

# q @bvvp

## Das QM-Modell des bvvp

Gemäß § 135a SGB V

Hier sehen Sie die Einleitung zu „q@bvvp“ und Auszüge aus dem Qualitäts-Management-Programm des bvvp e.V. Die vollständige Version können Sie nur gegen Anforderung eines kostenpflichtigen Passworts einsehen und nutzen. Die Anmeldung erfolgt über die bvvp Bundesgeschäftsstelle [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)

### Inhaltsverzeichnis

1. [Rahmenbedingungen](#)
2. [Allgemeine Struktur](#)
3. [Verfahrensanleitung](#)
4. [Handbuch](#)
  - 4.1. [Praxisbeschreibung](#)
  - 4.2. [Verantwortlichkeiten](#)
  - 4.3. [Qualitätszielliste](#)
5. Anlagen
  - 5.1. [Liste der Verantwortlichkeiten](#)
  - 5.2. [Protokolle der Teambesprechungen](#)
  - 5.3. [Erstellung von Flussdiagrammen](#)
  - 5.4. [Patientenfragebogen](#)
  - 5.5. [Beschwerdeliste](#)
  - 5.6. [Fehlerdokumentation](#)
  - 5.7. [Protokoll Qualitätszirkel](#)
  - 5.8. [Anvisierte Verbesserungen](#)

Mail-Hotline: [gminfo@bvvp.de](mailto:gminfo@bvvp.de)

## 1. Rahmenbedingungen

Im **Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz (GMG)** hat der Gesetzgeber seit Januar 2004 festgeschrieben, dass alle Einrichtungen des Gesundheitswesens, also auch die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen verpflichtet sind zur **Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements** (§ 135a SGB V). Qualitätsmanagement besagt, dass man sich systematisch der Verbesserung der Qualität annimmt. Es hat die Aufgabe, Struktur und Abläufe in einem System darzustellen und zu bewerten, wobei die Individualität der jeweiligen Praxisgestaltung gewahrt werden soll bei gleichzeitiger Verbesserung der Transparenz der Organisationsabläufe. QM soll keine vereinheitlichende Zwangsstruktur darstellen, sondern einen Orientierungsrahmen vorgeben, in dem Fragen gestellt werden, für die jede/r Praxisinhaber/in die eigenen Antworten findet. QM soll der Verbesserung der Versorgungsrealität sowohl durch Patientenorientierung als auch durch Anbieterzufriedenheit dienen. Es setzt an in den Bereichen der Strukturqualität, d.h. der räumlichen und personellen Ausstattung der Einrichtung (hier also der ärztlich/psychotherapeutischen Praxis), die Prozessqualität bewertet den effektiven Einsatz der strukturellen Ressourcen und die Ergebnisqualität fragt nach den messbaren Erfolgen der Tätigkeit der Praxis.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA)** ist nach § 136a SGB V verpflichtet, die konkreten Anforderungen an ein QM festzulegen. Dazu hat er eine Richtlinie (18. Oktober 2005) erlassen, die der Gesetzgeber zum 1.1.2006 in Kraft gesetzt hat. Das Ziel des QM ist die systematische Verbesserung der Qualität der ärztlich/psychotherapeutischen Tätigkeit durch regelmäßige Sichtung und Überprüfung der praxisinternen Abläufe durch den Praxisinhaber.

**Eine externe Zertifizierung ist nach dem Gesetz nicht vorgesehen.**

Die **Grundelemente** eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements sind in der Richtlinie definiert: im Bereich **Patientenversorgung**:

- a) die Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.
- b) Patientenorientierung, -sicherheit, -mitwirkung, -information und -beratung
- c) Strukturierung von Behandlungsabläufen

und im Bereich **Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation**:

- a) Regelung von Verantwortlichkeiten
- b) Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung)
- c) Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan)
- d) Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement
- e) Kooperation und Management an den Nahtstellen der Versorgung
- f) Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement

Die dazu einzusetzenden **Instrumente** sind:

- a) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen.
- b) Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen,
- c) Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen
- d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten
- e) Beschwerdemanagement
- f) Organigramm, Checklisten
- g) Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
- h) Notfallmanagement
- i) Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung
- j) Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere
  - aa) Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen,
  - bb) Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen

Der **Zeitplan** für die Einführung des Praxis-QM sieht vor,

- dass innerhalb der ersten 2 Jahre nach Festlegung der Kriterien durch den G-BA mit dem QM in der Praxis begonnen werden muss, also bis Ende 2007 ( Phase I: Planung).
- in weiteren 2 Jahren die Umsetzung zu erfolgen hat (Phase II: Umsetzung)
- im 5. Jahr (Phase III) ist die Weiterentwicklung und Überprüfung hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente vorzunehmen.

Seit 2007 werden Stichproben durch QM-Kommissionen, die bei der KV angesiedelt sind, bei 2,5% der Praxen durchgeführt, wobei die Umsetzung des QM anhand eines Fragebogens überprüft wird. Bei nicht zeitgerechter Umsetzung der Richtlinie ist eine Beratung durch die Kommission vorgesehen, Sanktionen sieht das Gesetz bisher nicht vor.

Der Besuch von Schulungen zur Befähigung zur Durchführung des QM ist nicht zwingend vorgeschrieben.

Sonderbestimmungen:

Gemäß den Richtlinien gelten **Gemeinschaftspraxen** als eine Organisationseinheit und brauchen daher nur ein gemeinsames einrichtungsinternes QM.

In **Praxismgemeinschaften** muss jede Praxis ein eigenes QM etablieren, wobei die gemeinsam genutzten Ressourcen nur einmal bearbeitet und von allen Teilhabern übernommen werden kann.

Bei **ausgelagerten Praxisräumen** müssen die Tätigkeiten und Strukturen der in das QM der Hauptpraxis integriert werden.

Anmerkung:

Der Nutzen der Anwendung von QM ist im ambulanten Gesundheitswesen bisher nicht umfassend evaluiert nachgewiesen worden. Deshalb soll nach diesem fünfjährigen Zeitplan eine Evaluierungsstudie den Nutzen unter Beweis stellen. Erst danach entscheidet der G-BA über die Akkreditierung von QM-Systemen und ggf. die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte/-psychotherapeuten.

## Warum ein eigenes QM-System für Psychotherapeuten?

Da QM im industriellen Bereich bereits weit verbreitet ist, konnten einige Anbieter von QM-Systemen sehr schnell reagieren und kamen mit an Industrienormen orientierten Modellen auf den Markt. Es zeigte sich bald, dass diese die Abläufe einer ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis nur sehr unscharf abbilden und daher entwickelten einige kommerzielle Anbieter adaptierte Systeme. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länder- und Bundesebene reagierten und bieten ihren Mitgliedern angepasste und auch vergleichsweise kostengünstige QM-Systeme an.

Die Realität der meisten PT-Praxen unterscheidet sich deutlich von Praxen im hausärztlich/ sonstigen fachärztlichen Bereich. Eine Besonderheit der Praxisstruktur in der Psychotherapie zeigt sich in der weitverbreiteten Realität des Arbeitens ohne MitarbeiterInnen, der Struktur als "Telefonpraxis" mit Terminvergabe. Zudem werden in der Regel keine Geräte in der Praxis genutzt und auch keine invasiven Therapiemaßnahmen durchgeführt, die besondere Hygienemaßnahmen erfordern. Andererseits sind die Themen Diskretion und Datenschutz in der Psychotherapie-Praxis von besonderer Wertigkeit. Die Auflistung zeigt - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - , daß in der Psychotherapiepraxis deutlich abgewandelte QM-Maßnahmen zum Einsatz kommen müssen, um als angemessen akzeptiert werden zu können. Skepsis und Abwehr gegen die Durcharbeitung von für die Psychotherapiepraxis irrelevanten Verfahrensbeschreibungen wie Mitarbeiterführung oder Gerätewartung kann so minimiert und die Bereitschaft zur Durchführung sinnvoller QM-Maßnahmen gefördert werden. Hervorzuheben ist, dass im Psychotherapiebereich, insbesondere in Bezug auf die Überprüfung der Ergebnisqualität der erbrachten Leistung eine lange Tradition der Qualitätssicherung besteht, da bereits mit der Implementierung der Psychotherapie in der allgemeinen Gesundheitsversorgung spezielle Kontrollinstrumente zur Beurteilung der Qualität der Psychotherapie eingesetzt wurden. Das Gutachterverfahren der Krankenkassen überprüft in vorgegebenen Schritten die psychotherapeutische Arbeit und ist im deutschen Gesundheitswesen in dieser Art einmalig. Als Indikator für eine gute Strukturqualität muss sich der Psychotherapeut selbst als therapeutisches Instrument in seinen Reaktionen ständig hinterfragen, was bereits in der Ausbildung eingeführt und später in der Berufspraxis in Form von Supervision und Intervision fortgesetzt wird.

Der *bvvp* bietet mit dem vorliegenden QM-Modell *q@bvvp* psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch Kinder- und Jugend-Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein Modell zur Implementierung eines praxisinternen QM an, das den gesetzlichen Vorgaben entspricht und sich unmittelbar an den Abläufen und Strukturen einer Psychotherapiepraxis orientiert. Es spiegelt die tägliche Realität der Praxisabläufe wieder, ist vom Aufwand her überschaubar und fördert über das Internet-Forum und die integrierten Qualitätszirkel den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen.

## 2. Allgemeine Struktur

*q@bvvp*, das hier vorgestellte QM-Modell des *bvvp* versteht sich als eine Service-Leistung des Verbands. Für Mitglieder ist es sehr preiswert, ermöglicht für die Durchführung einen überschaubaren Zeitaufwand, empfiehlt die Besprechung in einem Qualitätszirkel und die Rückmeldung an den Verband und kann ohne Teilnahme an Schulungen erarbeitet werden. *q@bvvp* orientiert sich eng an den gesetzlichen Vorgaben des G-BA, die die **Grundelemente** und **Instrumente** eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements definieren.

Das Prinzip dieses Modells ist ein interaktives Konzept, d.h., es wird als Basismodul angeboten und entwickelt sich durch die Anwendung in der Praxis und dem folgenden Kommunikationsprozess selbst weiter. Als Basis dient ein vorformulierter Katalog von Qualitätszielen der Prozessabläufe, der aus der Praxis heraus weiterentwickelt wird. Prinzipiell kann damit jede Praxis eigene Qualitätsziele definieren. Die Dokumente zur Durchführung des QM sind knapp gehalten und selbsterklärend.

In seiner konkreten Ausgestaltung lehnt es sich eng an das Konzept der Kreisärzteschaft Ortenau (K.H.- Bayer) an, das auf der Basis des QEP<sup>®</sup> beruht und mit der KBV abgestimmt ist. Einzelne Anteile daraus wie Umgang mit technischen Geräten und spezielle Hygienemaßnahmen wurden mangels Erforderlichkeit weggelassen.

Gleichzeitig soll hiermit aber auch der praxisübergreifende Dialog gefördert werden, der mittels einer offenen Internetplattform und themenbezogener Qualitätszirkel unterstützt und beflügelt wird. Eine externe Zertifizierung ist in diesem Modell zunächst nicht vorgesehen, eine Weiterentwicklung in diese Richtung ist grundsätzlich möglich.

### 3. Verfahrensanleitung:

#### a) manuelle Bearbeitung

Legen Sie zunächst einen Ordner an, in den Sie diese gesamte Vorlage, im pdf-Format ausgedruckt, einheften und beschriften ihn mit **QM – Praxis**. Füllen Sie sodann die Seiten entsprechend der Vorlage aus und folgen Sie dabei den im folgenden beschriebenen Punkten 1. – 5.. Dieser Ordner ist dann die Basisversion Ihres “Praxishandbuchs”, in das weiterhin alle Veränderungen der Praxisstruktur, Protokolle von Teambesprechungen, Qualitätszirkeln einzuheften sind.

Beim internen Audit (Selbstbewertung) in Schritt 5 sind die Qualitätsziel-Protokollbögen erneut auszudrucken und zu bearbeiten sowie Veränderungen der im Bereich der übrigen Vorlagen zu dokumentieren.

#### b) Bearbeitung am PC

Zur Bearbeitung am PC können Sie die Vorlage auch im Rich-Text-Format (rtf, zu öffnen mit MS-Word) oder als OpenOffice-Dokument (odt) herunterladen, wobei Sie beachten sollten, dass es zu Verschiebungen des Seitenumbruchs kommen kann, was sie aber leicht korrigieren können. Sie können nun alle Formblätter am PC ausfüllen und in einem separaten Ordner auf Ihrem PC abspeichern. Zur Bearbeitung folgen Sie den im Weiteren beschriebenen Schritten.

Der 1. Schritt besteht im Ausfüllen der Vorlage zur Praxisbeschreibung, bei Beschäftigung von MitarbeiterInnen dem Festlegen der Verantwortlichkeiten (auch in Form von Flussdiagrammen zu Verfahrensabläufen wie im Muster dargestellt). Die Protokolle der Teambesprechungen, sofern hierbei Änderungen der Verantwortlichkeiten beschlossen werden, sollten jeweils eingefügt werden.

Im 2. Schritt sollte jede/r Praxisinhaber/inhaberin eine an den im Folgenden aufgeführten Qualitätszielen orientierte Bestandsaufnahme in der Praxis durchführen. Hierzu liegen entsprechende Listen von **18 Qualitätszielen** vor, in denen der Ist-Zustand protokolliert werden soll und damit eine Selbstbewertung stattfinden kann. Diese Listen der Qualitätsziele sind in ihrer Struktur und Folge am Ablauf einer typischen Patientenkontaktaufnahme und der typischen Durchführung einer Psychotherapie orientiert.

Im 3. Schritt werden Ziele bzw. Teilschritte formuliert, die zur Qualitätsverbesserung im Sinne der Qualitätsziele erforderlich sind. Diese Schritte müssen auf den einzelnen Bögen formuliert und dokumentiert werden, sinnvollerweise am Schluss nochmals in einer separaten Liste zur Gedächtnisstütze.

Im 4. Schritt sollen Qualitätszirkel (QZ) eingerichtet bzw. bestehende genutzt werden, um die Umsetzung der Schritte zu begleiten, d.h. im kollegialen Austausch die Umsetzungsmöglichkeiten der beschriebenen Qualitätsziele in der Praxis zu diskutieren. Von dieser, bzw. diesen Sitzungen ist ein Protokoll anzufertigen, das die Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen mit diesem Modell wiedergibt und Ergänzungsvorschläge beinhaltet (diesen bitte als Rückmeldung an den Verband, s.u.). Diese QZ bieten auch die Möglichkeit zum “Benchmarking”, also zum Vergleich mit anderen Praxen, bzw. zur Weiterentwicklung der Standards.

Im 5. Schritt ist dann eine Selbstbewertung (“internes Audit”) durchzuführen, in der das Erreichen der selbstdefinierten Ziele überprüft werden soll.

Über einen Fragebogen (die Vorlage enthält ein Modell) besteht die Möglichkeit, sich bei den eigenen Patienten Rückmeldungen über die Prozessabläufe (nicht die Qualität der Therapie!) einzuholen, auch im Sinne eines Beschwerdemanagements, die dann in die Planung der Optimierung einbezogen werden sollten.

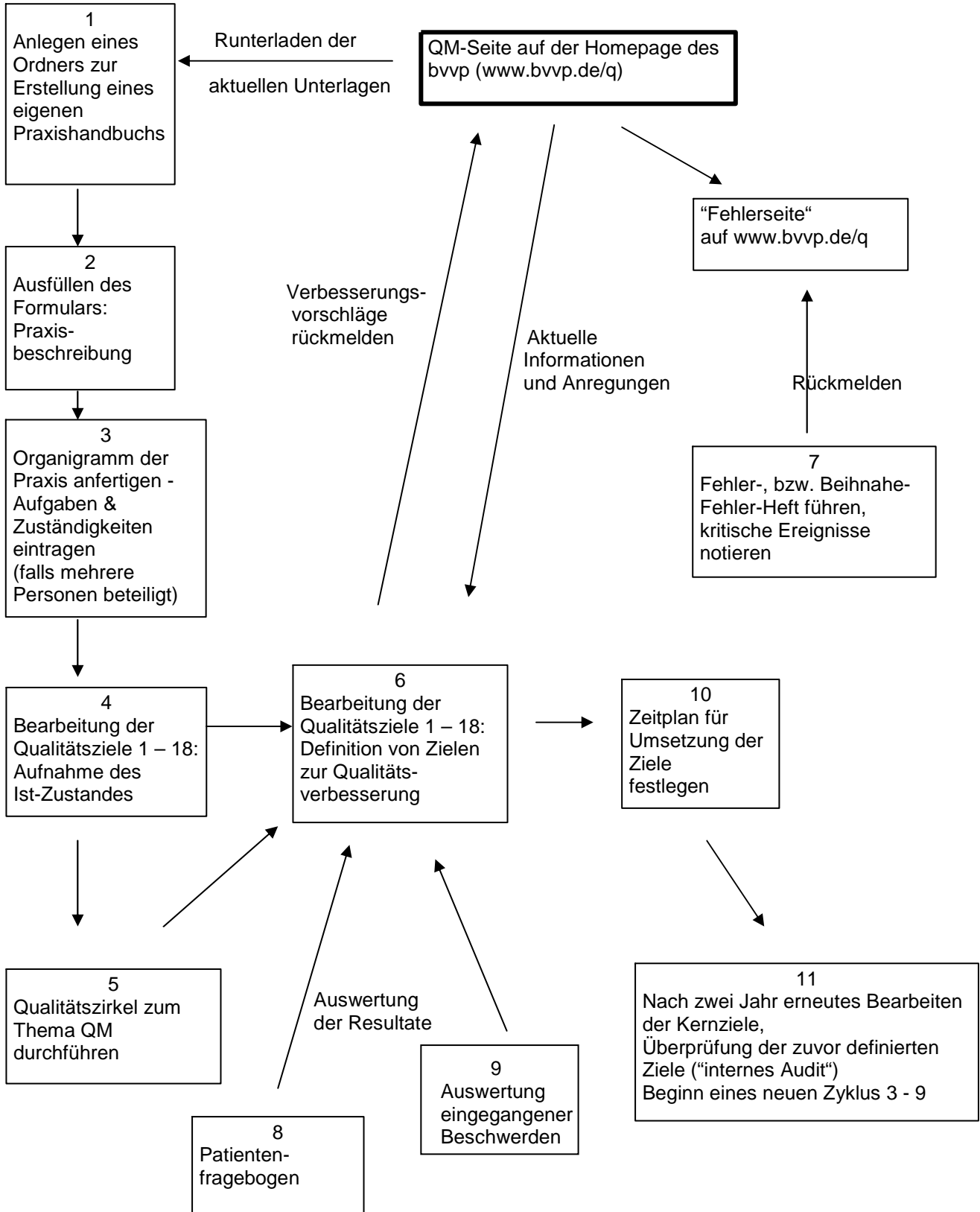
Der vorbeschriebene Ablauf der Punkte 1. bis 5. ist dann in 2-jährigem Rhythmus zu wiederholen.

Auf der Internetplattform [www.bvvp.de/q](http://www.bvvp.de/q) können Ihre Anregungen und Vorschläge zur Qualitätsverbesserung diskutiert sowie der Umgang mit Fehlern oder “Beinahe-Fehlern” besprochen werden.

Aus den Rückmeldungen per Mail an [gminfo@bvvp.de](mailto:gminfo@bvvp.de) kann schließlich ein Datenpool entstehen, der Anregungen zur Verbesserung der Qualität liefert.

## Erstellung des QM

Im folgenden Flussdiagramm wird exemplarisch die Durchführung des QM dargestellt:  
( Alle Schritte sind zu dokumentieren )



### 3. Handbuch

#### 3.1. Praxisbeschreibung

##### Stamtblatt der Praxis mit dem Leistungsspektrum

<b>KV-Abrechnungsnummer:</b>	
<b>Praxisname/ Fachgebiet:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefon / Fax E-Mail</b>	
<b>Tätigkeitsschwerpunkte:</b>	
<b>Spezielle Qualifikationen:</b>	
<b>Praxisbesonderheiten</b>	
<b>Kooperationspartner:</b>	
<b>Bankkonto</b>	
<b>Steuernummer</b>	
<b>Weitere Merkmale</b> z.B. Lehrtätigkeit, Supervision, Konsiliardienste, Krankenkassen- Verträge, Schulungsangebote, Mitarbeit in Hospizeinrichtungen usw.	