscheiden (19):

1. *Aktive Variable*, die selbst kaum beeinflusst werden, aber andere Parameter stark beeinflussen

¹⁸ Während Lehmann (15) als asymmetrisches Maß die F-Quotienten der jeweiligen maximalen nonlinearen Regression vorzieht, wurde in den hier vorgenommenen Analysen der quadrierte, maximale nonlineare Regressionskoeffizient [R^2] favorisiert, da so direkt der Anteil der erklärten Varianz an der Gesamtvarianz ablesbar ist (Berechnung nach 17). Die Differenz R^2 (A zu B) minus R^2 (B zu A) entspricht als normierter Varianzterm bei positivem Vorzeichen in der Interpretation dem Ausmaß der Dominanz von A über B. Die Interpretation einer „Kausalität“ der gefundenen Variablenverknüpfungen beruht auf der Annahme bzw. Voraussetzung einer hinreichenden zeitlichen Stabilität, d. h. auf der potentiellen Irreversibilität der funktionalen Beziehungen.

2. *Passive (reaktive) Variable*, die stark auf geringe Änderungen in der Ausprägung anderer Variablen reagieren, jedoch selbst nur geringen aktiven Einfluß besitzen

3. *Puffernde Variable*, die vergleichsweise „unempfindlich“ bzw. „träge“ auf (auch deutliche) Ausprägungsänderungen anderer Variablen reagieren (= unterdurchschnittlicher aktiver Einfluß und unterdurchschnittliche passive Beeinflußbarkeit)

4. *Kritische Variable*, die „empfindlich“ auf bereits geringe Änderungen in anderen Variablenausprägungen mit starkem aktivem Einfluß reagieren (= überdurchschnittliche passive Beeinflußbarkeit und überdurchschnittlicher aktiver Einfluß)

In jeder der genannten vier Variablengruppen werden diejenigen Variablen als „Schlüsselemente“ in kybernetischen Systemen bezeichnet, welche die charakteristischen Eigenschaften jeweils am stärksten repräsentieren.¹⁹

Auf der Basis der Kausaldominanzanalyse (s. o.) einstellungsrelevanter Faktoren wurde ein *Erklärungsmodell* entwickelt, mit dem das *Teilnahmeverhalten bzw. die Teilnahmeabsichten* der Befragten etwas *transparenter* wurden. Insbesondere die *Identifizierung einiger Schlüsselemente* ermöglichte ein besseres Verständnis der motivationalen Zusammenhänge.

Die Analysen zeigten, daß die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Qualitätszirkel nicht nur „Ergebnis“ eines Abwägens – etwa von Mißbrauchsbefürchtungen oder Vorteilserwartungen – ist. Die Teilnahmebereitschaft übt als Variable vielmehr selbst einen dominanten (!) Einfluß auf andere Faktoren, z. B.

¹⁹ Die KDA und die Berechnung der nonlinearen Regressionskoeffizienten wurden mit speziell erstellten Programmen (Fortran, f77) durchgeführt. Die Berechnung korrespondierender Parameter wurde anhand von Ergebnissen der Programmpakete SPSS-PC+ und BMDP validiert.



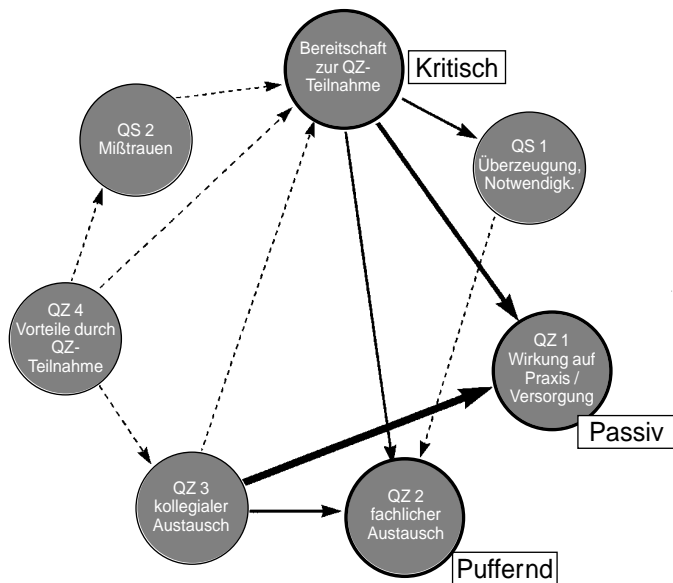


Abb. 4. Schlüsselemente für Entscheidungen zur Teilnahme an Qualitätszirkeln (Kausaldominanzanalyse in Bremen und Sachsen-Anhalt, n = 2412).

die Erwartung positiver Wirkungen auf die eigene Praxis und die Patientenversorgung aus. Diese „kritische“ Funktion der Variable „Bereitschaft zur QZ-Teilnahme“ erweist sich darüber hinaus als stärker ausgeprägt, als die ebenfalls kritische Funktion der Variable „Überzeugung / Notwendigkeit“ von qualitätsfördernden Programmen in der Praxis. Die Variable „Wirkung auf Praxis / Versorgung“ wiederum spielt als Schlüsselement eine „passive“ Rolle, d. h. diese Variable reagiert zwar schon auf geringe Änderungen anderer Variablen, hat aber selbst kaum aktiven Einfluß. Eine vorsichtige Interpretation dieser Beziehungen könnte darauf hindeuten, daß letztlich primär arztseitige Faktoren und weniger erwartete Wirkungen auf die Patientenversorgung ausschlaggebend für die Entscheidung zur Teilnahme an einem Qualitätszirkel sind. Dieser Zusammenhang, der sich bereits in den Ranglisten von Motiven und Hinderungsgründen (Tabelle 3 und 2) abzeichnete, wird durch weitere im Erklärungsmodell erkennbare Zusammenhänge unterstrichen. So

erweist sich die Erwartung eines fachlichen Austausches im Qualitätszirkel als „pufferndes“ Element, von dem so gut wie keine aktiven Impulse ausgehen. Darüber hinaus verläuft im dargestellten Modell die stärkste Dominanzbeziehung von der Variable „kollegialer Austausch“ in Richtung der Variable „Wirkung auf Praxis / Versorgung“. Für weitere, zielgruppenorientierte Überlegungen ist von Bedeutung, daß diese Zusammenhänge zwar für „Aspiranten“ und „Teilnehmer“, mit Abstrichen auch für „Unentschlossene“ gelten, für die Gruppe der „Ablehner“ aber andere Beziehungen aufgedeckt werden konnten. In der Gruppe der ablehnend Eingestellten hatte die Variable „kollegialer Austausch“ lediglich eine „puffernde“ Funktion, die durch eine in umgekehrter Richtung verlaufende Dominanzbeziehung (vom „fachlichen“ zum „kollegialen Austausch“) unterstrichen wird. Für „Ablehner“ spielt die Möglichkeit zum kollegialen Austausch eine untergeordnete Rolle. In dieser Gruppe stehen fachliche Aspekte und Vorteile, die aus einer

Versorgungsverbesserung resultieren könnten sowie ein potentiell befürchteter Mißbrauch im Vordergrund.

Erwartungen an Kassenärztliche Vereinigungen

Von der überwiegenden Mehrheit der Befragten (85%) [HB: 87,1%] wird eine Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit durch ihre Kassenärztliche Vereinigung gewünscht oder sogar dringlich gefordert. In Sachsen-Anhalt wird weit mehrheitlich sowohl organisatorische Unterstützung (z. B. durch die Bereitstellung von Räumen, die Verfügbarmachung von Kontakten und Ansprechpartnern – „Anschub vor Ort“ – und die Gewährung eines Auslagenersatzes) als auch inhaltliche Unterstützung (z. B. durch die Bereitstellung von Materialien, Themenempfehlungen, Vermittlung von Referenten) gewünscht. In Bremen werden in erster Linie organisatorische Hilfestellungen erwartet. Lediglich etwa 10,2% [HB: 11,9%] lehnten jede Unterstützung durch die KV ab. Zusätzlich wurden spezifischere Wünsche an die KVen geäußert: Am häufigsten wurden Informationen über bestehende Qualitätszirkel oder Aufbauhilfen (gerade in den kleineren Orten oder dünner besiedelten Regionen Sachsen-Anhalts) sowie eine entsprechende Kontaktvermittlung durch die KVen gewünscht.

Diskussion

Mit der Bedarfs- und Erwartungsanalyse wurde erstmals in zwei Regionen in Deutschland eine Befragung durchgeführt, die als Vollerhebung zusammenhängend Fortbildungsgewohnheiten und -bedürfnisse sowie Einstellungen zur Qualitätsförderung und zur Qualitätszirkelarbeit untersuchte.

Die Notwendigkeit von Qualitätsförderung (Qualitätssicherung) wurde von der niedergelassenen



Ärzeschaft weitestgehend bejaht, wobei sich zwischen einem Untersuchungsgebiet in den alten (HB) und einem in den neuen Bundesländern (SA) meist nur geringe Unterschiede zeigten. Von den Befragten in beiden Regionen wurden überwiegend Vorteile erwartet, es bestand jedoch eine erhebliche Reserviertheit gegenüber der Gefahr, daß Maßnahmen zur Qualitätsförderung der Kontrolle und einseitiger Wirtschaftlichkeitsorientierung Vor-schub leisten könnten.

Maßnahmen zur Qualitätsförderung sind in engem Zusammenhang mit ärztlichen Fortbildungsaktivitäten zu sehen. Für viele Befragte resultierten aus den Defiziten oder Grenzen bestehender Fortbildungsangebote – vor allem im Hinblick auf die Praxisrelevanz – Bedürfnisse und Erwartungen, die auf Qualitätszirkelarbeit gerichtet waren.

Erwartungen an Qualitätszirkel, die sich zum Zeitpunkt der Befragung erst in der frühen Etablierungsphase befanden (1, 2, 3, 11, 12), richteten sich besonders stark auf konkrete Hilfen für die eigene Praxis. Noch unklar bleibt derzeit, ob hier primär Wissen und Entscheidungshilfen für das ärztliche Handeln im engeren Sinne oder aber Umsetzungshilfen und Unterstützung im Kontext des Praxismanagements erwartet wurden. Der zweite Erwartungsschwerpunkt lag im Bereich der Förderung des kollegialen Austausches: mehr als von konventionellen Fortbildungsveranstaltungen wurde von Qualitätszirkeln als besonderer Form ärztlicher Gruppenarbeit angenommen, daß sich durch eine Mitarbeit die Isolation in der niedergelassenen Praxis überwinden läßt. Erheblich geringer ausgeprägt waren die Erwartungen im Hinblick auf tatsächliche Veränderungen des Alltagshandeln und des Praxisablaufs im Sinne eines Qualitätsmanagements. Hier dürfte – ähnlich wie in anderen Ländern auch (14) – ein erhebliches Informationsdefizit und ein Mangel an methodischem Know-how hinderlich sein.

Ob sich die Erwartungen bei tatsächlicher Mitarbeit bestätigen, kann erst aus einem zeitlichen Abstand und im Kontext einer umfassenderen Evaluation überprüft werden. Derzeit wird von uns eine QZ-Teilnehmerbefragung in einem anderen deutschen KV-Bereich durchgeführt, in der die gleichen zwölf Items von Teilnehmern aktuell und retrospektiv beantwortet werden. Erfahrungen aus der Basisdokumentation von QZ (2, 3, 10) weisen jedoch darauf hin, daß die Übertragung von Ergebnissen der QZ-Arbeit in die eigene Praxis und insbesondere die systematische Evaluation der tatsächlichen Versorgungsqualität mit vielen Schwierigkeiten verbunden ist (18).

Die Bereitschaft zur Teilnahme an einem QZ war in beiden Untersuchungsregionen mit jeweils über 50% der Antwortenden relativ hoch, etwa ein Drittel war noch unentschlossen (oder noch nicht ausreichend informiert), nur etwa jeder Achte lehnte eine Mitarbeit explizit ab. Bei einer Abschätzung des Potentials für die QZ-Mitarbeit kann trotz der recht hohen Rücklaufquote ein Antwortbias im Vergleich zu den Non-Respondern nicht ausgeschlossen werden. Wir haben zur Abschätzung des Bedarfs eine Unter- und Obergrenze des Potentials hochgerechnet, das damit in Bremen bei 21,8% bis 52,3% lag und in Sachsen-Anhalt bei 34,8% resp. 50,5%. Die errechneten Untergrenzen sind inzwischen (1999) in beiden KV-Bereichen von der Zahl der tatsächlichen QZ-Teilnehmer erreicht bzw. deutlich überschritten worden.

Durch eine nichtlineare Kausaldominanzanalyse stellte sich heraus, daß die Bereitschaft zur Teilnahme selbst das 'kritische Element' war, das sowohl die Einstellungen zur Qualitätsförderung wie die Erwartungen an die QZ-Teilnahme (statistisch) dominierte. Für die Gesamtgruppe der Antwortenden spielte die Erwartung an den fachlichen Austausch lediglich die Rolle eines

'puffernden Elements', d.h. reagierte auf die Beeinflussung (Stimulierung) durch die anderen Elemente nur träge. Das Bedürfnis des fachlichen Austausches wird primär (und von vielen Befragten vehement, vgl. den vorangegangenen Beitrag) auf *Fortbildungsveranstaltungen* gerichtet. Die Mehrheit der Befragten richtet dagegen an QZ deutlich andere Erwartungen. Wichtig ist ferner der Befund aus der Kausaldominanzanalyse, daß der Faktor 'Wirkungen auf die Praxis/Versorgung', auf den vor allem das Item 'Ich nehme an, daß ich durch meine Mitarbeit in einem QZ mein Verhalten in der täglichen Praxis ändern werde' positiv lud, als *passives Element* anzusehen war. Dieses Element erschien demnach als von anderen Elementen (statistisch) dominiert, vor allem von den Erwartungen an kollegialen Austausch und die Teilnahmebereitschaft selbst.

Kritisch muß angemerkt werden, daß das präsentierte Modell nur eine begrenzte Erklärungskraft besitzt, da die Beziehungen zwischen den Elementen (in statistischen Kenngrößen ausgedrückt) relativ locker sind. Neben einer hohen Heterogenität der Befragtengruppe (Teilnehmer aus allen Fachgruppen, unterschiedliche Praxisformen und -größen, etc.) entzog sich ein Teil der vermutbaren Einflußfaktoren dem methodischen Zugriff. Qualitative Auswertungen der Klartextangaben deuten darauf hin, daß die wirtschaftlich angespannte Praxis-situation vieler Befragter, die wahrgenommene Kontrolldichte im Vertragsarztrecht und mithin die Berufszufriedenheit, die Bereitschaft zur Qualitätsförderung in der Praxis maßgeblich beeinflussen.

Unter Maßgabe dieser Grenzen kann das Entscheidungsmodell jedoch in Überlegungen über angemessene Ansatzpunkte der Etablierung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit einbezogen werden.

Die beiden Untersuchungen haben sich als Vollerhebungen erstmals nicht nur an die 'Pioniere' der QZ-



Etablierung, sondern an die gesamte Ärzteschaft gerichtet. Wie Rogers gezeigt hat (16), verändert sich im Verlauf der Verbreitung einer Innovation auch die Trägerschaft des Prozesses (von den 'Pionieren' über die 'early adopters' bis zur 'late majority') und mit ihnen auch die Bedürfnisse und Erwartungen. In diesem Kontext sind u.a. die Erwartungen an konkrete Hilfen für die Praxis, die Förderung kollegialen Austauschs und die Nachfrage nach Umsetzungshilfen sehr ernst zu nehmen und in – differenziert auf die Bedürfnisse zugeschnittenen (13, 14) – Unterstützungsangeboten für QZ zu berücksichtigen.

Schlußfolgerungen

Die Befragung der Zielgruppe, hier der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einzelner KV-Bereiche, erlaubt es, zukünftige Überlegungen an den konkreten Erfahrungen, Vorstellungen und Bedürfnissen der Gruppe auszurichten, die für eine Mitarbeit gewonnen werden soll (4).

Insbesondere Angebote zur Unterstützung von Qualitätszirkelgründungen können auf Grundlage der Studienergebnisse enger an den tatsächlichen Bedürfnissen und Erwartungen der Interessierten ausgerichtet werden. Für die Evaluation des Etablierungsprozesses von Qualitätszirkeln (vgl. 10, 11) ergeben sich weiterführende Hinweise und Untersuchungshypothesen, z. B. durch die Gegenüberstellung von Teilnahmeabsichten der Befragten auf der einen Seite und der tatsächlichen Mitarbeit in Qualitätszirkeln nach Alter, Geschlecht, Fachgruppen, Praxisform etc. auf der anderen Seite. Zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen vgl. entsprechende Ausführungen im vorangehenden Beitrag (ZaeFQ 93: 581–589).

Die folgenden Empfehlungen stellen zwar fundierte, letztlich jedoch auch subjektive Interpretationen der Ergebnisse dar. Sie sind ins-

fern vor allem als Vorschläge für eine weiterführende Diskussion – ggf. auch in anderen Regionen Deutschlands – zu verstehen:

- Die Befragungen haben weitreichende Informationslücken aufgedeckt, die z. T. Ursachen von Mißverständnissen und Fehleinschätzungen sind. Insbesondere die Arbeitsweise und Zielsetzung ärztlicher Qualitätszirkel ist offenbar nur ungenügend bekannt. Eine bessere allgemeine Information zu diesem Thema, welche die Vertragsärztinnen und -ärzte insbesondere von ihrer KV erwarten, ist daher dringend erforderlich. Wie Beispiele aus den Niederlanden und Großbritannien (5, 14) zeigen, ist die aktive Informierung der Zielgruppe eine Basisvoraussetzung für qualitätsfördernde Maßnahmen in der Praxis.

- Die Unterstreichung der allgemeinen Notwendigkeit einer Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist in Bremen und Sachsen-Anhalt – anders als z. B. in Großbritannien (5) – nicht erforderlich, da diese von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten durchweg anerkannt wird.

- Vorhandene Skepsis läßt sich in Sachsen-Anhalt zumindest partiell auf negative Erfahrungen der Befragten mit dem Gesundheitssystem der ehemaligen DDR zurückführen. Auf entsprechenden Erfahrungen beruhende Vorbehalte werden insbesondere mit dem Aufbau von Qualitätszirkeln in Zusammenhang gebracht bzw. sogar gleichgesetzt. Die Betonung von Unterschieden, etwa zwischen mehrfach genannten „Kreistherapiekommissionen“ oder „Kollektiven der sozialistischen Arbeit“ und den auf freiwilliger, selbstbestimmter Arbeit beruhenden Qualitätszirkeln, erscheint notwendig. In zahlreichen frei formulierten Antworten wurden überdies Parallelen zwischen dem Mangel an ärztlicher Autonomie im Versorgungssystem der DDR und einer sich anbahnenden Bedrohung der beruflichen und wirtschaftlichen Autonomie durch vertragsarztrecht-

liche Regelungen gezogen, die als demotivierend empfunden wurden.

- Besonders auffällig ist die Bedeutung, welche die Befragten in Sachsen-Anhalt einem Zuwachs an fachbezogener Handlungssicherheit zu messen. Konkrete Hilfestellungen für die eigene ärztliche Praxis stehen, noch vor dem Wunsch nach interkollegialem Erfahrungsaustausch, an der Spitze der Erwartungen. Etwaige Aktivitäten zum Aufbau von Qualitätszirkeln sollten daher vor allem deutlich machen, daß Qualitätszirkel besonders geeignet sind, konkrete Hilfestellungen für die eigene Praxis zu ermöglichen. Entsprechend der in Bremen prioritär geäußerten Erwartungen sollten hier ebenfalls – aber in umgekehrter Reihenfolge – die Chancen zu interkollegialem Erfahrungsaustausch und zu konkreter Hilfestellung für die eigene Praxis betont werden.

- Die stärkste allgemeine Motivation zur Teilnahme an einem Qualitätszirkel beruht somit auf der Erwartung unmittelbar arztbezogener Vorteile. Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung ist in diesem Sinne eher ein „Sekundärnutzen“. Bei der Gewinnung von Moderatoren und Teilnehmern von Qualitätszirkeln sollte daher nicht die Verbesserung der Versorgungsqualität in den Vordergrund gerückt werden, sondern primär die Aussicht auf unmittelbare Vorteile für die Teilnehmer selbst hervorgehoben werden.

- Ein mit Hilfe einer Kausaldominanzanalyse vorgeschlagenes Erklärungsmodell sowie dabei identifizierte Schlüsselemente für Entscheidungen zur Teilnahme an Qualitätszirkeln weisen auf unterschiedliche motivationale Bedingungen hin. Diese legen die Entwicklung spezifischer – weil zielgruppenorientierter – Motivations- und Etablierungsstrategien nahe. Während es bei „Teilnehmern“, „Aspiranten“ und „Unentschlossenen“ eher darauf ankommt, bereits (ambivalent) vorhandene Teilnah-



memotive zu verstärken und erwünschte Optionen, insbesondere zum interkollegialen Austausch, zu betonen, würde diese Strategie unter primären Ablehnern voraussichtlich erfolglos bleiben. Für skeptisch bzw. ablehnend eingestellte Ärztinnen und Ärzte kommt es dagegen darauf an, Mißbrauchsbefürchtungen auszuräumen. Konkrete Vorkehrungen zur Verhinderung einer mißbräuchlichen Verwendung von Strukturen und Daten sowie zur Sicherung professioneller Autonomie dürften hier wirksamer sein. Darüber hinaus hätten für diese Gruppe Evaluationsergebnisse, die konkret erreichte Verbesserungen der Versorgungsqualität demonstrieren, stärkere Argumentationskraft.

• Auffällig ist darüber hinaus eine in beiden Untersuchungsregionen relativ verbreitete Unzufriedenheit mit der eigenen wirtschaftlichen Situation und den Rahmenbedingungen ärztlicher Berufstätigkeit. In diesem Zusammenhang ist in Sachsen-Anhalt von Bedeutung, daß die Einführung des Gesundheitssystems der Bundesrepublik in einer wirtschaftlich schwierigen Situation erfolgte und durch die (wachsenden) Restriktionen des Vertragsarztrechtes nicht das erhoffte Maß an Freiberuflichkeit mit sich brachte. Unübersehbar ist, daß eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit zahlreichen „wendebedingten“ Neuerungen und Herausforderungen, insbesondere im Bereich der Praxisführung, gewünscht wird. So dürften in beiden Untersuchungsregionen Qualitätszirkel, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter besonderer Berücksichtigung von Problemen des Praxismanagements beabsichtigen, auf Interesse stoßen.

• Das Potential möglicher Teilnehmer an Qualitätszirkeln ist in Bremen und Sachsen-Anhalt außerordentlich groß und – vor allem in Sachsen-Anhalt – bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Weitere Anstrengungen zur Etablierung von

Qualitätszirkeln durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind insgesamt ratsam und dürften, unter Beachtung der genannten Motive und Hinderungsgründe auf Seiten der Ärzteschaft, mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich sein.

• Entsprechend der expliziten Erwartungen der Befragten an die Kassenärztlichen Vereinigungen erscheinen folgende Unterstützungsangebote sinnvoll: allgemeine „Werbung“ für Methodik und Sinnhaftigkeit von Qualitätszirkeln, Bereitstellung von Räumen und Materialien, Verfügbarmachung von Kontakten und Ansprechpartnern, Weitergabe von Informationen über bestehende Qualitätszirkel, Aufbauhilfe insbesondere in kleineren Orten oder dünner besiedelten Regionen, Gewährung eines Auslagensatzes, Vermittlung von Referenten.

• Die Moderatoren, soweit sie sich in den Befragungen als solche zu erkennen gaben, haben besonders hohe Erwartungen an die Bedeutung und Wirksamkeit von Qualitätsförderungsmaßnahmen. Für weitere Etablierungsbemühungen sollten bereits tätige und zukünftige Moderatoren als Schlüsselpersonen bzw. Multiplikatoren im Sinne von Pionieren erkannt und gezielt unterstützt werden.

Abstract

Quality improvement and quality circles in the view of ambulatory care physicians – attitudes and expectations in Bremen and Saxony-Anhalt

Research question: To study the attitudes of ambulatory care physicians towards quality improvement, the intentions to join quality circles (QCs, peer review groups) and the expectations directed towards them.

Methods/setting: Survey with a five-page questionnaire posted to all ambulatory care physicians in the German states of Saxony-Anhalt (n = 3139) and Bremen (n = 1131).

Results: Response rates were 61.8% in Saxony-Anhalt and 41.7% in Bremen. 2412 questionnaires were available in

this largest survey on that topic in Germany. Necessity of quality improvement (QI) in ambulatory care was approved by the majority of the respondents (1.7 on a 5-point Lickert scale). Concerns existed about a rise in control and the risk of abuse of QI measures. 56.4% in Saxony-Anhalt and 52.3% in Bremen had the intention to join a QC. Motives and impediments of participation in QCs were investigated by content analysis. A causal dominance analysis was performed to identify the key elements for the decision to participate. The main benefits of QC-participation were expected as assistance in daily practice and exchange of experiences. The major obstacles were professional and private duties, fear of control and inefficiency.

Conclusions: Policies that could be adequate to rise motivations and tackle on widespread fears should be purposely adapted to the needs and expectations of the physicians.

Key words: quality improvement, quality circles / peer review groups, ambulatory care physicians, attitudes

Wir möchten an dieser Stelle allen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Bremen und Sachsen-Anhalt danken, die bereit waren, den umfangreichen Erhebungsbogen auszufüllen und auf diese Weise die Bedarfs- und Erwartungsanalysen erst ermöglicht haben. Für Ihre Unterstützung danken wir darüber hinaus den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bremen und Sachsen-Anhalt sowie der Ärztekammer Bremen.

Literatur

1. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg) (1994) Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
2. Beyer M, Gerlach FM (1997) Qualitätszirkel in Bremen. Vertragsärztliche Versorgung soll verbessert werden. Bremer Ärztejournal 50: 5–6
3. Beyer M, Gerlach FM (1999) Ärztliche Qualitätszirkel in Sachsen-Anhalt – Aktuelle Ergebnisse der Basisdokumentation. Pro – Z Kassenarzt Sachsen-Anhalt 8: 60–62
4. Black N, Thompson E (1993) Obstacles to medical audit: British doctors speak. Soc Sci Med 36: 849–856



5. Chambers R, Bowyer S, Campbell I (1996) Investigation into the attitudes of general practitioners in Staffordshire to medical audit. *Quality in Health Care* 5: 13–19
6. Gerlach FM (1994) Qualitätssicherung in der hausärztlichen Versorgung durch Etablierung von Qualitätszirkeln. Theorie und Praxis einer zielgruppenorientierten Planung und Institutionalisierung. Hannover, Magisterarbeit Medizinische Hochschule Hannover
7. Gerlach FM, Bahrs O (1994) Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Berlin Wiesbaden: Ullstein Mosby
8. Gerlach FM, Beyer M (1996) Qualitätssicherung in der Praxis – Ergebnisse einer Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Bremerhaven. Göttingen: AQUA-Materialien, Band III
9. Gerlach FM, Beyer M (1997) Qualitätsförderung in der Praxis – Ergebnisse einer Bedarfs- und Erwartungsanalyse bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt. Göttingen: AQUA-Materialien, Band IV
10. Gerlach FM, Beyer M (1998) New concept for continuous documentation of development of quality circles in ambulatory care: initial results from an information system in Germany. *Quality in Health Care* 7: 55–61
11. Gerlach FM, Beyer M (1999) Wie haben sich Qualitätszirkel in Deutschland etabliert? In: Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg) *Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für Klinik und Praxis*. 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (im Druck)
12. Gerlach FM, Beyer M, Römer A (1998) Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care* 10: 35–42
13. Grol R (1997) Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 315: 418–421
14. Grol R, Wensing M (1995) Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *Brit J Gen Practice* 45: 548–552
15. Lehmann G (1980) Nichtlineare „Kausal-“ bzw. Dominanz-Analysen in psychologischen Variablensystemen. *Z exper angew Psychol* 27: 257–276
16. Rogers EM (1983) *Diffusion of innovations*. 3rd ed. London: Collier Macmillan Publishers
17. Sachs L (1974) *Statistische Auswertungsmethoden*. Berlin: Springer-Verlag
18. Szecsenyi J, Gerlach FM (Hrsg) (1995) *Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Nationale und internationale Perspektiven*. Stuttgart: Hippokrates
19. Teichmann AT, Breull A (1987) *Premature labor – A new model of psychosomatic research*. In: (Dennerstein L, Fraser A eds) *Advances in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Berlin: Springer-Verlag
20. Vester F (1983) *Ballungsgebiete in der Krise. Vom Verstehen und Planen menschlicher Lebensräume*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Korrespondenzadresse:

Dipl. Soz. Martin Beyer, MPH, Arbeitsbereich Qualitätsförderung, Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover

ZaeFQ

INFORMATION

30 Jahre Klinische Pharmakologie in Magdeburg 1969–1999

Vor mehr als 2000 Jahren hatten die Griechen *Arzneimittel als die Hände der Götter* bezeichnet. Diese Zuordnung charakterisiert die Chancen der Arzneimittelanwendung, implizierte aber auch schon damals ihre Risiken, denn wir wissen, daß die Götter der klassischen Mythologie nicht selten rachsüchtig, rechthaberisch, intolerant und nachtragend waren. Denken wir an die Schicksale von Prometheus, Marsyas, Pandora usw.

Die interdisziplinäre medizinische Fachrichtung „*Klinische Pharmakologie*“ wurde in Deutschland etabliert, um die Chancen der Arzneimittelanwendung zu erhöhen und ihre Risiken zu minimieren.

Die vorliegende kleine Festschrift soll demonstrieren, daß die Intentionen der geistigen Väter dieses Faches in Magdeburg erfolgreich verwirklicht wurden.

Zu bestellen bei: Institut für Klinische Pharmakologie der Otto-von-Guericke-Universität, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

ZaeFQ

NACHRICHTEN UND BERICHTE

BgVV empfiehlt den Einsatz von fluoridiertem Speisesalz zur Kariesprophylaxe

Bei sachgemäßer Verwendung keine gesundheitliche Beeinträchtigung

Wiederholt wird in bestimmten Publikumszeitschriften auf Gefahren hingewiesen, die angeblich von fluoridiertem Speisesalz ausgehen. Das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, BgVV, weist darauf hin, daß bei den Fluoridmengen, die über fluoridiertes Speisesalz aufgenommen werden (0,25 mg Fluorid je g Salz), eine Gesundheitsgefährdung des Verbrauchers ausgeschlossen ist. Vielmehr belegen zahlreiche wissenschaftliche Studien, daß die zusätzliche Aufnahme von Fluorid z. B. über das Trinkwasser oder fluoridiertes Speisesalz wichtiger Bestandteil einer wirksamen Kariesprophylaxe ist.

Karies ist trotz aller Aufklärung nach wie vor ein großes Problem in Deutschland. Das BgVV empfiehlt daher ausdrücklich die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz als einer zusätzlichen Maßnahme im Rahmen der Kariesbekämpfung.

Generell sollte die Kariesprophylaxe auf drei Wegen erfolgen:

- konsequente Mundhygiene
- Einschränkung des Zuckerverzehrs insbesondere in der Form klebriger Zwischenmahlzeiten
- Anwendung von Fluorid. Eine Fluoridanwendung kann *lokal* (Zahnpflegemittel) und *systemisch* (fluoridiertes Speisesalz, Fluoridsupplemente, fluoridhaltiges Mineral/Tafelwasser mit 0,7 mg Fluorid/L) erfolgen. *Es sollte aber zur Vermeidung von Zahnfluorosen immer nur von einer systemischen Anwendung Gebrauch gemacht werden.*

Fluorid ist ein normaler Bestandteil des Organismus und auch von Lebensmitteln und Trinkwasser. Es begünstigt im Körper



Tabelle 1. Zur Kariesprophylaxe empfohlene Gesamtzufuhr von Fluorid je Tag.

Alter/Geschlecht	mg/Tag
Säuglinge bis 6 Monate	0,25
Säuglinge zwischen 6 und 12 Monaten	0,5
Kleinkinder	0,7
Kinder zwischen 3 und 8 Jahren	1,1
Männliche Jugendliche	3,2
Weibliche Jugendliche	2,9
Männliche Erwachsene	3,8
Weibliche Erwachsene	3,1

die Festigung des Zahnschmelzes. Da in Deutschland, von einigen Ausnahmen abgesehen, der Gehalt an Fluorid in Trinkwasser und im Boden relativ niedrig ist, liegt die tägliche Fluorid-Aufnahme über Trinkwasser und Lebensmittel deutlich unter der von der WHO und der deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Menge für die einzelnen Bevölkerungsgruppen.

Die teilweise Deckung des Fluoridbedarfs über fluoridiertes Speisesalz ist besonders vorteilhaft, weil das Fluorid gleichmäßig in geringer Konzentration über den Tag verteilt dem Körper zugeführt wird. Bei der gewählten Konzentration des

Fluorids im Salz ist eine Überdosierung bei üblicher häuslicher Salzverwendung ausgeschlossen.

Eine ständige Fluoridaufnahme bei Kindern bis zum Alter von 6–8 Jahren, die mehr als das Doppelte der angemessenen Zufuhr beträgt, kann zu geringfügigen weißlichen Schmutzflecken (Zahnfluorose) führen, die nicht mit gesundheitlichen Nachteilen verbunden sind. Bei stärkerer Überdosierung kann es zu deutlich braunen Zahnverfärbungen kommen. Eine Fluoridzufuhr, die zur Skelettfluorose führt (10–35 mg Fluorid pro Tag über mindestens zehn Jahre) kann durch die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz nicht auftreten (sie würde einen Salzverzehr von 40 bis 100 g Salz pro Tag erfordern). Da Deutschland ein Jodmangelgebiet ist, empfiehlt es sich, im Rahmen der Kariesprophylaxe auf fluoridiertes Speisesalz zurückzugreifen, das außerdem noch Jod enthält.

Seit 1992 ist in Deutschland Speisesalz für den häuslichen Verbrauch im Verkehr, das sowohl fluoridiert als auch jodiert ist. Um auch Personen, die an Gemeinschaftsverpflegung teilnehmen, die Möglichkeit zu geben, von dieser Form der Kariesprophylaxe zu profitieren, hat das Bundesministerium für Gesundheit seit 1998 auf Antrag mehrere Ausnahmegenehmigungen an Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung erteilt, unter amtlicher Beobachtung und nach entsprechenden Informationen der Verbraucher fluoridiertes und jodiertes Speisesalz zur Speisenherstellung zu verwenden. bgvv-p

Glantz, St. A.: **Biostatistik.** Ein Fach für die Praxis

4. Auflage. 488 Seiten. McGraw-Hill, Frankfurt/Main 1998. 62 DM.
ISBN 3–89028–410–8.

Angesichts der zahlreichen deutschsprachigen Lehrbücher zur Statistik muß ein entscheidender Aspekt der Bewertung eines weiteren Buches sein, wieweit es sich von dem vorhandenen Spektrum abhebt und damit das vorhandene Angebot bereichert. Die vorliegende Einführung bietet einerseits Antworten auf spezielle Fragestellungen an, eignet sich andererseits aber auch als biostatistische Basisliteratur zu Biometrie- und Epidemiologiekursen.

In einer Einführung in die Biostatistik kommt man natürlich nicht umhin, die etablierten Grundlagen abzuhandeln: Zwei-Gruppen-Vergleiche, t-test, Häufigkeitsanalysen, der Signifikanzbegriff, Konfidenzintervalle, Korrelation und Regression, nichtparametrische Verfahren und Überlebenszeitanalysen werden abgedeckt. Dabei wird großer Wert darauf gelegt, nicht die Technik und den Formelapparat in den Vordergrund zu stellen, sondern einen kontext- und problemorientierten Zugang zu

präsentieren. Klinische Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse dominieren gegenüber dem Umgang mit Zahlen. Bewußt ausgelassen wurden aus grundsätzlichen Erwägungen die Grundbegriffe der Wahrscheinlichkeitstheorie sowie multivariate Verfahren.

Bemerkenswert für eine Einführung ist, daß die Anwendung von biostatistischen Methoden immer wieder in Zusammenhang mit der Qualität der medizinischen Literatur betrachtet wird. Hier zeigt sich die langjährige Erfahrung des Autors als Mitherausgeber einer medizinischen Zeitschrift. Hinweise auf häufige Fehler in Publikationen finden sich an vielen Stellen und greifen damit die jüngeren Entwicklungen in Zusammenhang mit der Evidenz-basierten Medizin auf, die Qualität von Artikeln kritisch zu bewerten (critical appraisal).

Daß das Buch nun in vierter Auflage nach seinem erstmaligem Erscheinen im Jahre 1981 herauskommt, mag allein schon für sich sprechen. Darüber hinaus kann aber festgestellt werden, daß es sich in seinem praxisorientierten Ansatz wohltuend von manchen anderen Einführungen abhebt und sowohl für Kliniker und Angehörige des Gesundheitssystems wie auch für Studenten sehr zu empfehlen ist.

G. Antes, Freiburg

