

Kai Born

# Qualitätsmanagement für die Psychotherapie QMP

Praxisorientierte QM-Systematik mit Musterhandbüchern  
für verschiedene Praxisformen

- ✓ Psychologische Praxis / Ärztliche Praxis
- ✓ Mit Mitarbeitern / Ohne Mitarbeiter
- ✓ Einzelpraxis / Praxengemeinschaft / Gemeinschaftspraxis

**BELTZ**

*Anschrift des Autors:*

Dr. med. Kai Born  
Institut für Kognitive Verhaltenstherapie Hessen  
Bahnhofstraße 27-33  
65185 Wiesbaden

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Beltz-Verlages 2020

1. Auflage 2015

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Charlotte Schwesinger  
Herstellung und Gestaltung: Sonja Frank  
Gesamtherstellung: GLIMEX Multimedia Service GmbH, Hamburg

ISBN 978-3-621-28296-3

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	11
----------------	----

## Teil I Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

<b>1 Einführung</b>	15
<b>2 Grundlagen des Qualitätsmanagements</b>	17
2.1 Ausgangssituation	17
2.2 Entwicklungsgeschichte des Qualitätsmanagements	19
2.3 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	21
2.3.1 Qualität	21
2.3.2 Qualitätssicherung	25
2.3.3 Qualitätsmanagement	28
2.4 Rechtliche Grundlagen	29
2.4.1 Vorgaben des SGB V	29
2.4.2 Die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	30
2.4.3 Die Inhalte der QM-Richtlinie	31
2.4.4 QM-Zertifizierungsverfahren	32
2.4.5 Weitere Entwicklungen	34
2.5 Überblick über die gängigen QM-Systeme im Gesundheitswesen	35
2.5.1 DIN EN ISO 9000er Normenreihe	35
2.5.2 KTQ®	36
2.5.3 QEP®	37
2.5.4 EFQM	38
<b>3 Praktische Umsetzung</b>	41
3.1 Planung und Umsetzungsstrategie	41
3.2 QM-Handbuch und Musterdokumente	45
3.2.1 Aufbau des QM-Musterhandbuchs	45
3.2.2 QM-Dokumente	47
3.2.3 Übersicht über die Musterdokumente	50
3.3 Ausblick	52



# Vorwort

Das Thema Qualitätsmanagement (QM) ist im gesamten Gesundheitswesen häufig ein Reizthema, was aus der Sicht von QM-Fachleuten völlig nachvollziehbar ist, wenn betrachtet wird, wie mit diesem Thema im Gesundheitswesen überwiegend umgegangen wird, insbesondere in den Kliniken. Wenn Sie also diesen Text lesen, werte Leserin/werter Leser, können Sie unterschiedliche Stimmungslagen haben: von völlig genervt im Sinne von »das auch noch« über neutral im Sinne von »mal sehen, was das bringen kann« bis zum selteneren freudigen Interesse »super, endlich eine Strategie, die mich in der täglichen Arbeit unterstützt«. Die Aversion kommt daher, dass der Gesetzgeber Qualitätsmanagement per Gesetz verordnet hat. Dies wird zu Recht als Zwang erlebt, da es sich eindeutig um den Versuch einer externen Kontrolle handelt. Dagegen wird verständlicherweise Widerstand aufgebaut, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Status eines freien Berufs, der auf die Berufe Arzt und Psychologischer Psychotherapeut zutrifft. Das Problem ist aber nicht Qualitätsmanagement selbst, sondern die gesetzliche Anordnung. Die Prinzipien, die hinter Qualitätsmanagement stehen, stimmen nicht mit einer externen Verordnung überein. Im Gegenteil steht eine Verordnung einem sinnvollen Qualitätsmanagement entgegen, da QM nur unter der Bedingung einer »Selbstverpflichtung« funktioniert. Glücklicherweise wissen das die ausführenden Organe, nämlich der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) und die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die externe Überprüfung konnte bisher von diesen so gestaltet werden, dass jeder Arzt und Psychotherapeut leicht Nachweise vorlegen kann und damit der gesetzlichen Auflage nachkommt, und zwar unabhängig davon, ob er tatsächlich QM in seiner Praxis umsetzt oder nicht. Die Wahrscheinlichkeit, persönlich in den Überprüfungsprozess zu kommen, ist zudem gering, konkret: im Durchschnitt circa einmal in 40 Jahren. Dadurch wird die Umsetzung des Gesetzes wieder stark relativiert und ermöglicht so den Niedergelassenen im GKV-System den notwendigen Spielraum. Um es deutlich zu sagen: Jeder Praxisinhaber kann aktuell entscheiden, ob er sich ernsthaft und eingehend mit QM auseinandersetzt oder eben nicht. Um das Thema selbst kommt man aber nur herum, wenn man eine Privatpraxis betreibt. Hier gibt es bis heute keine externe Kontrolle. Ob dies auf lange Sicht so bleiben wird, ist offen.

Vor diesem Hintergrund können sich alle Niedergelassenen entspannen und nun neutral oder zumindest neutraler prüfen, ob Qualitätsmanagement als Ganzes oder in Teilen für die eigene Praxis und die persönlichen Ziele eine hilfreiche Unterstützung sein kann.

Mit dieser QM-Anleitung will ich den niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten einen positiven Beitrag zum Thema Qualitätsmanagement in der Praxis leisten, indem ich die wesentlichen Grundlagen darstelle, eine Bewertung für die Praxis vornehme, den Aufbau einer eigenen QM-Systematik beschreibe und dem Nutzer im Vorfeld viel Dokumentationsarbeit abnehme.

Ich hoffe, dass viele Kolleginnen und Kollegen am Ende sagen können, dass Qualitätsmanagement wider Erwarten doch eine interessante Sache ist und sie in ihren persönlichen Zielen gut unterstützen kann. In diesem Sinne wünsche ich allen Leserinnen und Lesern viel Erfolg beim Nutzen der QM-Werkzeuge. Ich freue mich über konstruktive Rückmeldung, um das Musterhandbuch zu verbessern.

Ich bedanke mich herzlich bei Frau Dipl.-Psych. Charlotte Schwesinger für die kritische Durchsicht des Manuskripts und die konstruktiven Rückmeldungen. Ich bedanke mich ebenso herzlich bei Frau Dr. Svenja Wahl für die Unterstützung des Gesamtprojekts.

Wie hier im Vorwort spreche ich sowohl Therapeutinnen als auch Therapeuten an. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich im Folgenden jedoch auf die Nennung der weiblichen Form; in jedem Falle sind Frauen ebenso gemeint.

*Wiesbaden im Mai 2015*

*Kai Born*

# 1 Einführung

Die gesetzliche Pflicht, im Gesundheitswesen Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen, bestand schon Jahre vor dem Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz, das seit Januar 2004 die ambulanten Leistungserbringer wie Ärzte und Psychotherapeuten dazu verpflichtet, Qualitätsmanagement in ihren Praxen einzuführen und dauerhaft anzuwenden. 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Richtlinie dazu veröffentlicht, was ein Qualitätsmanagementsystem beinhalten muss. Die Politik hat damit Qualität »verordnet«, was mit der Philosophie des Qualitätsmanagements nicht übereinstimmt. Qualitätsmanagement (QM) ist ein »Selbstkontrollsystem«, das in der Wirtschaft zu dem Zweck entwickelt wurde, dem Unternehmen und seinen Kunden zu dienen. Unternehmen führen dies als Selbstverpflichtung durch mit dem Wissen, dass es dem Unternehmenserfolg nützt. Wäre es anders, hätte QM nicht diesen Siegeszug in der Wirtschaft vollzogen. Niemand käme auf die Idee, es zu verordnen, außer die Unternehmensführung sich selbst. Verordnetes QM ist der Versuch äußere Kontrolle auszuüben. Dies sollte dann auch als das benannt werden. Wie kommen Politiker auf die Idee dies zu tun? Ihr Ziel ist es, die Bevölkerung medizinisch bestens zu versorgen und dabei möglichst geringe Kosten zu haben. Bildlich gesprochen wollen sie am liebsten einen »Porsche« für den Preis eines »VW Golf«. Dies wird jedoch auch nicht durch QM-Maßnahmen gelingen. Wer sich intensiv mit QM beschäftigt, weiß, dass sowohl die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung als auch die Kosten dafür optimiert werden können. Die Kosten zu senken, geht aber nicht unendlich. Qualität hat immer seinen Preis. Im Gegenteil muss nicht selten mehr investiert werden, um eine höhere Qualität zu bekommen. Der geringste Preis ist kein Qualitätsmerkmal, was Unternehmen oft schmerzlich erfahren müssen: Um Geld zu sparen, wird das preisgünstigste Produkt gekauft, nur um dann festzustellen, dass es den Qualitätsanforderungen nicht genügt, was dann zu Kostensteigerungen und/oder zu Absatzrückgängen des eigenen Produktes führt. Ebenso wird es schwierig, wenn Politiker und Krankenkassen immer mehr Qualität fordern und dafür aber immer weniger Geld bezahlen wollen. Reaktanz der Leistungsanbieter ist nur das kleinere Übel, das dabei resultiert. Die vorhandenen knappen Ressourcen müssen verteilt, das heißt letztlich rationiert werden. Dies ist beispielsweise erkennbar an den langen Wartezeiten auf einen Termin und an der geringen Zeit, die die Ärzte für den einzelnen Patienten aufwenden können. Unter den Bedingungen von engen Budgets und Regressbedrohungen lässt sich keine exzellente Qualität erzielen. Nur das in diesen Grenzen noch Mögliche kann den Patienten angeboten werden. Und das kann bei allen Beteiligten nur zu Unzufriedenheit führen. Wenn im ambulanten Bereich alle alles bekommen sollen, dies aber nicht bezahlt wird (und werden kann!), bekommen alle nur das Minimum. Und das ist für viele dann zu wenig. Das führt zu dem Phänomen, dass die Deutschen im Durchschnitt 16- bis 18-mal pro Jahr zum Arzt gehen. Das treibt letztlich die Kosten in die Höhe, ohne dass die Behandlungen dadurch effektiver und effizienter werden.

Ärzte und Psychotherapeuten müssen medizinisch notwendige Leistungen erbringen, die »wirtschaftlich«, »ausreichend« und »zweckmäßig« sind. Manche Kollegen nehmen vor diesem Hintergrund das Wort »ausreichend« als Schulnote »vier«. Dies ist natürlich provozierend gemeint, denn die Politik meint mit dieser Aussage sicher nicht diese schlechte Leistungsnote, strebt sie doch eine gute bis sehr gute Versorgung der Bevölkerung an – und das zu Recht. Wenn dies erreicht werden soll, und das ist sicher keine einfache Aufgabe, muss über die Qualität der Versorgung gesprochen werden, aber auch über die Mittel und über die Verteilung, die für eine gute Versorgung notwendig sind. Deshalb kann es tatsächlich begrüßt werden, dass die Politiker QM verordnet haben, denn wenn die Ergebnisse gemessen und Qualität abgebildet wird, kann besser über Preise verhandelt werden. QM kann in der Zukunft daher auch politisch genutzt werden.

Für die Themen »Qualität«, »Qualitätssicherung« (QS) und »Qualitätsmanagement« (QM) selbst ist das eine Nebensache. QM hilft Ärzten und Psychotherapeuten, gute Arbeit zu leisten und auch wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Kliniken und Praxen können nur bestehen, wenn sie in ihren Behandlungsergebnissen und in ihren wirtschaftlichen Ergebnissen gleichermaßen erfolgreich sind.

Die hier vorgeschlagenen Prozeduren konzentrieren sich auf den ambulanten Bereich, können aber auch modifiziert von Kliniken übernommen werden. Der Fokus liegt auf psychotherapeutischen Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (Praxengemeinschaften und Gemeinschaftspraxen) und Ambulanzen (psychiatrische Institutsambulanzen und psychotherapeutische Ausbildungsambulanzen). Das Material ist entsprechend für diese Kontexte aufbereitet.

Zunächst folgt ein Überblick über die Grundprinzipien des Qualitätsmanagements und die Rahmenbedingungen, unter denen QM in den Praxen etablieren werden soll. Die verbreiteten QM-Systeme werden kurz vorgestellt und auf der Basis von Aufwand, Kosten und Nutzen speziell für den Kontext einer psychotherapeutischen Praxis im GKV-System bewertet. Der Aufbau eines eigenen QM-Systems wird vor dem Hintergrund der Vorgaben des GBA beschrieben, klare Ziele werden abgeleitet und es wird erläutert, was dabei konkret in der Praxis berücksichtigt werden muss, inklusive der gesetzlichen Vorgaben. Für alle relevanten Ziele sind Musterdokumente hinterlegt, wobei dabei die unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxistypen berücksichtigt werden. Diese Musterdokumente liegen elektronisch im docx-Format vor, sodass diese an die eigenen Bedingungen und Ziele angepasst werden können. Damit kann dann das praxisinterne »QM-Handbuch« erstellt werden. Es gilt bezüglich Dokumentation immer das Prinzip: So viel wie nötig, so wenig wie möglich. Insgesamt kann durch die Nutzung der Musterdokumente viel Zeit gespart werden.

# 2 Grundlagen des Qualitätsmanagements

## 2.1 Ausgangssituation

**Ressourcenmangel.** Es gibt gute Gründe, warum jedes Unternehmen Qualitätsmanagementstrategien einführen sollte. Deutschland hatte in den 50er-Jahren bis in die 70er-Jahre hinein ein enormes wirtschaftliches Wachstum und es standen scheinbar unendliche Ressourcen zur Verfügung. Aber schon damals war der zunehmende Reichtum hauptsächlich durch Staatsschulden finanziert, die durch zukünftiges weiteres Wachstum wieder abgetragen werden sollten. In der Realität kann eine Wirtschaft aber nicht unendlich weiter wachsen. Dies wurde in den 80er-Jahren zunehmend spürbar und hält bis heute an. Jedoch setzt die Politik weiterhin auf Wachstum und Schulden, deren Rückzahlung bei der aktuellen Höhe utopisch erscheint. Es wird deutlich, dass sich Deutschland vieles nicht mehr leisten kann – es fehlt an Geld. Nicht, dass dieses Geld real nicht da wäre, aber es steht dem Kreislauf nicht mehr zur Verfügung, da einerseits die Löhne gesunken und die Lebenshaltungskosten deutlich gestiegen sind und andererseits das Geld bei wenigen Menschen konzentriert wird. Um immer mehr Rendite zu erwirtschaften, wurde der Arbeitsdruck in den Betrieben immer größer. In weniger Zeit muss immer mehr Arbeit geleistet werden, bei gleichzeitiger Entlassung von Mitarbeitern. Diese Arbeit ist für viele kaum noch zu bewältigen, was an der Zunahme der stressbedingten Erkrankungen abgelesen werden kann. Arbeit ist genügend da, aber die Zeit ist begrenzt. Es fehlt somit auch an der Ressource Zeit. Außerdem fehlt es an qualifizierten Arbeitskräften, weil die Schulergebnisse und die Leistungsmotivationen vieler junger Menschen immer schlechter werden.

**Ressourcenmangel im Gesundheitswesen.** Auch in der Medizin hat sich ein grundlegender Wandel vollzogen von einer Ärzteschwemme in den 80er und 90er-Jahren hin zu einem größer werdenden Ärztemangel. Gründe dafür sind die steigende Arbeit durch Verwaltung und eine älter und damit kränker werdende Gesellschaft auf der einen Seite. Der ungesunde Lebensstil trägt ebenfalls zur Zunahme der Erkrankungen bei. Auf der anderen Seite gehen qualifizierte Ärzte ins Ausland, weil dort die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen deutlich besser sind als in Deutschland. Es studieren zudem immer mehr Frauen Medizin, die aufgrund der Familienplanung verständlicherweise andere Arbeitszeitmodelle benötigen. Dies alles stellt das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen, an deren Lösung (noch) nicht gearbeitet wird, zumindest nicht sichtbar.

Zusammenfassend besteht ein Ressourcenmangel an

- ▶ Geld
- ▶ Zeit
- ▶ qualifiziertem Personal

Deshalb muss mit diesem Mangel aktiv umgegangen werden. Es braucht einen effektiven und effizienten Umgang mit den knappen Ressourcen. Die Werkzeuge des QM unterstützen Unternehmen genau bei dieser Zielrichtung.

**Situation der Psychotherapie im Gesundheitswesen.** Die psychotherapeutischen Praxen sind voll, über mangelnde Arbeit wird sich wohl kaum ein Psychotherapeut in Deutschland beklagen. Die Wartezeiten für die Patienten sind entsprechend lang und reichen von einigen Wochen bis sogar über ein Jahr bei bestimmten Therapeuten in Ballungsgebieten und in unterversorgten Gebieten. Vor diesem Hintergrund halten Therapeuten teilweise nur kurze oder auch gar keine Wartelisten vor, weil diese langen Wartezeiten ethisch nicht mehr zu vertreten sind. Dies ist für Patienten und für die Gesellschaft als Ganzes ungünstig, kommt es doch dadurch zu langen Krankschreibungen, nachfolgend möglicherweise zu Arbeitsstellenverlusten und zu Frühberentungen. Damit steigen die Kosten für die Gesellschaft bei gleichzeitigem Sinken der Einnahmen. Die Frage, wie die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und bei Krankheit wieder herzustellen ist, ist von zentraler Bedeutung und nicht einfach zu lösen. Es ist absehbar, dass gewaltige Probleme in nicht allzu ferner Zukunft auf das Gesundheitswesen zukommen werden.

**Rahmenbedingungen für Psychotherapeuten.** Für Psychotherapeuten ist Deutschland aber aktuell ein unvergleichbar guter Ort. Nirgends in der Welt sind die finanziellen und beruflichen Rahmenbedingungen so gut wie in Deutschland:

- ▶ Durch die Zulassung zur Versorgung der gesetzlich Versicherten erhalten Psychotherapeuten das Recht, lebenslang für die Bevölkerung arbeiten zu dürfen.
- ▶ Psychotherapeuten haben ausreichend viel Zeit für ihre Patienten zur Verfügung.
- ▶ Die Bezahlung erfolgt zu festen Beträgen und ist damit berechenbar.
- ▶ Die Bezahlung erfolgt über die kassenärztliche Vereinigung, sodass das Ausfallrisiko gering ist.
- ▶ Die Kosten des Unterhalts einer Praxis sind überschaubar.
- ▶ Es gibt die Möglichkeit, die Arbeitszeit großzügig selbst zu bestimmen.
- ▶ Es gibt die Möglichkeit, Nebentätigkeiten aufzunehmen.

Es gibt aber auch Nachteile:

- ▶ Die Höhe des Honorars für die Leistung und Qualifikation ist (noch) nicht angemessen.
- ▶ Es muss immer wieder gerichtlich zäh und langwierig um eine angemessene Honorierung gekämpft werden.
- ▶ Wenn eine Erhöhung des Honorars erfolgt ist, ist es nicht selten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Erhöhung durch neue Verwaltungsabzüge oder andere Regelungen wieder mindern.
- ▶ Jede Langzeittherapie muss über ein Gutachterverfahren laufen, bei dem die eigene Kompetenz immer wieder unter Beweis gestellt werden muss.
- ▶ Es gibt Begrenzungen in den Behandlungskontingenten, die fachlich nicht begründet sind und die schwer beeinträchtigte Menschen benachteiligen, die für ihre Genesung höhere Therapiedosen benötigen.

- ▶ Es besteht eine Ungleichbehandlung der Therapieverfahren bzgl. der Behandlungskontingente, was fachlich nicht mehr begründbar ist.

Wenn die Vorteile gegen die Nachteile abgewogen werden, überwiegen die Vorteile deutlich. Psychotherapeuten können aus ihrem Unternehmen »Praxis« etwas machen, der psychischen Gesundheit der Solidargemeinschaft gute Beiträge leisten und auch finanziell erfolgreich sein. Diese Ziele werden von den QM-Strategien und den QM-Werkzeugen unterstützt.

## 2.2 Entwicklungsgeschichte des Qualitätsmanagements

**Endkontrolle als erste systematische Ergebnisoptimierung.** Prinzipiell überlegen sich die meisten Menschen, wenn sie ein Produkt herstellen, wie sie eine gute Qualität mit möglichst niedrigen Kosten erreichen können: Der Bauer überlegt, wie er mehr ernten kann und weniger Arbeit dabei hat; der Handwerker überlegt, wie er sehr gute Arbeit abliefern kann, sodass sein Preis gerne vom Kunden bezahlt wird. Henry Ford hat in den 20er-Jahren die Herstellung von Autos durch die Förderbandmethode optimiert. Damit konnte er mehr Autos pro Zeit für einen geringeren Preis herstellen. Am Ende überprüfte er jedes fertige Auto eingehend, bevor er es auslieferte. Er führte damit eine systematische »Endkontrolle« durch. Dies erhöhte die Qualität der ausgelieferten Autos deutlich. Ford hatte aber dabei hohe Kosten für die notwendige Ausbesserungsarbeit und für den Ausschuss.

**Prozessoptimierung durch dritte Personen.** In den 30er-Jahren wurde versucht, bereits im Herstellungsprozess Fehler zu erkennen, um diese dann am Entstehungsort zu korrigieren. Dazu gingen Kontrolleure durch die Fertigungsanlagen und schauten den Arbeitern über die Schultern und machten sie auf Fehler aufmerksam. Sie führten eine »Prozesskontrolle« aus. Natürlich wurde dies von den Arbeitern am Band mit gemischten Gefühlen erlebt, wenn sie immer von anderen beaufsichtigt und korrigiert wurden.

**Selbstkontrolle als verbesserte Prozessoptimierung.** In den 50er-Jahren kamen dann »Selbstkontrollsysteme« und »Selbststeuerungssysteme« auf, vor allem in Japan. Dort lag die Wirtschaft nach dem verlorenen Krieg zunächst brach, erholte sich dann aber wieder. Die Japaner schauten sich die amerikanischen Produkte an und sagten sich: Das können wir auch, und zwar billiger und besser! Und in der Tat blühte die japanische Wirtschaft bald wieder auf. Die Japaner brachten Produkte von exzellenter Qualität zu einem günstigen Preis auf den Markt. Natürlich waren die Löhne zunächst geringer als in der westlichen Welt. Aber es wurden auch die Abläufe systematisch optimiert. Den Führungskräften wurde klar, dass die Qualität direkt vom Arbeiter abhängt, der ein Produkt fertigt bzw. einen Teilschritt der Produktion durchführt. Also muss sich dieser Arbeiter um die Qualität seiner Arbeit bemühen, worin er praktisch unterstützt werden sollte. Dazu wurden »Qualitätszirkel« eingeführt. Hier trafen sich die für einen Herstellungsprozess beteiligten Arbeiter und diskutierten, wie sie das Produkt besser machen und die Prozesse optimieren konnten. Dadurch konnten sie die Qualität der

Produkte stetig erhöhen und Kosten senken. Ihnen wurde dabei eine große Verantwortung übertragen, was die Arbeitszufriedenheit erhöhte und die Identifikation mit dem Unternehmen vertiefte.

**Umfassendes Qualitätsmanagement.** Gleichzeitig wurde auch klar, dass für den Erfolg eines Produktes nicht nur dessen Herstellungsprozess wichtig war, sondern auch Marketing, Service, Logistik und vieles mehr. Jeder beteiligte Prozess hatte positive oder negative Auswirkungen auf den Gesamterfolg. Deshalb wurden alle relevanten Prozesse identifiziert und ebenfalls optimiert, was sich positiv auf den Erfolg auswirkte. Die Entwicklung ging weiter, indem nun gefragt wurde, wie der Erfolg zu definieren ist. Reicht es, dass ein gutes Produkt die Kunden und hohe finanzielle Gewinne den Firmeninhaber zufriedenstellen? Was ist mit den Mitarbeitern? Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wirkt sich natürlich auch auf die Qualität des Produktes aus. Sind sie unzufrieden, kümmern sie sich möglicherweise weniger um die Qualität des Produktes, schädigen vielleicht den Betrieb oder werden häufiger krank, was wiederum die Kosten erhöht. Deshalb wurde nun auch die Mitarbeiterzufriedenheit in den Fokus genommen. Durch den eigenen Einfluss auf das Produkt erhöhte sich die Zufriedenheit, aber auch durch andere Faktoren, wie Gewinnbeteiligungen, persönliche Wertschätzung und gutes Arbeitsklima, das wiederum durch gute Kooperation untereinander und mit den Führungskräften bestimmt wird. Also wurde an mehr Beteiligungen der Mitarbeiter gearbeitet. Beispielsweise wurden in der Autoindustrie Teams gebildet, die zusammen ein ganzes Auto bauen, anstatt dass jeder immer wieder nur einen Teilarbeitsschritt ausführt. Fließbandarbeiter hatten dadurch keinen Bezug mehr zu ihrem Produkt, was sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirkte. Es wurden Führungsstrategien entwickelt, die ein gutes Kooperationsklima schaffen und gleichzeitig exzellente Leistungen fördern. Weiter wurde klar, dass die Firmeninhaber und die Mitarbeiter eines Betriebes noch zufriedener werden, wenn sie durch ihr Produkt einen Wert für die Kunden, aber auch für die Gesellschaft insgesamt schaffen. Damit wurde die Idee der »Unternehmensvision« und der »Unternehmensphilosophie« geschaffen. Aber auch die beauftragten Fremdfirmen, wie Zulieferer und Transportunternehmen, wurden in den Fokus genommen und die Kooperation wurde optimiert. Wenn alle relevanten Prozesse erfasst und gesteuert werden, wird dies »Total Quality Management«(TQM) bzw. »Umfassendes Qualitätsmanagement« genannt.

**Qualitätsmanagementsysteme.** Um all diese Aspekte in einem Betrieb zu berücksichtigen, musste eine Systematik entwickelt werden, die alle relevanten Prozesselemente erfasst und für diese effektive Zielrichtungen formuliert. Dafür wurden feststehende QM-Systeme entwickelt, die das umfassende Qualitätsmanagement beinhalten. Es gibt verschiedene Systeme, die sich im Detail unterscheiden, aber sich im Großen und Ganzen doch ähneln.

Die zwei verbreitetsten Systeme in der deutschen Wirtschaft sind:

- ▶ EFQM (European Foundation for Quality Management)
- ▶ DIN EN ISO 9000:2000 (Deutsche und europäische Industrie-Normen 9000, 9001, 9004)

Diese Systeme wurden auf verschiedene Branchen angepasst, auch auf das Gesundheitswesen. Im deutschen Gesundheitswesen gibt es zusätzliche Spezialexsysteme:

- ▶ QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen)
- ▶ KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
- ▶ EPA® (Europäisches Praxis Assessment)

QEP® kommt ausschließlich in Praxen zur Anwendung. EPA® ist ein europäisches QM-System für allgemeinmedizinische Praxen. KTQ® wurde zunächst für Kliniken entwickelt und später für die Anwendung in Praxen modifiziert. Das EFQM-System ist das fortschrittlichste und umfassendste QM-System am Markt. Mit EFQM können sich Unternehmen einem nationalen und einem europäischen Wettbewerb stellen, indem sie eine bestimmte Punktzahl in der Umsetzung der Kriterien erreichen. Einmal im Jahr wird in Deutschland der »Ludwig-Erhardt-Preis« und in Europa der »EFQM Excellence Award« (früher »European-Quality-Award«) für das beste Unternehmen vergeben. Es gibt spezielle QM-Weiterentwicklungen, zum Beispiel das »Six-Sigma-Prinzip«, in dem die höchste Produktqualität erreicht werden soll. Dies hat für das Gesundheitswesen aber noch keine Bedeutung. Alle QM-Systeme basieren grundsätzlich auf Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung. Doch in einigen Branchen verlangt der Gesetzgeber bestimmte »QM-Zertifizierungen«, um bestimmte Arbeiten durchführen zu dürfen, beispielsweise in der Elektrobranche. Diese Fachbereiche sind dann in der Situation, dass sie überhaupt nur mit einem Zertifikat arbeiten dürfen. Dementsprechend laufen diese »Überprüfungen« ab. Beim Thema Zertifizierung komme ich darauf zurück (s. Abschn. 2.4.4 in Teil I).

## 2.3 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

### 2.3.1 Qualität

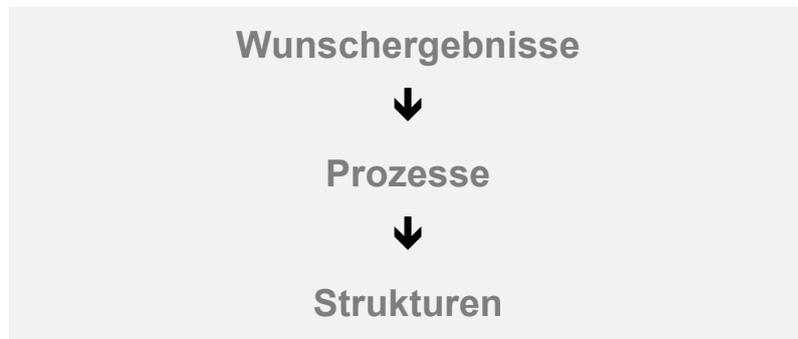
Der Begriff »Qualität« muss zunächst definiert werden:

#### Definition

Qualität ist der Grad der Übereinstimmung von der Beschaffenheit eines Produktes oder der Übereinstimmung einer Dienstleistung mit zuvor festgelegten Anforderungen.

Daraus ergibt sich, dass es Qualität an sich nicht gibt. Die Anforderungen an ein Produkt und an eine Dienstleistung müssen immer zuerst definiert werden. Erst danach kann man die konkrete Umsetzung anhand dieser Festlegung bewerten. Über die konkreten Qualitätsdefinitionen wird in der Psychotherapie bisher eher selten gesprochen. Die Gründe sind einerseits im Inhalt zu finden, denn für viele Merkmale gibt es keine konsentierete Definition aufgrund der verschiedenen Modelle der Therapieschulen. Andererseits müsste dies dann in der Versorgung umgesetzt und gemessen werden, was vielen Therapeuten nicht gefallen wird. Für die eigene praxisinterne Überprüfung muss die Qualität aber definiert werden. Dafür müssen Merkmale gewählt werden, die durch Messungen erfasst werden können. Diese Merkmale sind die »Wunschergebnis-

se«. Diese Wunschergebnisse muss die Praxisleitung zu Beginn erarbeiten, ggf. in Absprache mit ihren Mitarbeitern. Davon abgeleitet muss sie dann überlegen, wie diese Wunschergebnisse realisiert werden können. Dafür werden die notwendigen »Prozesse« erarbeitet. Wenn diese geklärt sind, wird im dritten Schritt bestimmt, welche »Strukturen« und »Ressourcen« für die Prozesse benötigt werden. Abbildung 2.1 stellt die drei Schritte dar.



**Abbildung 2.1** Ergebnisplanung

Diesen drei Schritten werden nun drei entsprechende Qualitätsbereiche zugeordnet:

- ▶ Strukturqualität
- ▶ Prozessqualität
- ▶ Ergebnisqualität

**Strukturqualität.** Unter den Strukturen versteht man alle Ressourcen, die den Prozessen zur Verfügung stehen. Einerseits handelt es sich hier um die eigentliche »Hardware«: die Räumlichkeiten, das Mobiliar, die technische Ausstattung, die Untersuchungs- und Therapiewerkzeuge, aber auch das vorgehaltene Personal mit deren spezifischen Qualifikationen, das Kooperationsnetzwerk und die Bibliothek. Ebenso werden das konkrete persönliche »Know-how« der Mitarbeiter (Wissen und Können), aber auch die sozialen Kompetenzen, also die sogenannten »Softskills«, der Strukturqualität zugeordnet. Die gesamten Strukturen unterstützen die definierten Prozesse und bekommen von dort aus ihre Bedeutung. Die Strukturqualität ist umso höher, je besser und kostengünstiger damit der geplante Prozess durchgeführt werden kann.

**Prozessqualität.** Unter einem Prozess versteht man die konkrete Umsetzung, die mit Hilfe der Strukturen realisiert wird. Dies ist in der Regel das beobachtbare Verhalten der beteiligten Personen, die die Strukturen dabei nutzen. Typische Prozesse des Arztes bzw. des Psychotherapeuten sind: alle diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, die Aufklärung, das Konsiliarwesen, das Berichtswesen, die Terminvergabe usw. Die Prozesse sollen dann die Wunschergebnisse produzieren und bekommen von dort aus ihre Bedeutung. Die Prozessqualität ist umso höher, je besser und kostengünstiger das Wunschergebnis damit erreicht werden kann.

**Das Prinzip »Kundenorientierung«.** Wenn man sich mit Prozessqualität beschäftigt, stößt man auf ein Prinzip, das in der Medizin ungewöhnlich klingt: die sogenannte »Kundenorientierung«. Davon wird im QM häufig gesprochen, was gerade unter Ärzten und Psychotherapeuten große Irritationen und auch Aversionen auslöst – »Patienten sind doch keine Kunden!« Das

stimmt natürlich, wenn ein »Kunde« als der Mensch gesehen wird, der in ein Geschäft geht und dort einkauft. Natürlich kommt der Patient in die Praxis und kauft indirekt über die Krankenkassen eine Dienstleistung ein. Die Arzt-/Psychotherapeut-Patient-Interaktion ist aber sehr viel mehr als der Kauf einer spezifischen Dienstleistung. Selbst in der Chirurgie ist es mehr als das eigentliche Handwerk, auch wenn es hier sicherlich schwerpunktmäßig letztlich auf ein gutes Handwerk ankommt. Kunden und Verkäufer gelten als gleichrangige unabhängige Menschen, die ein Geschäft abschließen. Zwischen Patient und Behandler herrscht weder Gleichrangigkeit noch Unabhängigkeit. Es besteht ein erheblicher Wissens- und Kompetenzunterschied zwischen den Behandlern und den Patienten. Zudem haben die Behandler eine Machtposition gegenüber den Patienten, denn sie gewähren Hilfe oder eben nicht. Die Patienten sind und bleiben abhängig, das ändert auch eine umfassende Aufklärung und die Idee des »informed consent« nicht. Patienten nutzen das Gesundheitssystem für sich und können daher alternativ als »Nutzer« bezeichnet werden. Mit »Kundenorientierung« ist aber auch das nicht gemeint.

**Schnittstellenmanagement.** Wenn in Prozessen gedacht wird, an denen mehrere Menschen beteiligt sind – und das ist in Unternehmen und in der Medizin die Regel –, brauchen die Beteiligten einerseits etwas von anderen und liefern andererseits etwas an andere. Wenn ein Prozessbeteiligter (B) etwas von einem anderen Prozessbeteiligten (A) benötigt, um seinen Arbeitsschritt effektiv und effizient auszuführen, ist B »Kunde« von A, und A ist der »Dienstleister« oder »Lieferant« für B. Wenn der Arbeitsschritt von B erfolgt ist, wird die Arbeit wiederum an einen Dritten (C) weitergegeben. C ist nun der »Kunde« von B, und B ist zum »Dienstleister« geworden. »Kundenorientierung« bedeutet, dass überlegt wird, was der »Kunde« vom »Dienstleister« konkret will und braucht, sodass die Zuarbeit optimiert werden kann. Die allgemeine Frage ist hierbei immer: »Wer« will »was« von »wem«? Dieser Frage eine Priorität einzuräumen, ist mit dem Prinzip »Kundenorientierung« gemeint. Diese Frage ist nicht so trivial, wie sie vielleicht erscheint. Denn Interaktionen sind meistens nicht einfach linear von A nach B. Um die Kooperation von A und B zu optimieren, geht es nicht nur darum, was B von A braucht, sondern ebenso um das, was A von B braucht, um die Zulieferung optimal zu ermöglichen. Damit sind bei einer Kooperation zweier Menschen immer beide »Kunde« und »Dienstleister« zugleich. Der Prozess geht nur optimal vonstatten, wenn die Schnittstelle in beide Richtungen optimiert ist. Beides muss angemessen berücksichtigt werden: Was brauche »ich« und was brauchst »du«? Wenn das optimal ausgelotet und realisiert wird, sollte die Schnittstelle reibungslos funktionieren.

**Psychotherapeut-Patient-Interaktion.** Auch in der Interaktion zwischen Psychotherapeut und Patient brauchen beide Seiten etwas voneinander und müssen beide auch etwas liefern, damit die Kooperation zu den besten Ergebnissen führen kann. Der Patient braucht Zeit, Verständnis und das professionelle Knowhow und damit letztlich Hilfe bei seinem Problem. Der Leistungserbringer braucht die Sicherung der Bezahlung, einen freundlichen Umgang und Mitarbeit des Patienten, ansonsten wird es für ihn schwierig. Das alles sollte beiden bewusst sein und muss angemessen berücksichtigt werden.

**Ergebnisqualität.** Die Ergebnisqualität ist der Grad der Übereinstimmung mit den zuvor festgelegten Kriterien. Die Ergebnisqualität ist umso höher, je mehr das reale Ergebnis mit dem »Wunschergebnis« übereinstimmt. Die Ergebnisqualität liegt bei 100 %, wenn das reale Ergeb-

nis genau mit dem Wunschergebnis übereinstimmt – und zwar nicht einmal, sondern in der Regel immer wieder. Hier kommt nun die Statistik ins Spiel, in erster Linie der Mittelwert und die Standardabweichung. Ohne Messungen und Berechnungen kann die Ergebnisqualität nicht bestimmt werden.

**Das Wunschergebnis.** Wie oben bereits beschrieben muss das Wunschergebnis definiert werden. Dies ist in der Psychotherapie alles andere als einfach. Neben einigen offenen fachlichen Fragen müssen die Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, die nicht unerheblich das mögliche Ergebnis bestimmen.

Es gibt grundsätzlich drei verschiedene Rahmenbedingungen:

- ▶ Ein Patient kommt zu einem Psychotherapeuten, der Patient bezahlt die Behandlung aus eigener Tasche, eine dritte Partei ist nicht involviert.
- ▶ Ein Patient kommt zu einem Psychotherapeuten, der Patient bezahlt die Rechnungen selbst, bekommt diese aber von seiner privaten (oder auch gesetzlichen) Krankenversicherung erstattet.
- ▶ Ein Patient, der gesetzlich versichert ist, kommt zu einem zur GKV-Versorgung zugelassenen Psychotherapeuten, der Patient legt seine Chipkarte vor, die Kosten werden vom Psychotherapeuten über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

Diese drei unterschiedlichen Bedingungen beinhalten verschiedene Möglichkeiten und Grenzen. Das Prinzip »Kundenorientierung« kommt hier zum Tragen.

**Freie Begegnung von Patient und Psychotherapeut.** Dies ist die Art der Begegnung, die am meisten möglich macht und die die geringsten Grenzen hat. Da keine dritten Parteien beteiligt werden, können der Patient und der Psychotherapeut frei aushandeln, was zwischen ihnen geschehen soll. Es gibt keine Begrenzungen in Hinblick auf Ziele, Stundenkontingente, Therapiemethoden, Setting und Honorar. Die Möglichkeiten werden nur durch die Grenzen des Patienten und des Therapeuten eingeschränkt. Hier kann der Therapeut die Wunschergebnisse grundsätzlich frei definieren. Ebenso kann der Patient seine Vorstellung frei formulieren. Beide müssen dann aushandeln, welche konkreten Ziele sie gemeinsam verfolgen wollen. Begrenzt wird diese Freiheit einzig durch Gesetze und Verordnungen, wie beispielsweise die Berufsordnungen und die Pflicht, nach GOÄ/GOP abzurechnen. Das gilt aber für alle Patient-Therapeut-Begegnungen.

**Begegnung von privat versichertem Patient und Psychotherapeut.** Bei dieser Begegnung sind zwar auch ausschließlich der Patient und der Therapeut Vertragspartner, aber der Patient will die Rechnungen von seiner privaten Krankenkasse erstattet haben. Die spezifische Krankenkasse bestimmt die Rahmenbedingungen, unter denen eine Erstattung erfolgen kann oder eben nicht. Es hängt also vom konkreten Vertrag ab, welche Bedingungen zu erfüllen sind, damit die Kostenübernahme erfolgt. Insgesamt wurden die Rahmenbedingungen an das GKV-System angeglichen, insbesondere von den Beihilfestellen. Damit ist ein Gutachterverfahren in der Regel erforderlich, meistens bereits für eine Kurzzeittherapie. Bei den Gutachtern handelt es sich häufig um dieselben Fachleute, die auch die gesetzlichen Versicherungen beraten. Damit gilt auch hier letztlich die »Psychotherapierichtlinie«, die für die gesetzliche Psychotherapie festgelegt wurde.

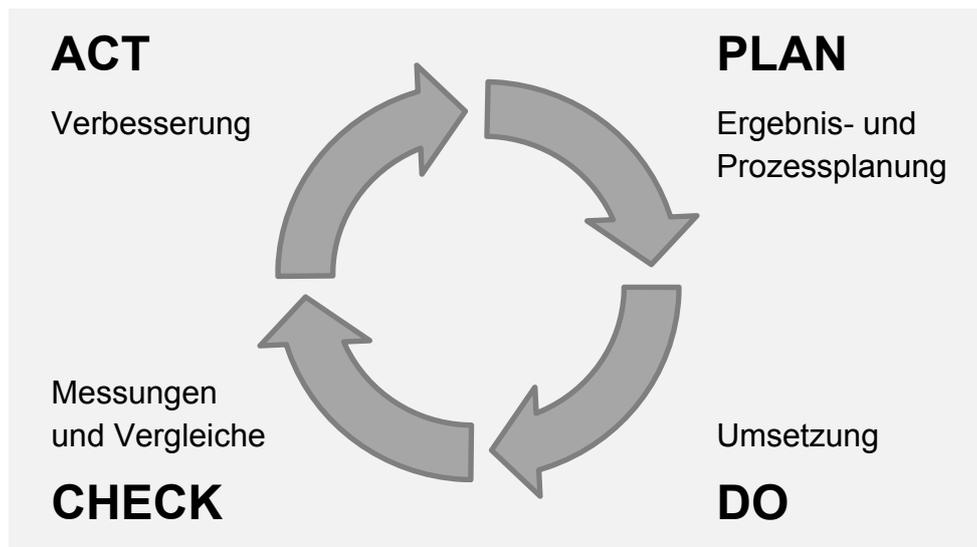
Damit ist die Psychotherapie einerseits methodisch, aber auch in ihrem Umfang begrenzt, was nun in der Zielsetzung berücksichtigt werden muss. Da die Krankenkassen involviert sind, sind deren Interessen bei einer Behandlung immer von Belang. Damit sind sie einerseits Kunden des Behandlers und andererseits Dienstleister für den Patienten und für den Behandler.

**Begegnung von GKV-Patient und KV-zugelassenem Psychotherapeut.** Diese Begegnung ist von vielen Auflagen und Begrenzungen geprägt. Es gelten die gesamten GKV-Regeln uneingeschränkt. Das Gebot der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit kommt zur vollen Anwendung. Zweck der Behandlung ist nicht allein die Gesundheit der Patienten, sondern auch deren Arbeitsfähigkeit und Arbeitswilligkeit, um innerhalb des persönlichen Vermögens für die Solidargemeinschaft Beiträge zu leisten. Es ist sinnvoll, dies dem Patienten transparent zu machen und dementsprechend seine Mitarbeit einzufordern. Dieser Auftrag an die Behandler ist höherrangiger als der Auftrag des Patienten. Viele Leistungsanbieter sind sich dieses Auftrages nicht bewusst oder vernachlässigen diesen. Alle Ärzte und Psychotherapeuten dürfen nicht vergessen, dass sie »Treuhänder« der Gelder der Solidargemeinschaft und der Versicherungsgemeinschaften sind und diese nur in ihrem Sinne einsetzen dürfen. Dies muss im internen QM berücksichtigt werden.

### 2.3.2 Qualitätssicherung

Die Qualität des Endergebnisses wird durch viele Prozesse, die ineinandergreifen, bestimmt. Deshalb müssen die für das Ergebnis relevanten Prozesse gesteuert werden, indem das Prozessergebnis gemessen und immer wieder verbessert wird, bis das Wunschergebnis oder das maximal mögliche Ergebnis erreicht wird. Ist dieser Punkt erreicht, muss diese Qualität gesichert werden, sodass die Ergebnisse dauerhaft wieder erreicht werden. Dazu muss der Prozess weiterhin überprüft werden. Sollte eine Qualitätsverschlechterung eintreten, wird zeitnah eingegriffen und die Ursache dafür behoben. Sollte die Qualität noch zu verbessern sein, werden Maßnahmen ergriffen, um dies zu realisieren. Dies wird »Kontinuierlicher Verbesserungsprozess« (KVP) genannt. Dieser Prozess wird im sogenannten »PDCA-Zyklus« abgebildet (Abb. 2.2).

**PDCA-Zyklus.** Zunächst muss der Prozess geplant werden (»Plan«), dann wird diese Planung praktisch umgesetzt (»Do«) und danach das Ergebnis gemessen (»Check«). Abhängig von der Diskrepanz zwischen dem Wunschergebnis und dem realen Ergebnis werden dann Verbesserungsmöglichkeiten entwickelt (»Act«). Diese werden jetzt wiederum für eine praktische Umsetzung geplant, angewendet und das neue Ergebnis gemessen. Dieser Verbesserungszyklus wird solange wiederholt, bis der Prozess das maximal mögliche Ergebnis herstellt, im Idealfall das Wunschergebnis. An diesem Punkt angelangt, wird dieses Ergebnis nun »gesichert«. Die Ergebnisse sollen im Idealfall jedes Mal genauso erreicht werden. Je häufiger dies gelingt, desto besser die Qualität des Prozesses; am besten bei jeder Wiederholung ohne eine Abweichung. Dies ist aber selten, man kann sich nur dem Ideal annähern. Hier werden die statistischen Berechnungen benötigt: Mittelwerte und Standardabweichung. Je besser die statistischen Kennwerte, desto höherwertiger der Prozess.



**Abbildung 2.2** Der PDCA-Zyklus

**Rahmenbedingungen und KVP.** Wenn die Rahmenbedingungen so beschaffen sind, dass alle notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen, kann die bestmögliche Qualität erreicht werden. Unter begrenzten Ressourcen ist die höchste Qualität häufig nicht zu erreichen. Die Begrenzungen bestimmen die Möglichkeiten. Daher kann es sein, dass bei bestimmten erreichten Ergebnissen keine Verbesserung mehr möglich ist, da die Ressourcen für weitere Verbesserungen eben nicht zur Verfügung stehen. Dann ist dieses Ergebnis die aktuell beste Qualität. Wenn die bisherigen Ressourcen plötzlich geringer werden, muss die Qualität vermindert werden. Das steht den Werten von Menschen, die einer exzellenten Qualität verpflichtet sind, entgegen. Der PDCA-Zyklus wird dann verwendet, die noch zu erreichende Qualität zu erzielen, die unter den nun bestehenden Begrenzungen möglich ist. Im Beamtendeutsch der Finanzbehörden wird das »Verschlimmbesserung« genannt (Beispiel: Ein steuerpflichtiger Bürger muss nach einem Einspruch gegen einen Steuerbescheid nach der Prüfung entgegen seiner Erwartung mehr Steuern bezahlen als zuvor). Das trifft seit Jahren auf das Gesundheitswesen zu: Immer mehr Begrenzungen durch Geldmangel und geldbindende Kontrollen zwingen die Leistungsanbieter die angebotenen Dienstleistungen zu verschlechtern (z. B. immer weniger Zeit für Patienten) und auf Honorar zu verzichten (circa 30 % der erbrachten notwendigen Leistungen werden nicht vergütet). Ein Problem für alle Beteiligten – und auch schwer zu lösen, da niemand bereit ist, etwas grundlegend zu ändern (z. B. grundlegende Veränderung der ungleichen Honorierung der einzelnen Facharztgruppen, ernste Überprüfung aller Angebote auf Zweckmäßigkeit, differenzierte Zuteilung von bestimmten Leistungen an Patienten unter Berücksichtigung der persönlicher Umstände, Begrenzung der Profite der Pharmaindustrie und der Medizintechnik, unabhängige Forschung usw.). Vor diesem Hintergrund bleibt den Praktikern nur übrig, die qualitativen Angebote an die Ressourcen anzupassen. Wie oben betont, haben es die Psychotherapeuten in Deutschland gut: Sie können ihr Honorar weitgehend klar kalkulieren und haben Zeit für ihre Patienten, auch wenn sie sich am untersten Ende der Honorarverteilung befinden.

**Benchmarking.** Gehen wir nun wieder von Idealbedingungen aus. Es besteht die Selbstverpflichtung, exzellente Ergebnisse zu produzieren, und es wird versucht, diese durch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) zu erreichen. Dann werden die Ergebnisse mit den eigenen Vorstellungen verglichen. Es ist nun auch sinnvoll, die eigenen Ergebnisse mit denen anderer Anbieter aus der Branche zu vergleichen. Für Psychotherapeuten sind das die Psychologischen Psychotherapeuten und die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Mit den Ergebnissen, die die Fachgruppe der Psychotherapeuten erreicht, kann sich der Einzelne vergleichen. Hier sind die Mittelwerte, die Abweichungen vom Mittelwert, aber auch die Ergebnisse der Besten wesentlich. Das Prinzip »Benchmarking« setzt hier an: Die Unternehmen vergleichen sich mit den besten ihrer Branche und versuchen durch ihren internen KVP diese Ergebnisse selbst zu erreichen. Je mehr Firmen dies gelingt, desto höher ist die Gesamtqualität der Branche. Dies kann auch im Gesundheitswesen etabliert werden. Alle streben die höchste Qualität an und orientieren sich an den besten Ergebnissen, die Kollegen erreichen. Dies würde die Gesamtqualität des Gesundheitswesens langfristig deutlich erhöhen. Dies gilt gleichermaßen für die Psychotherapie. Dafür sind das Erheben von Daten und die Standardisierung von Behandlungen unabdingbar. Mit »Standardisierung« ist nicht »Manualisierung« gemeint, sondern klar definierte »Behandlungsprinzipien« und »Wenn-Dann-Regeln«. Vergleiche von Ergebnissen sind auch nur sinnvoll möglich, wenn die Daten so aufbereitet werden, dass die behandelten Patienten vergleichbar sind. Das ist eine schwierige aber sicher lösbare Aufgabe für die Versorgungsforschung. In der Wissenschaft wird mittlerweile geforscht, was die besten Therapeuten in ihrer Arbeit von den schlechtesten Therapeuten unterscheidet. Davon können alle lernen. Dafür muss aber die Bereitschaft bestehen, die eigene Arbeit radikal zu hinterfragen. Um dies tun zu können, muss eine entsprechende »Fehler- und Lernkultur« etabliert werden.

**Fehlerkultur.** Fehler macht jeder. Es war beeindruckend, als Thomas Gottschalk bei »Wetten, dass ...?« zu einem Wettteilnehmer sagte, der ihn auf einen Fehler hinwies, dass er »jeden Fehler der Welt machen kann«. Dies stimmt nicht nur für ihn, sondern für alle Menschen. Perfektionismus und ungünstige Selbstwertkonzepte hindern meistens daran, konstruktiv mit Fehlern und Schwächen umzugehen. Menschen werten sich und andere häufig bei Fehlern und Schwächen ab. Um dem virtuellen Selbstwertverlust entgegenzuwirken, wird einfach nicht über Fehler gesprochen, sie werden totgeschwiegen. Es galt lange, dass die »Halbgötter in Weiß« keine Fehler machen. Dem ist natürlich nicht so. Ärzte arbeiten in Grenzbereichen und machen immer auch Fehler. Das ist weder selten, noch grundsätzlich zu vermeiden. Die Fehlerquote kann aber gesenkt werden, wenn man zu Fehlern steht, die grundsätzlich verurteilende Haltung dem »Schuldigen« gegenüber aufgibt und mit den Fehlern konstruktiv umgeht. Aus Fehlern muss gelernt werden, wie diese in Zukunft verhindert werden können. Wenn einer einen Fehler macht, kann denselben Fehler auch ein anderer machen. Deshalb braucht es einen Raum, in dem offen über Fehler gesprochen werden kann, um dafür systematisch Lösungen zu finden, und in dem wertschätzend mit den Menschen umgegangen wird. Dies führt zu einer anderen »Fehlerkultur«, vor allem in Kliniken: weg vom Suchen nach Schuldigen inklusive Verurteilung und Bestrafung derselben hin zum Suchen nach Lösungen, um die gemachten Fehler in Zu-

kunft zu verhindern. Tendenziell nach dem Motto: »Aus Fehlern wird man klug, drum ist einer nicht genug«. Natürlich geht es dabei nicht darum, mehr Fehler zu machen, sondern diese durch Verbesserungen in den Abläufen zu verhindern. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde vor ein paar Jahren von einigen Ärzten gemacht, indem das Internetforum »www.jederfehler-zaehlt.de« gegründet wurde. In diesem Forum berichten Ärzte über eigene Fehler und diskutieren darüber, um voneinander zu lernen. Dies wird zunehmend genutzt. In den Kliniken verändern die Beteiligten nur zögerlich und dadurch langsam ihre alte Haltung, was nicht zuletzt an der traditionellen militärähnlichen ärztlichen Hierarchiestruktur liegt. Die Zeit für solche Reflexionsprozesse ist zudem knapp. Grundvoraussetzung für so eine neue Kultur ist die Veränderung des Umgangs mit sich selbst. Psychotherapeuten und Ärzte müssen aufhören, sich für Fehler und Begrenzungen abzuwerten und nur ihr Tun in Hinblick auf ihre Ziele beurteilen. Wenn alle gnädiger mit sich selbst umgehen, werden sie das auch mit anderen tun. Wenn die eigene Arbeit unbefangen beurteilt wird, können Verbesserungspotenziale entdeckt und die eigenen Fertigkeiten ausgebaut werden. Werden Grenzen entdeckt, können die Ziele an diese Grenzen angepasst werden. Dies fördert den Weg zur persönlichen Exzellenz, und zwar ohne Angst, Ärger und unnötigen Stress.

### 2.3.3 Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist die Gesamtheit der gesteuerten Prozesse in einem Unternehmen. Die Steuerung aller Prozesse muss ebenfalls systematisiert werden, damit dies optimal gelingen kann. Crosby (1979) definiert QM so:

#### Definition

»Qualitätsmanagement ist ein systematischer Weg sicherzustellen, dass Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant sind [...]. Es geht darum, Probleme von Anfang an zu vermeiden, indem man die Einstellung und die Methoden etabliert, die eine Vermeidung möglich machen.«

Zusammengefasst ist der Zweck von Qualitätsmanagement

- ▶ dem Unternehmen zu helfen, seine gesetzten Ziele zu erreichen.
- ▶ dem Unternehmen zu helfen, alle für diese Ziele relevanten Prozesse zu steuern

**Nutzen von QM.** Eine Vielzahl von Vorteilen kann aus der Erfahrung der QM-Nutzer genannt werden. Hier eine Auswahl:

- ▶ Bessere Kontrolle aller Abläufe
- ▶ Wissen, was man kann und wo man steht (auch im Vergleich mit anderen)
- ▶ Bessere Außendarstellung
- ▶ Höhere Mitarbeiterzufriedenheit
- ▶ Höhere Patientenzufriedenheit
- ▶ Höhere Nachfrage
- ▶ Günstigere Patientenauswahl

- ▶ Umsatzsteigerung und Umsatz-sicherung
- ▶ Kostensenkung
- ▶ Gewinnerhöhung
- ▶ Mehr (Frei-)Zeit
- ▶ Höhere Arbeitszufriedenheit
- ▶ Günstigere Verhandlungsposition gegenüber Kostenträgern
- ▶ Schnellere und effektivere Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- ▶ Höhere Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bei sich rasant verändernden Rahmenbedingungen

Um QM wirksam in einem Unternehmen, d. h. auch in einer Praxis, zu etablieren und dann kontinuierlich anzuwenden, wurden komplette QM-Systeme entwickelt. Es vereinfacht die Angelegenheit enorm, wenn man sich an diesen Systemen orientiert bzw. eines komplett übernimmt. Diese Systeme ermöglichen zudem eine externe Überprüfung im sogenannten »Zertifizierungsverfahren«.

**Zertifizierung.** Wurde ein spezifisches QM-System komplett installiert, können externe Begutachter, sogenannte »Visitoren« (QEP<sup>®</sup>, KTQ<sup>®</sup>) oder »Auditoren« (DIN EN ISO), eingeladen werden, die überprüfen, ob und inwieweit das System genutzt wird. Dies hat den Vorteil, dass die Praxis von außen Rückmeldungen bekommt und somit der eigenen Betriebsblindheit entgegenwirkt. Die Rückmeldungen können dann zur weiteren Optimierung genutzt werden. Ist nichts zu beanstanden, hat man eine unabhängige Bestätigung. So eine »Praxisbegehung« kann interkollegial geschehen oder professionell durch eine Firma, die sich darauf spezialisiert hat und eine Erlaubnis hat, ein bestimmtes System zu überprüfen (»Akkreditierung«). Beauftragt der Praxisinhaber eine solche Firma, kann der Praxis bei erfolgreicher Umsetzung ein Zertifikat verliehen werden, auf dem der Erfolg bescheinigt wird. Dieses Zertifikat hat dann in der Regel eine dreijährige Gültigkeit, d. h. drei Jahre lang gilt die Praxis als »qualifiziert«. Dann muss der gesamte Überprüfungsprozess wiederholt werden. Eine Zertifizierung verursacht natürlich Kosten. Die interkollegiale Überprüfung im Rahmen von Qualitätszirkeln oder anderen formalen Treffen ist ausreichend, wenn diese »qualifiziert« erfolgt, also nach den Prinzipien einer echten Visitation. Solange eine Zertifizierung keine Pflicht ist, um praktizieren zu dürfen, kann darauf verzichtet werden. Ein Zertifikat besagt letztlich nur, dass ein spezielles QM-System etabliert und genutzt wird, aber es sagt nichts über die Qualität der Dienstleistung aus.

## 2.4 Rechtliche Grundlagen

### 2.4.1 Vorgaben des SGB V

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen mussten schon lange Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen. Gerade technische Bereiche müssen sich regelmäßig externen Kontrollen stellen, wie zum Beispiel Institute für Labormedizin und Betreiber radiologischer Anlagen. Mit

dem Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz von 2004 wurden nun alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten explizit zur Einführung von Qualitätsmanagement verpflichtet, mit dem Ziel, die Qualität der ambulanten Behandlungen zu erhöhen. Im SGB V steht nun Folgendes: Ärztliche und Psychotherapeutische Leistungen

- ▶ müssen hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§2, Abs. 1).
- ▶ müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12, Abs. 1).
- ▶ Alle vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet; die Leistungen müssen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (§135a).

Der GBA hat die Aufgabe, die entsprechenden Richtlinien zu entwickeln.

## 2.4.2 Die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der GBA hat die QM-Richtlinie 2005 erstmalig veröffentlicht und zuletzt 2014 geändert. Die wesentlichen Kriterien der Richtlinie werden in Abschnitt 2.4.3 in Teil I aufgeführt. »Richtlinie« heißt, dass sich alle niedergelassenen und zur Versorgung zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten daran halten müssen. Hier gibt es grundsätzlich keinen Spielraum. Wer sich nicht daran hält, bekommt Schwierigkeiten mit der KV und verliert letztlich seine Zulassung, wenn er sich total verweigert. Die einzelnen QM-Aspekte der Richtlinie sind das Minimum, was ein internes QM-System erfüllen muss. Die gängigen QM-Systeme gehen darüber hinaus. Es muss aber kein spezifisches System eingeführt werden, sondern jeder kann sein eigenes entwickeln. Es besteht ein genügend großer Entscheidungsspielraum für die Leistungserbringer. Natürlich braucht das Etablieren eines solchen QM-Systems Zeit. Auch hier wurde und wird der Praxisleitung großzügig Zeit gegeben, nämlich insgesamt vier Jahre. Dieser Zeitraum galt ab Inkrafttreten der Richtlinie für alle damals zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Ab 2010 musste jeder Zugelassene nachweislich ein QM-System betreiben. Jeder neu zugelassene Arzt oder Psychotherapeut hat ebenfalls vier Jahre Zeit, sein internes QM aufzubauen und anzuwenden. Dabei werden die folgenden Phasen definiert (§6 der Richtlinie):

- (1) **Planungsphase (2 Jahre):** Der Praxisinhaber beschäftigt sich eingehend mit dem Thema QM und QS und überlegt bzw. lässt sich beraten wie er das Thema praktisch umsetzen will. Er besucht Schulungen und entwickelt ein eigenes QM-System oder wählt ein bestehendes für seine Praxis aus.
- (2) **Umsetzungsphase (2 Jahre):** Der Praxisinhaber baut sein QM-System auf, definiert die Ziele, erfasst seine relevanten Prozesse und die dafür notwendigen Strukturen. Er definiert ebenso die Mess- und Überprüfungsverfahren und erstellt sein internes QM-Handbuch.

- (3) **Überprüfungsphase** (1 Jahr): Die Praxis bewertet ihr QM-System, indem nun Messungen gemacht und Überprüfungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden mit den Zielwerten verglichen und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet im Sinne des »Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses«.

Danach wird das System fortlaufend weiterentwickelt und mindestens einmal jährlich selbst bewertet. Eine »Zertifizierung« wird bis heute glücklicherweise nicht verlangt, aber das kann für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Es wurde oben bereits erläutert, dass ein Zertifikat mangels Aussagekraft keine Optimierung der äußeren Kontrolle darstellt. Es bleibt den Leistungserbringern aber unbenommen, trotzdem einen Zertifizierungsprozess zu durchlaufen (s. auch Abschn. 2.4.4 in Teil I).

Auch ohne Zertifizierungspflicht muss das Einhalten einer Richtlinie überprüft werden. Dazu wurden in den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen sogenannte QM-Kommissionen gebildet, in die QM-erfahrene Ärzte und Psychotherapeuten berufen werden und mit der Kontrolle der Umsetzung der Richtlinie beauftragt werden. Die Kommission schreibt pro Jahr 2,5% aller zugelassenen Praxen an, die per Zufallsprinzip bestimmt werden, und erkundigt sich nach dem Stand der Umsetzung. Die Praxisinhaber nehmen dazu Stellung und legen der Kommission schriftliche Dokumente vor, die darstellen, was getan wird. Wenn diese Dokumente überzeugend sind, wird das akzeptiert und es passiert in der Regel nichts weiter. Die Vorlage eines Zertifikates ist natürlich das Einfachste. Alternativ werden es Dokumente aus dem QM-Handbuch sein. Das Vorlegen von Messergebnissen macht die Überprüfung valider. Inwieweit dies von den Kommissionen gefordert wird, ist dem Autor nicht bekannt. Hier ist aber ganz klar: Niemand muss sich ernsthaft Sorgen machen. Es besteht (noch) die Freiheit, intern zu entscheiden, was getan wird – und das ist auch gut so. »Provoziert« jemand die Kommission oder verweigert er sich total, werden erhebliche Probleme auf den Betroffenen zukommen: Praxisbegehungen, Beratungen der KV, Honorarabschläge und letztlich der Zulassungsentzug. Die Anfragen der Kommission sollten daher nicht ignoriert werden. Diese Anfragen werden aber selten sein, statistisch nur einmal alle 40 Jahre.

### 2.4.3 Die Inhalte der QM-Richtlinie

Die gesamte Richtlinie ist auf der Webseite des GBA einzusehen ([www.gba.de](http://www.gba.de)). Hier werden nur die wesentlichen Elemente komprimiert dargestellt.

**Zweck und Ziele (§1 und §2).** Die Richtlinie dient der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung. Ein internes QM dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Eine systematische Patientenorientierung steht an erster Stelle, aber auch die Arbeitszufriedenheit aller Praxismitarbeiter ist ein zentraler Punkt. Systematisch sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden. Eine wesentliche Bedeutung wird der Messung der Behandlungsergebnisse zugeschrieben. Ebenso sollen die Schnittstellen der Versorgung optimiert werden.

**Grundelemente (§3).** Es werden zwei Bereiche unterschieden und Zielrichtungen definiert:

- (1) Bereich: Patientenversorgung
  - a) Ausrichtung der Behandlung an wissenschaftlichen Erkenntnissen (fachliche Standards, Leitlinien)
  - b) Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Information und Beratung
  - c) Strukturierung von Behandlungsabläufen
- (2) Bereich: Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation
  - a) Regelung von Verantwortlichkeiten
  - b) Mitarbeiterorientierung (Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung etc.)
  - c) Praxismanagement (Terminplanung, Datenschutz, Fluchtplan etc.)
  - d) Hygienemanagement
  - e) Interne und externe Kommunikation und Informationsmanagement
  - f) Inklusiver Risikokommunikation
  - g) Schnittstellenmanagement
  - h) Integration bestehender QS-Maßnahmen

**QM-Instrumente (§4).** Die folgenden spezifischen Vorgehensweisen gehören zu einem internen QM:

- ▶ Festlegung von Qualitätszielen und Anwenden des PDCA-Zyklus inklusive Dokumentation zur Nachvollziehbarkeit durch Dritte
- ▶ Regelmäßige strukturierte Teambesprechungen
- ▶ Beschwerdemanagement
- ▶ Organigramm, Checklisten
- ▶ Risiko- und Fehlermanagement
- ▶ Notfallmanagement
- ▶ Dokumentation der Behandlungen und Beratungen

Wer ein eigenes QM-System aufbauen will, muss darauf achten, dass sein System mindestens diese Kriterien erfüllt. Die etablierten umfassenden QM-Systeme erfüllen alle diese Kriterien. Die in der vorliegenden Systematik dargelegten Ziele und Prozesse tun dies ebenfalls.

#### 2.4.4 QM-Zertifizierungsverfahren

Viele QM-Systeme stellen die Möglichkeit zur Verfügung, eine Überprüfung der Umsetzung in der Praxis durch einen unabhängigen Dritten durchzuführen. Dies soll einerseits die eigenen Bemühungen unterstützen, indem ein erfahrener QM-Experte oder Fachkollege das gesamte System und die Umsetzung überprüft. Dafür werden sogenannten »Auditoren« oder »Visitoren« ausgebildet. Diese werden für Prüfungsstellen tätig, die für die Überprüfung eines spezifischen QM-Systems akkreditiert wurden (z. B. TÜV, DEKRA und viele private Anbieter). Diese Prüfstellen sind unabhängig von den QM-System-Anbietern. Deshalb führen sie in der Regel keine Beratungen durch. Bietet ein QM-System-Anbieter (oder ein Auditor bzw. Visitor) Bera-

tungen und Zertifizierungen an, darf dieser immer nur eines von beiden in einer Praxis durchführen, damit Interessenskonflikte ausgeschlossen sind. Die Praxisleitung beauftragt das Zertifizierungsverfahren bei einer Prüfstelle, füllt einen Fragebogen aus und schickt ihr QM-Handbuch ein. Die Prüfstelle beauftragt wiederum einen Auditor/Visitor, der das Handbuch durchsieht und dann die Praxis nach Terminvereinbarung besucht. Dieser Besuch dauert abhängig von der Größe und Komplexität der Praxis in der Regel zwischen einem halben Tag und zwei Tagen. Der Auditor begeht die Praxis, beobachtet und befragt Leitung und Mitarbeiter, was genau gemacht wird. Er überprüft dabei, inwieweit die eigenen Vorgaben der Praxis, aber vor allem die Vorgaben des Systems realisiert und eingehalten werden. Mit Hilfe einer umfangreichen Checkliste dokumentiert er die Ergebnisse und vergibt dafür Punkte. Wird am Ende die geforderte Mindestpunktzahl erreicht, empfiehlt der Auditor seiner Prüfstelle die Verleihung des Zertifikats. Das Zertifikat beurkundet nun, dass das entsprechende QM-System etabliert wurde und nun »gelebt« wird. Meistens gilt so ein Zertifikat drei Jahre. Dann muss dieser Prozess erneut durchlaufen werden. Zur erreichten Punktzahl erstellt der Auditor einen Qualitätsbericht, in dem er die Stärken und mögliche Verbesserungspotenziale der Praxis darstellt. Dieser Bericht kann dann für die Optimierung genutzt werden. Sollte die Punktzahl noch nicht ausreichen, darf die Praxis innerhalb einer bestimmten Zeit nacharbeiten. Danach erfolgt eine erneute Begehung. Teilweise werden diese Berichte auch im Internet veröffentlicht. Dies ist beispielsweise bei einer KTQ®-Zertifizierung Pflicht. Hierbei stellt sich natürlich die Frage, wie wahrheitsgetreu bei einer Visitation Angaben gemacht werden, vor allem bzgl. der Behandlungsergebnisse. Niemand wird mangelhafte Ergebnisse veröffentlicht sehen wollen. Das würde wahrscheinlich auch mehr Schaden für die Einrichtung bringen als Nutzen.

**Bewertung.** Ein Zertifizierungsverfahren unterstützt die Selbstbewertung. Dafür ist es sinnvoll und nur unter diesen Bedingungen werden alle Mitarbeiter ehrlich sein. Es geht dabei nicht in erster Linie um die Vergabe eines Zertifikats, sondern um externe Unterstützung die Praxis zu verbessern. Um in der Medizin und der Psychotherapie hiervon Nutzen zu haben, sollte der Auditor/Visitor möglichst ein erfahrener Fachkollege sein, der auf Wunsch auch inhaltliche Rückmeldungen geben kann. Dies kann aber auch ein Kollege aus dem eigenen Qualitätszirkel machen. Wenn das auf Gegenseitigkeit beruht, ist es sogar kostenneutral. Auf eine Zertifizierung kann verzichtet werden. Als positive Außendarstellung nützt ein Zertifikat nur wenig, da die meisten Patienten nicht verstehen, was es bedeutet. Ein Zertifikat bedeutet auch nicht, dass tatsächlich gute Arbeit gemacht wird. Die Qualität der eigentlichen Behandlung wird dabei nämlich nicht bewertet.

**Zertifizierung als Vorgabe.** Sobald eine Zertifizierung von offiziellen Stellen gefordert wird, geht es um externe Kontrolle. Das Zertifikat ist dann quasi eine Arbeitserlaubnis. Dies ist in Kliniken zu beobachten, von denen ein Zertifikat de facto mittlerweile eingefordert wird. Die Führung der Klinik, meistens die nichtärztliche Geschäftsführung, verordnet dann QM intern »top-down«. Dies wird zu Recht als Zwang von den Mitarbeitern erlebt. Dementsprechend tun sich viele Klinikmitarbeiter mit dem Thema QM schwer. Damit wird nicht nur eine Chance vertan, sondern die Führung schadet sich selbst, indem sie nach außen etwas anderes vorgibt, als sie nach innen lebt. Nicht selten stellen sich dann alle während einer Visitation systemkon-

form dar, sobald aber der Visitor die Klinik verlassen hat, machen wieder alle das, was sie schon immer gemacht haben. Für alle Beteiligten ist das Vorgehen äußerst ungünstig. Hier empfiehlt es sich zweigleisig zu fahren: Einerseits die Vorgaben irgendwie zu erfüllen und andererseits systematisch sinnvolles QM einzuführen.

## 2.4.5 Weitere Entwicklungen

**Qualitätsindikatoren.** Die KBV hat die Diskussion eingeleitet, dass bei hoher Qualität auch mehr Honorar fließen sollte. Dies wird »Pay for Performance« genannt. Um die Qualität objektiv zu messen, müssen bestimmte »Qualitätsindikatoren« entwickelt werden, die die Qualität abbilden können. Diese Indikatoren befinden sich in der Entwicklung, erste sind bereits im somatischen Bereich definiert und werden erprobt. In der Psychotherapie könnte es darüber viel Streit geben, welche Indikatoren im Psychotherapie-Fachgebiet definiert werden können. Auf der phänomenologischen Ebene der Symptome ist dies möglich, z. B. Verbesserung der Depression oder der Ängste, weniger Rückfälle, weniger Medikamente, weniger AU-Zeiten etc. Sobald diese Indikatoren als Standard definiert werden, müssen sich alle daran halten. Zur Überprüfung werden dann externe Messungen dazukommen, insbesondere wenn daraufhin Geld fließen soll. Das Ganze kann durchaus nützlich sein, wenn es objektiv und lernfreundlich gemacht wird. Es kann aber auch zu erheblichen Schwierigkeiten und fachbereichsinternen Auseinandersetzungen führen. Die notwendige und ergebnisentscheidende Mitarbeit des Patienten wird dabei bisher noch nicht berücksichtigt. Die Idee ist sicherlich gut, die praktikable Umsetzbarkeit kann bezweifelt werden.

**Disease Management Programme (DMP).** Mittlerweile gibt es im somatischen Bereich für einige chronische Erkrankungen standardisierte Programme, die die Versorgung verbessern sollen (Diabetes, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit und Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung). Die Teilnahme ist (noch) freiwillig, wird aber finanziell von den Krankenkassen unterstützt. Dies betrifft aktuell vor allem die Hausärzte bei der Grundversorgung der chronisch Kranken. Diese Programme scheinen erfolgreich zu sein, sodass diese ausgeweitet werden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese langfristig zur Pflicht werden könnten. Im Jahr 2014 wurde eine umfangreiche Vorschlagsliste zur krankheitsspezifischen Ausweitung der DMPs veröffentlicht, bei denen einige Störungen aus dem Psychotherapie-Fachgebiet dabei sind.

## 2.5 Überblick über die gängigen QM-Systeme im Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitswesen haben sich drei Systeme in den Kliniken und Praxen etabliert: DIN EN ISO 9000er Normenreihe und KTQ<sup>®</sup> für Kliniken und Praxen, QEP<sup>®</sup> ausschließlich für Praxen. Im Folgenden werden diese Systeme im Überblick vorgestellt und aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes und Psychologischen Psychotherapeuten bewertet. Darüber hinaus wird EFQM vorgestellt. Wer sich vertieft mit diesen Systemen beschäftigen möchte, findet Hinweise in der Literaturliste.

### 2.5.1 DIN EN ISO 9000er Normenreihe

Die DIN EN ISO 9000 ff. wurde für die Industrie von der International Organization for Standardization (ISO) in den 80er-Jahren entwickelt und definiert Grundlagen und Grundbegriffe des Qualitätsmanagements. Das System wird stetig weiterentwickelt. Der Schwerpunkt wird dabei auf die Struktur- und Prozessqualität gelegt. Dem QM-System werden acht Grundsätze zugrunde gelegt:

- (1) Kundenorientierung
- (2) Verantwortlichkeit der Führung
- (3) Einbeziehung der beteiligten Personen
- (4) Prozessorientierter Ansatz
- (5) Systemorientierter Managementansatz
- (6) Kontinuierliche Verbesserung
- (7) Sachbezogener Entscheidungsfindungsansatz
- (8) Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

Adaptionen für das Gesundheitswesen sind notwendig und wurden von den QM-Beraterfirmen gemacht. Das System wird von vielen Kliniken genutzt. Das Etablieren benötigt aufgrund der Komplexität einen hohen Beratungsaufwand. Am Ende des Prozesses kann eine Zertifizierung erfolgen, die drei Jahre gilt. Es müssen zusätzlich jährliche Re-Zertifizierungen gemacht werden, die jedoch im Umfang im Vergleich zur »großen« Zertifizierung geringer sind. Dadurch ist das System teuer und sehr aufwendig. Eine jährliche Kontrolle ist natürlich nützlich. So haben alle die Verpflichtung, das System auch so anzuwenden, um nicht auffällig zu werden. Offizielle Stellen verlangen für bestimmte Arbeiten eine DIN EN ISO Zertifizierung, damit Unternehmen oder Einzelpersonen diese Arbeiten durchführen dürfen. Diese Stellen sind an umfassender Kontrolle interessiert, sodass sie die jährliche Überprüfung schätzen. Am besten wären dabei unangemeldete Überprüfungen (das wird aber nicht gemacht). Dies ist nicht mehr im Sinne der Selbstverpflichtung und hat mit QM im eigentlichen Sinne nichts mehr zu tun – mit externer Qualitätssicherung aber schon. Diese externe Kontrolle kann durchaus angemessen und sinnvoll sein, beispielsweise wenn man an die Kontrolle unserer Lebensmittel denkt.

Das DIN EN ISO System wurde an die Bedingungen von Praxen angepasst, sodass nun auch Praxen dieses System nutzen können. Die Investitionen beim Einführen und im weiteren Betrieb sind aber auch in der reduzierten Form sehr hoch.

**Bewertung.** Aufgrund der hohen Kosten und des hohen Aufwandes auch im laufenden Betrieb ist das System für Praxen ungeeignet, insbesondere für psychotherapeutische Praxen.

## 2.5.2 KTQ<sup>®</sup>

Die »Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ<sup>®</sup>)« wurde 1997 in Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassenverbände, der deutschen Krankenhausgesellschaft, des deutschen Pflegerats, des Hartmannbundes und der Bundesärztekammer gegründet und ist seit 2002 als GmbH organisiert. Die Gesellschaft bietet ein Zertifizierungsverfahren an, das zunächst für Kliniken entwickelt wurde. Dort ist es dementsprechend weit verbreitet. Der Schwerpunkt wird auf Messungen bestimmter Kennwerte gelegt (Selbst- und Fremdbewertung). Akkreditierte private Anbieter helfen kostenpflichtig beim QM-Aufbau. Eine Zertifizierung kann durchgeführt werden. Das Zertifikat hat eine dreijährige Gültigkeit. Im Internet werden die Qualitätsberichte veröffentlicht und sind damit für alle einsehbar. Adaptionen für Praxen, MVZs und Institute, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransporte wurden entwickelt. Das System basiert auf Selbstbewertung und für den Zweck einer Zertifizierung auf Fremdbewertung. Das KTQ<sup>®</sup>-Verfahren ist kein eigenes QM-System, sondern nur ein Kriterienkatalog. Es setzt somit ein etabliertes QM voraus. Es müssen 55 % der möglichen Punkte aller Kriterien erreicht werden, um ein Zertifikat zu erhalten. Geprüft werden Kriterien aus sechs Kategorien:

- ▶ Patientenorientierung
- ▶ Mitarbeiterorientierung
- ▶ Sicherheit
- ▶ Kommunikations- und Informationswesen
- ▶ Führung
- ▶ Qualitätsmanagement

Von den KTQ<sup>®</sup>-Visitoren wird ein Qualitätsbericht erstellt, der auf der KTQ<sup>®</sup>-eigenen Webseite veröffentlicht wird.

**Bewertung.** Das Bewertungssystem ist für Praxen sinnvoll, jedoch hilft es nicht, ein eigenes QM aufzubauen. Wer ein eigenes System aufgebaut hat und seine Praxis nun zertifizieren lassen will, für den ist KTQ<sup>®</sup> eine Möglichkeit. Die Kosten dafür sind überschaubar. Vergleiche mit anderen Praxen sind durch die Veröffentlichung der Ergebnisse eingeschränkt möglich.

### 2.5.3 QEP®

Das QM-System »Qualität und Entwicklung in Praxen QEP®« wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung speziell für die zur Versorgung zugelassenen Ärzte entwickelt. Dazu wurden die gängigen nationalen und internationalen QM-Systeme gesichtet, inklusive spezifische für das Gesundheitswesen, um daraus ein eigenes System aufzubauen, das auch die Rahmenbedingungen der deutschen Versorgungspraxen beinhaltet. QEP® ist ein umfassendes System, das alle relevanten Aspekte einer Praxis berücksichtigt und sich insgesamt am EFQM-System orientiert. Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen ihre Mitglieder bei der Einführung in die eigene Praxis. Dafür wurden dort spezielle QM-Abteilungen ins Leben gerufen, die diese Unterstützungsstruktur vorhalten. QEP® bietet einen Zielkatalog, in dem relevante »Qualitätsziele« für die Praxis definiert und mit Hilfe von spezifischen »Nachweisen« operationalisiert sind. Die Einführung kann gestuft erfolgen, da der Zielkatalog (Version 2010) sogenannte Kernziele (Anzahl maximal 63) als Basis vorhält. Darüber hinaus können dann weitere Ziele umgesetzt werden. Insgesamt stehen aktuell bis zu 174 Ziele zur Verfügung, die bei Realisierung die Gesamtqualität der Praxis erhöhen. Nicht alle Ziele passen zu allen Fachbereichen und Praxistypen. Es werden immer nur die zum Fachgebiet und zur Praxisstruktur passenden gewählt und umgesetzt. Die Ziele werden erläutert, sodass die Praxisleitung eine Vorstellung bekommt, wie sie diese Ziele realisieren kann. Zudem gibt es ein sogenanntes QEP®-Manual, in dem weitere Umsetzungsvorschläge und ein QM-Musterhandbuch zu finden sind, was die Arbeit weiter erleichtert. Dieses Musterhandbuch ist für die somatisch arbeitende Praxis entworfen. Ein spezielles Manual für Psychotherapeuten als separate Veröffentlichung steht mittlerweile auch zur Verfügung. Eine Zertifizierung ist möglich. Das Zertifikat gilt dann drei Jahre. Es gibt eine Basiszertifizierung, die auf die Kernziele bezogen ist, und eine Exzellenzzertifizierung, die die zusätzlichen Ziele umfasst. Hier spiegelt sich die EFQM-Nähe wieder. Das gesamte System wird regelmäßig überprüft und aktualisiert.

**Bewertung.** Das beste QM-System für niedergelassene Ärzte, da umfassend, relativ kostengünstig und mit einer guten Unterstützungsstruktur. Es werden bedauerlicherweise aber nur Musterdokumente zur Verfügung gestellt, wenn das Vorliegen dieser Dokumente auch vom QEP®-System verlangt wird, was teilweise nicht der Fall ist. Im QM gilt jedoch, dass alle relevanten Prozesse auch schriftlich beschrieben werden müssen. Dies dient der Eigensteuerung und der Darstellung Dritten gegenüber. Daher sollten alle relevanten Prozesse verschriftlich werden. Mit dem Manual für Psychotherapeuten sollen alle Therapieschulen angesprochen werden. Die therapieschulenspezifischen QM-Probleme werden dabei nicht diskutiert, da dies Aufgabe der Fachgruppen ist. Psychotherapeuten, die QM vertieft umsetzen wollen, müssen daher sehr viele, vor allem therapiespezifische Aspekte ergänzen und ausformulieren.

## 2.5.4 EFQM

EFQM ist die Abkürzung für »European Foundation for Quality Management«, die 1988 mit Hilfe der Europäischen Kommission von 14 europäischen Unternehmen gegründet worden ist. Heute sind circa 470 Unternehmen Mitglied. 1991 wurde das EFQM-Modell als Rahmenrichtlinie für den europäischen Qualitätspreis veröffentlicht. In Deutschland ist das Modell die Grundlage für den Ludwig-Erhard-Preis.

Das Modell umfasst drei Säulen:

- ▶ Menschen
- ▶ Prozesse
- ▶ Ergebnisse

Es werden neun Kriterien definiert, die für die Qualität maßgeblich sind. Diesen wird eine prozentuale Gewichtung in der Gesamtbewertung zugeordnet. Es werden die Ressourcen (Voraussetzungen und Befähiger) und die Ergebnisse bewertet:

- (1) Voraussetzungen/Befähiger
  - a) Führung (10 %)
  - b) Strategie (10 %)
  - c) Mitarbeiter (10 %)
  - d) Partnerschaften und Ressourcen (10 %)
  - e) Prozesse, Produkte und Dienstleistungen (10 %)
- (2) Ergebnisse
  - a) Kundenbezogene Ergebnisse (15 %)
  - b) Mitarbeiterbezogene Ergebnisse (10 %)
  - c) Gesellschaftsbezogene Ergebnisse (10 %)
  - d) Schlüsselergebnisse (15 %)

Diese Kriterien werden weiter differenziert und bestimmte Zielrichtungen werden definiert. Bei der Selbstbewertung werden Punkte vergeben, je nachdem inwieweit diese Kriterien realisiert werden. Insgesamt können 1000 Punkte erreicht werden. Die Selbstverpflichtung ist »Exzellenz«, weshalb von den Anwendern die höchste Punktzahl angestrebt wird. Alle Mitarbeiter sind in diesen Prozess eingebunden. Die Führungskräfte müssen sich an Führungsprinzipien halten und werden daraufhin von den Mitarbeitern bewertet. Die Mitarbeiter engagieren sich für ihr Unternehmen. Die Idee ist, dass Kunden, Mitarbeiter, Unternehmensbesitzer und die Gesellschaft davon Vorteile haben – eine vierfache Win-Win-Situation. Dies ist ein hoher Anspruch, der nicht unter Ausbeutungs- und Misstrauensbedingungen stattfinden kann.

Um dieses System in einem Unternehmen einzuführen, müssen Mitarbeiter zu sogenannten EFQM-Assessoren ausgebildet werden, die den Selbstbewertungsprozess zusammen mit allen anderen etablieren. Um am Preiswettbewerb teilzunehmen, muss sich das Unternehmen bei der EFQM bzw. bei seinen nationalen Partnern bewerben und wird dann von Prüfern wiederholt besucht. Das Unternehmen kann sich dann am Ende mit anderen Unternehmen vergleichen. Es wurden Unternehmenskategorien erstellt, die Vergleiche sinnvoll möglich machen:

- ▶ Großunternehmen
- ▶ Mittlere Unternehmen
- ▶ Kleine Unternehmen
- ▶ Organisationseinheiten
- ▶ Öffentlicher Sektor

Es gibt eine spezielle Anpassung an das Gesundheitswesen, sodass sich Kliniken, aber auch Praxen mit Mitarbeitern bewerben können. Eine Zertifizierung wird nicht durchgeführt. Ausführlichere Informationen sind unter [www.dgq.de](http://www.dgq.de) zu finden. Dort können auch EFQM-Broschüren bestellt werden.

**Bewertung.** Ein inspirierendes QM-System, da das »Exzellenz-Prinzip« für alle Beteiligten nützlich ist. Es bedeutet aber einen großen Aufwand für die Führungskräfte und setzt soziale und emotionale Kompetenz voraus. Es lohnt sich, sich mit den Prinzipien auseinanderzusetzen und das eine oder andere zu übernehmen. Für die Praxis muss aber ein deutlicher Adaptionaufwand betrieben werden. Es ist notwendig, dass die Praxisleitung eine Assessoren-Ausbildung macht. Manche Ärztekammern bieten diese Ausbildung an.



# 3 Praktische Umsetzung

## 3.1 Planung und Umsetzungsstrategie

**Grundsatzentscheidung.** Ein QM-System in der eigenen Praxis zu etablieren, ist ein größeres Projekt und braucht deshalb eine angemessene Planung. Zunächst muss die Entscheidung getroffen werden, dass sich die Praxisleitung ernsthaft mit QM und QS auseinandersetzen will. Wenn ja, wird dies zu einem Nutzen für die Praxisleitung persönlich, für ihre Patienten und für die Solidargemeinschaft führen. Im Folgenden wird dieser Weg beschrieben.

**Know-how.** Zunächst muss sich die Praxisleitung mit der Thematik beschäftigen. Dafür ist ein QM-Lehrbuch notwendig, das den Schwerpunkt auf das Gesundheitswesen legt. Damit können die allgemeinen Grundlagen gut erarbeitet und vertieft werden. Es gibt Literatur, die sich speziell mit den QS-Möglichkeiten in der Psychotherapie beschäftigt. Letztere ist für den eigentlichen Psychotherapieprozess interessant, um das allgemeine Outcome zu überprüfen und zu verbessern. Die Literatur reicht in der Regel aus, um sich die theoretischen Inhalte anzueignen. Wer möchte, kann ein QM-Einführungsseminar besuchen. Die regionale KV, aber auch die Ärztekammer und die Berufsverbände bieten dies regelmäßig an. Es gibt allgemein informierende Seminare, die die Strategien und Werkzeuge des QM und QS vorstellen und neutral über die verschiedenen QM-Systeme am Markt berichten. Und es gibt systemspezifische Seminare, die vertiefend in das eigene Programm einführen, zum Beispiel das QEP®-Einführungsseminar. Vereinzelt gibt es zudem QM-Seminare, die sich schwerpunktmäßig mit psychotherapeutischen Fragestellungen beschäftigen (z. B. Fortbildungsveranstaltungen von Ausbildungsinstituten).

**Kooperationen.** Wenn die Praxisleitung über das Grundlagenwissen verfügt, muss sie nun entscheiden, wie sie das Wissen praktisch umsetzen will. Will sie es allein tun oder mit anderen zusammen? Wenn das Projekt mit mehreren Kollegen angegangen wird, kann die Arbeit aufgeteilt und Ergebnisse miteinander besprochen werden. Das kann einfach kollegial in inoffiziellen Treffen erfolgen oder offiziell innerhalb eines »Qualitätszirkels«, der dann zusätzlich Fortbildungspunkte bringt und ggf. von der regionalen KV finanziell unterstützt wird. Es gibt häufig die Möglichkeit, dass ein KV-Mitarbeiter so ein Projekt berät oder sogar begleitet. Die KV-Hessen ist hierfür ein gutes Beispiel. Natürlich stehen auch kostenpflichtige Berater zur Verfügung. Solche Berater bieten teilweise an, das QM-Handbuch für die Praxisleitung als Dienstleistung zu erstellen. Das ist jedoch nicht ratsam. Die meiste Arbeit muss selbst gemacht werden, da es um das eigene Tun geht und die Prozesse selbst gesteuert werden sollen. Ein außenstehender Dritter, der zudem häufig nicht vom Fach ist, kann nicht erfassen, was ein erfahrener Psychotherapeut konkret alles tut. Dies ist ebenfalls eine Schwierigkeit, wenn das Projekt mit anderen zusammen gemacht wird, die nicht direkt beruflich kooperieren, sondern sich nur austauschen. Hier lernen zwar alle voneinander, aber alles muss auf die individuelle Praxis

angepasst werden. Spannend wird es, wenn Kollegen enger kooperieren, und zwar nicht nur strukturell, sondern auch inhaltlich. Dies funktioniert nur, wenn alle Beteiligten dieselben Grundlagenmodelle und Methoden vertreten. Gleiches gilt auch für Praxisleitungen, die Mitarbeiter anstellen und Wert darauf legen, dass diese im Grunde ihre Modelle und Methoden anwenden. Ist kein inhaltlicher Abgleich erwünscht, was meistens der Fall ist, kann nur ein individuelles QM erstellt werden. Dabei kann aber eine gemeinsame Praxisstruktur genutzt werden.

Es gibt unterschiedliche Praxisstrukturen und Kooperationsformen:

- ▶ die klassische Einzelpraxis
- ▶ die weit verbreitete Praxengemeinschaft
- ▶ die Gemeinschaftspraxis
- ▶ das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)

**Einzelpraxis.** Die Einzelpraxis ohne Mitarbeiter ist die typische Praxisform für Psychotherapeuten. Die Praxisleitung ist allein und organisiert sich vollständig selbst. Häufig wird eine Reinigungskraft beschäftigt. Diese ist zwar eine Mitarbeiterin, jedoch hat sie eine so spezifische Aufgabe, dass sie nicht unbedingt als Mitarbeiterin im engeren Sinne gezählt werden muss. In der Fachgruppe sind psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie vertreten, aber auch Ärzte mit dem Zusatztitel »Psychotherapie«. Ärzte dürfen Medikamente verschreiben und körperliche Untersuchungen durchführen. Manche tun dies, andere tun dies teilweise oder überhaupt nicht. Hierin unterscheiden sich die Praxen in ihren Angeboten. Einzelpraxen können auch psychotherapeutische Mitarbeiter beschäftigen. Bei Psychologen können andere approbierte Psychologen und/oder Psychologische Ausbildungsassistenten arbeiten. Ärzte dürfen aufgrund der ärztlichen Berufsordnung nicht angestellt werden, da Ärzte grundsätzlich keine fachlichen Weisungen von Nicht-Ärzten entgegennehmen dürfen. Bei den Ärzten können andere Fachärzte, Weiterbildungsassistenten, approbierte Psychologen und/oder Psychologische Ausbildungsassistenten tätig werden. Manche haben eine Schreib- und Telefonkraft. Andere Helfer werden normalerweise nicht beschäftigt, da für diese keine Arbeit vorhanden ist. In diesen Konstellationen bestimmt die Praxisleitung die Strukturen und Inhalte der Behandlungen. Sie hat zwar aufgrund des Status des freien Berufs kaum inhaltliche Weisungsbefugnis, an die sich ein approbierter Kollege halten muss, sie wird aber die Kollegen so auswählen, dass sie zu ihren Vorgaben passen, sodass die Diskrepanzen gering sein werden. Ein angestellter Arzt oder Psychologe wird sich dann auch entsprechend anpassen. Die Praxisleitung tut gut daran, diese Mitarbeiter in die Entwicklung des QM einzubinden, sodass sich diese damit identifizieren können und genügend Spielraum für jeden gewährleistet ist.

**Praxengemeinschaft.** Eine weitere typische Kooperationsform ist die Gemeinschaft von Einzelpraxen, die sich die Räumlichkeiten und teilweise die Technik vor Ort teilen. Als Praxis bleiben alle selbständig und unabhängig. Der Zweck ist normalerweise die Kostensenkung für die Einzelpraxis. Geschätzt wird auch das menschliche Miteinander. Hier müssen nur die Schnittstellen im Praxis-QM berücksichtigt werden. Die Gemeinschaft kann aber auch inhalt-

lich kooperieren, indem sie sich im Vorgehen abgleicht und das auch so nach außen vertritt. Dann können gemeinsame Messungen gemacht und die Ergebnisse verglichen werden. Die Partner können auch teilweise in Bezug auf bestimmte Angebote kooperieren: Entspannungstraining, Gruppentherapie, gemeinsame Edukations- und Informationsveranstaltungen, gegenseitige Notfallvertretungen, Intervisionen etc. Gerade unter solchen Kooperationsbedingungen ist es für alle eine Bereicherung, ein gemeinsames QM zu etablieren. Wenn außer dem Teilen der Miete und der Mietnebenkosten weitere Kosten für eine gemeinsame Praxisstruktur geteilt werden, bilden die Praxisinhaber zusammen eine »Gesellschaft bürgerlichen Rechts« (GbR). Ein Gesellschaftsvertrag, ein Gesellschaftskonto und eine eigene Veranlagung der GbR beim Finanzamt sind dann notwendig. Jeder Praxisinhaber bleibt aber für sich und seine Patienten allein verantwortlich.

**Gemeinschaftspraxis.** Die Gemeinschaftspraxis ist eine Kooperationsform, bei der sich die Beteiligten auch zu einer Gesellschaft (GbR) zusammenschließen, aber enger zusammenarbeiten. Jeder Gesellschafter behält seine eigene Zulassung, die Gesellschafter treten aber gemeinsam gegenüber den Patienten und der KV auf, sind auch gemeinsam für alle Ergebnisse verantwortlich und alle Einnahmen fließen auf das Gesellschaftskonto. Diese enge Zusammenarbeit, in der jeder für alle anderen Gesellschafter mitverantwortlich ist, macht es notwendig, dass sich alle Beteiligten inhaltlich abgleichen und alle transparent arbeiten. Unterschiede im Vorgehen werden von den anderen Gesellschaftern immer mitverantwortet. Diese Kooperationsform findet sich im Fachgebiet Psychotherapie bei Kollegen, die sich eine Zulassung teilen (»Sharing«). Für Ehepartner und für Familienangehörige, die jeweils eine Zulassung haben, kann es interessant sein, eine solche Gesellschaft zu gründen. Eine so organisierte Berufsausübungsgemeinschaft ist normalerweise an einem Ort, kann aber auch überörtlich organisiert sein. Die Gesellschafter müssen gemeinsam das Praxis-QM entwickeln und umsetzen.

**Mitarbeiter.** Jede Praxis und jede Gemeinschaft kann Mitarbeiter haben. Eine Praxengemeinschaft kann gemeinsam eine Hilfskraft und/oder eine Reinigungskraft anstellen. Fachkräfte können nur von jeder Einzelpraxis beschäftigt werden. Eine Gemeinschaftspraxis stellt immer als Ganzes Mitarbeiter an. Fachkräfte werden aber aufgrund KV-rechtlicher Vorgaben von der KV jeweils einem spezifischen Gesellschafter zugeordnet. Die Fachmitarbeiter sollten immer in die Etablierung bzw. die Fortentwicklung des QMs eingebunden werden, da sie das direkt betrifft. Sie können auch Verantwortung für bestimmte Prozesse übernehmen und sich intensiver mit diesen beschäftigen. Damit wird die Praxisleitung entlastet, behält aber immer das letzte Wort. Gerade wenn Mitarbeiter angestellt werden, hilft ein QM-Handbuch bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter enorm. Sie können sich vieles durchlesen, sodass die Praxisleitung nicht alles erzählen muss, sondern nur die offenen Fragen klärt.

**Medizinische Versorgungszentren (MVZ).** Bisher war erlaubt, dass sich zwei Ärzte mit unterschiedlichen Fachgebieten zu einem MVZ zusammenschließen dürfen. Mit dem neuen »GKV-Versorgungsstärkungsgesetz« können nun auch fachgleiche MVZs gegründet werden. Ein MVZ gibt die Möglichkeit, dass weitere fachgleiche oder fachungleiche Ärzte angestellt werden können, auch in Teilzeit. Auch Psychologen können angestellt werden und dürfen nun ein MVZ betreiben. Ziel war es, die alten Poliklinischen Ambulanzen der DDR wiederzubeleben. Unter

einem Dach werden verschiedene Fachdisziplinen angeboten, die intensiv kooperieren und sich effizient um einen Patienten kümmern können. Dies soll Kosten sparen und jungen Ärzten die Gelegenheit einer Anstellung geben, sodass diese nicht die Vollverantwortung einer eigenen Praxis übernehmen müssen. Den MVZ-Betreibern wird die Möglichkeit der Vergrößerung gegeben, vorausgesetzt das MVZ erwirbt die entsprechenden Zulassungen. Außerdem dürfen sie sich als eine »juristische Person« (Kapitalgesellschaft) organisieren, was mehr wirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten ermöglicht als einfache Gesellschaften bürgerlichen Rechts. Ab 2016 ist es möglich, dass Gemeinschaftspraxen in ein MVZ umfirmieren. Damit können jetzt einerseits Kapitalgesellschaften als Träger etabliert werden und andererseits sind die Grenzen der Vergrößerung aufgehoben. MVZs müssen ein QM aufbauen, das alle Fachbereiche umfasst, sie sind demnach mit einer Klinikorganisation vergleichbar. Die Fachbereiche müssen intern Prozesse definieren und steuern und die Schnittstellen zwischen den Bereichen müssen organisiert werden. Das Einführen und das »Leben« von QM sind in diesem Kontext erheblich aufwendiger, da ein MVZ komplexer als andere Praxistypen ist.

**Therapieschulen.** Die Aufteilung der Psychotherapie in Therapieschulen sollte eigentlich seit mindestens 20 Jahren ad acta liegen, da das inhaltlich nicht mehr gerechtfertigt werden kann (Grawe et al., 1994). Die Identifikation mit einer Therapieschule erschwert sinnvolles QM bzw. verhindert es sogar. QM im Gesundheitswesen orientiert sich immer am Stand der Wissenschaft und verfolgt das Prinzip des »Benchmarkings«, das heißt, alle orientieren sich an den Besten des Faches. Dies kann nur therapieschulenübergreifend funktionieren. Die sogenannte »Verhaltenstherapie« hat es da leicht, da sie traditionell immer neue wirksame Verfahren in ihren Methodenkanon integriert. Insgesamt sind die Prinzipien einer »Allgemeinen Psychotherapie« sensu Grawe die beste Basis für ein sinnvolles QM in der Praxis, da diese die kontinuierliche Verbesserung bereits als Grundlage beinhaltet und anstrebt, immer den »State of the Art« zu realisieren. Das deutsche Gesundheitswesen täte gut daran, diese Schulentrennung durch die bisherige Einzelzulassung aufzuheben, indem nur noch spezifische Methoden überprüft und zugelassen werden. Möglicherweise werden im Zuge der aktuellen Überprüfung der zugelassenen Verfahren und durch die Anpassung der Psychotherapierichtlinie durch den GBA Veränderungen eingeleitet.

**Etablieren des Qualitätsmanagements in der Praxis.** Nun müssen alle relevanten Prozesse erfasst und schriftlich niedergelegt werden. Spezifische QM-Systeme unterstützen dies, indem sie die typischen Prozesse schon identifiziert haben und hierfür Umsetzungsvorschläge machen. Alternativ muss dies alles selbst gemacht werden. In den vorliegenden Musterdokumenten finden sich die relevanten Prozesse einer psychotherapeutischen Praxis wieder und werden exemplarisch beschrieben. Diese müssen nun so verändert werden, dass die eigenen, tatsächlich angewandten Prozesse dargestellt werden. Die Erfassung der Prozesse braucht Zeit und ist eine große, durchaus unerfreuliche Fleißarbeit. Dies wird einmal im Praxisleben gemacht. Danach werden die Dokumente nur noch bei Bedarf angepasst. Für das Etablieren sollte in etwa ein Jahr eingeplant werden. Dann kann dies in Ruhe geschehen. Zunächst sollte sich der Praxisinhaber die Prozesse vornehmen, die einerseits leicht und schnell zu erfassen sind, aber auch andererseits solche, die ihn persönlich interessieren. Das Erstellen der ersten Dokumente wird etwas müh-

sam sein. Wenn die Prinzipien dann immer besser verstanden werden, geht die Arbeit immer schneller von der Hand. Es bietet sich an, entweder regelmäßige bestimmte Zeiteinheiten pro Woche zu reservieren oder ein bis zwei Intensivblöcke zu planen, in denen die Dokumente erstellt werden. Nicht empfehlenswert ist es, lange Pausen zwischen die Arbeitsphasen einzulegen. Erfahrungsgemäß sinkt dann die Energie und man muss sich immer wieder erneut einarbeiten.

**Qualitätsmanagement in Aktion.** Wenn alle Prozesse erfasst wurden, wird das System nun »gelebt«. Während des Erfassens und der Auseinandersetzung mit den einzelnen Prozessen können schon Veränderungen eingeleitet werden. Im weiteren Verlauf werden die Prozesse kontinuierlich überprüft und ggf. verbessert. Dazu müssen die entsprechenden Messungen und Auswertungen durchgeführt werden. Mindestens einmal jährlich sollten alle Prozesse auf den Prüfstand. Es bieten sich die Zeit des Jahreswechsels oder die Jahresmitte an. Sind der Praxisinhaber bzw. alle Mitarbeiter mit dem Prozess und dessen Ergebnissen zufrieden, wird auch nichts verändert. Fallen Verbesserungspotenziale auf, werden für das nächste Jahr oder für einen späteren Zeitraum Veränderungsziele definiert, die dann in diesem Zeitraum realisiert werden. Es folgen regelmäßige Überprüfungen und ggf. Anpassungen im Sinne des »Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses«. Dies geht so weiter, bis der Praxisinhaber die Praxis aufgibt oder weitergibt. Der Nachfolger führt dann im Idealfall das System weiter, oder etabliert sein eigenes.

## 3.2 QM-Handbuch und Musterdokumente

### 3.2.1 Aufbau des QM-Musterhandbuchs

Das vorliegende QM-Musterhandbuch beinhaltet alle relevanten Ziele einer psychotherapeutischen Praxis und die dazugehörigen Prozesse, die in den Musterdokumenten beschrieben werden. Die Kriterien des GBA sind erfüllt, die vorliegenden Praxisziele gehen aber über diese Anforderungen hinaus und vertiefen in die konkrete psychotherapeutische Arbeit hinein. Im Anhang A3 werden die Musterdokumente einer psychologischen Einzelpraxis ohne Mitarbeiter exemplarisch dargestellt, da es sich dabei um den häufigsten Praxistyp handelt. Für den Abschnitt »Mitarbeitermanagement« des Kapitels 3 in Teil II liegen daher keine gedruckten Musterdokumente vor. In den beiliegenden Word-Dateien sind dann alle verbreiteten Praxistypen zu finden. Die kompletten Musterdokumente eines Praxistyps sind dort zusammengestellt. Zudem ist ein Ordnerleersystem vorhanden, in das die eigenen überarbeiteten Dokumente abgelegt werden können.

Die Umsetzungen treffen auf möglichst viele Praxen zu und berücksichtigen gesetzliche Vorgaben. Sie beinhalten außerdem viele Praktiken, die der Autor selbst entwickelt hat, aber auch von Kollegen im Austauschprozess übernommen hat. Alle dargestellten Vorschläge sind in der Praxis des Autors auch so realisiert, sodass diese grundsätzlich seinen Vorstellungen entsprechen. Das heißt aber nicht, dass diese so übernommen werden sollen oder gar müssen, außer es

handelt sich um eine gesetzliche Vorgabe. Alle Darstellungen sind exemplarische Lösungen, mit Hilfe derer gezeigt werden soll, wie so etwas prinzipiell gemacht werden kann. Alles dient so nur zur Anschauung. Es sollen immer die eigenen Prozesse dargestellt werden. Entweder werden diese komplett neu geschrieben oder der vorliegende Text wird modifiziert. Am Ende beschreibt das gesamte QM-Handbuch die Prozesse, die der Praxisinhaber in seiner Praxis realisiert.

**Kapitelaufbau des Musterhandbuchs.** Die Kapitel in Teil II bauen aufeinander auf. Alles läuft auf die in Kapitel 5 beinhaltete Patientenbehandlung hinaus. Alle anderen Kapitel umfassen die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die eine Behandlung überhaupt erst ermöglichen. Bei der eigenen Umsetzung ist es sinnvoll, die Kapitel in dieser Reihenfolge auch zu durchlaufen. Die Inhalte der Kapitel werden im Folgenden erläutert.

**Kapitel 1: Praxisphilosophie.** Im Kapitel 1 werden der Zweck der Praxis und die grundlegenden Werte beschrieben, für die die Praxisleitung steht. In diesem Dienst stehen die gesamte Qualitätspolitik und die Qualitätsentwicklung der Praxis, die ebenfalls hier definiert werden. Spezifische Ziele werden definiert. Der Zweck, die Werte und die Qualitätspolitik sind die Grundlage aller folgenden Kapitel. Die Unterkapitel sind:

- 1.1 Qualitätspolitik und Qualitätsstrategie
- 1.2 Qualitätsmessung und Qualitätsverbesserung

**Kapitel 2: Praxisführung und Praxisorganisation.** Hier werden die gesamte Praxisstruktur (»Hardware«) und die Führungsstrategie dargestellt. Eine Führungsstrategie ist für Praxen mit Mitarbeitern sinnvoll und realisiert die in Kapitel 1 definierten Ziele. Die Unterkapitel umfassen:

- 2.1 Praxisführung und Praxisplanung
- 2.2 Räumliche und materielle Ressourcen
- 2.3 Arbeitsschutz und Hygiene
- 2.4 Finanzen
- 2.5 Elektronische Datenverarbeitung

**Kapitel 3: Mitarbeiter und Fortbildung.** Neben den materiellen Ressourcen sind die Fertigkeiten der Behandler maßgeblich für die Therapien. Diese Fertigkeiten werden erhalten, verbessert und ausgeweitet durch lebenslanges Lernen. Dies betrifft die Praxisleitung und alle Fachmitarbeiter der Praxis. Die Berufsordnungen verpflichten jeden Arzt und Psychologen explizit dazu, obwohl das selbstverständlich ist. Die Unterkapitel sind:

- 3.1 Mitarbeitermanagement
- 3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung

**Kapitel 4: Patientenrechte und Patientenschutz.** Patienten müssen vor Ausbeutung, Fehlbehandlungen und Schädigungen aller Art geschützt werden, weshalb es spezifische Rechte für Patienten gibt, deren Einhaltung für die Leistungserbringer verpflichtend ist. Diese rechtlichen Vorgaben bestimmen den Rahmen, in dem die Patienten behandelt werden dürfen bzw. müssen. Hält ein Behandler diesen Rahmen nicht ein, kann er berufs- und strafrechtlich belangt werden. Die Unterkapitel sind:

- 4.1 Patientenorientierung und Patientenschutz
- 4.2 Dokumentation und Aktenführung

**Kapitel 5: Patientenversorgung.** Das Kapitel 5 umfasst nun die eigentliche psychotherapeutische Arbeit: die Diagnostik und die Behandlung. Zudem wird dargestellt, wie Patienten über die Angebote der Praxis informiert werden, wie sie Kontakt aufnehmen können und wie Termine vergeben werden. Da bei der Behandlung häufig mehrere Behandler involviert sind, wird deren Kooperation beschrieben. Die Unterkapitel sind:

- 5.1 Patientenmanagement
- 5.2 Diagnostik
- 5.3 Behandlung
- 5.4 Versorgungskooperation

Zu den Unterkapiteln gibt es teilweise mehrere Schwerpunktthemen und damit mehrere Dokumente. Diese sind dann in einem weiteren Unterkapitel untergliedert. Häufig gibt es aber nur ein Dokument, das mehrere zusammengehörige Ziele und die entsprechenden Prozesse in einem Dokument darstellt. Damit wird Platz und letztlich Papier gespart.

**Praxisziele.** Für alle typischen Prozesse der Praxis werden nun Ziele formuliert, die bei Erreichung zu einer hohen Qualität führen. Hier gibt es gesetzliche Vorgaben und mehr oder weniger konkretisierte Vorgaben oder Vorschläge des Fachgebiets, z. B. Leitlinien. Die Ziele werden bei den Kommentaren zu den Musterdokumenten vorgestellt und ausführlich begründet. Solange es keine klare Vorgabe gibt, an die sich alle halten müssen, können die Ziele an die eigenen Vorstellungen angepasst werden oder auch unberücksichtigt bleiben.

### 3.2.2 QM-Dokumente

**Dokumentensteuerung.** Aufgrund der großen Menge an Dokumenten, die produziert werden, müssen alle Dokumente des QM-Handbuches »gesteuert« werden. Das heißt, sie müssen eindeutig identifizierbar und vollständig sein, klar den Prozessen zugeordnet werden können und in der EDV oder im Ordner leicht auffindbar sein. Zu diesem Zweck müssen Informationen, die diese Steuerung ermöglichen, auf allen Dokumenten standardmäßig zu finden sein. Dafür muss ein »Dokumentenstandard« definiert werden.

**Dokumentenstandard.** Ein Standarddokument hat immer Informationen in der Kopf- und in der Fußzeile. Die Kopfzeile enthält den Praxisnamen, den Namen des Dokuments, die Kapitelnummer und den Dokumententyp. Damit ist das Dokument eindeutig zuzuordnen.

Praxishandbuch »Praxis Mustermann«	»Name des Dokuments«	Kapitelnummer »X.X.X«
		»Dokumententyp«

Die Fußzeile gibt Informationen über das Erstellungsdatum, die Erstellungsperson, die Versionsnummer, die Seitenzahl, die Seitengesamtzahl des Dokuments und den Dateinamen.

Erstellt am: »Datum«	Version »y.y«	Seite: z von z
Erstellt von: »Name«	Datei: »Dokumentenname.docx«	

Wenn das Vier-Augen-Prinzip angewendet werden soll, kommen zwei Rubriken in der Fußzeile dazu. Dies ist sinnvoll, wenn Mitarbeiter in der Praxis beschäftigt werden oder wenn mit anderen Kollegen enger kooperiert wird.

Erstellt am: »Datum«	Freigegeben am: »Datum«	Version »y.y«	Seite: z von z
Erstellt von: »Name«	Freigegeben von: »Name«	Datei: »Dokumentenname.docx«	

Hier schaut also immer noch eine zweite Person über das Dokument, überprüft dieses und beurteilt es als in Ordnung. Damit wird das Dokument als gültig erklärt, indem es von der zweiten Person »freigegeben« wird. Dies ist ein weiterer Selbstkontrollschritt. Die Versionsnummer wird bei Veränderung des Textes erhöht, sodass immer erkennbar ist, welches Dokument das aktuellste ist. Der Dateiname ist der Name des Dokuments auf der Festplatte. Dieses kann durch Eingabe in der Suchmaske immer schnell gefunden werden.

Natürlich muss sich niemand an diese Vorschläge halten. Da gibt es keine externe Vorgabe. Der Dokumentenstandard und damit die Dokumentensteuerung ist nur eine Empfehlung, aber im QM üblich, da es sinnvoll ist.

Wenn ein Gesamtprozess im Überblick beschrieben wird, wird dieser Dokumententyp in der DIN EN ISO »Verfahrensanleitung« genannt. Das klingt vielen Kollegen zu technisch und befehlend. Im vorliegenden Handbuch werden diese Dokumente in Anlehnung an QEP® »Interne Regelung« genannt. Wenn ein spezifischer Prozess dargestellt wird, nennt das die DIN EN ISO »Arbeitsanleitung«. Daraus wird hier »Arbeitsbeschreibung«. In hierarchischen Kontexten sind die DIN EN ISO Begriffe durchaus sinnvoll, da es sich hier tatsächlich um Anweisungen handelt. Bei freien Berufen, bei denen freie Kooperation der Normalfall ist, passt das nicht.

Es gibt viele Dokumententypen, zum Beispiel:

- ▶ Interne Regelung
- ▶ Arbeitsbeschreibung
- ▶ Flowchart
- ▶ Checkliste
- ▶ Stellenbeschreibung
- ▶ Interne Leitlinie
- ▶ Arbeitsblatt

Die Typenbeschreibung kann letztlich frei gewählt werden. Es ist günstig, gleich am Anfang zu verstehen, um welche Art des Dokuments es sich handelt, vor allem für einen Dritten. Wenn kein geeigneter Typenname gefunden wird, kann das Dokument auch einfach »Dokument« genannt werden. Nur wenn man sich für ein spezielles QM-System entscheidet, muss man sich an bestimmte Dokumentenvorgaben halten, v. a. gilt dies für die DIN EN ISO.

**Aufbau der Dokumente.** Das Dokument »Interne Regelung« (IR) hat immer dieselben Abschnitte, unter denen dann die Beschreibungen der Prozesse oder des Prozesses erfolgt. Am Ende werden noch Dokumente genannt, die bei diesem Prozess relevant sind und dadurch mitgelten. Hierbei wird dann die Interaktion der Prozesse deutlich. Die Struktur ist die folgende:

- ▶ **Ziele** – Hier werden die konkreten Ziele bzw. Zielrichtungen genannt.
- ▶ **Inhalt** – Hier werden die Prozesse und Maßnahmen beschrieben, die diese Ziele realisieren (Operationalisierung).
- ▶ **Mitgeltende Dokumente** – Hier werden weitere Dokumente genannt, die für diesen Prozess relevant sind.

Es gibt weitere sinnvolle Rubriken, die aber für Psychotherapeuten keine oder nur eine untergeordnete Relevanz haben:

- ▶ **Anwendung** – Hier wird genannt, wann bzw. unter welchen Bedingungen dieser Prozess zur Anwendung kommt, zum Beispiel »wenn der Patient anruft« oder »bei einer Konfrontationsbehandlung«. Dies ergibt sich aber in der Regel aus dem Prozess selbst und Fachleute kennen die Bedingungen, sodass darauf verzichtet werden kann.
- ▶ **Verantwortung** – Hier wird definiert, wer für diesen Prozess verantwortlich ist. Dies kann günstig sein, wenn ein Arzt in einer somatischen Großpraxis arbeitet und viel Hilfspersonal beschäftigt, die unterschiedliche Einsatzgebiete besetzen. Hier zeigt sich die entsprechende Person, die den Prozess durchführt, auch prozessverantwortlich und sollte das dazugehörige Dokument selbst erstellen.
- ▶ **Aktualisierung** – Hier stehen die Bedingungen, unter denen das Dokument überprüft und ggf. angepasst wird. Regelmäßig soll dies einmal jährlich stattfinden, ansonsten bei Bedarf. Dies ist immer so, sodass dies nicht explizit genannt werden muss.

Auch hier kann entschieden werden, ob die eine oder andere Rubrik nicht doch sinnvoll ist, vor allem in größeren Kooperationen mit einer Arbeitsteilung.

**Arbeit mit den Musterdokumenten.** Alle Dokumente liegen im docx-Format vor und können bearbeitet werden. Dazu muss das Dokument auf dem PC abgespeichert werden. Die Dateien auf dem Speichermedium sind nicht veränderbar. Für jeden Praxistyp ist ein komplettes Musterhandbuch hinterlegt, sodass nur auf einen Ordner zugegriffen werden muss. So kann jeder sein spezifisches Musterhandbuch auswählen und die Dokumente bearbeiten. Die Dokumente sind immer vollständig. Die Praxisinhaber werden als »Praxisleitung« bezeichnet, womit sowohl weibliche als auch männliche Inhaber gemeint sind. Die Praxisleitung kann auch aus mehreren Personen bestehen. Nun müssen diese Dokumente gelesen und an die eigene Praxis angepasst werden. Dafür muss auch oben links immer der Praxisname und unten links das Datum und der Name des Verfassers eingetragen werden. Sind Mitarbeiter vorhanden, muss auch die Freigabe der zweiten Person inklusive Datum ergänzt werden. Es gibt auch eine leere Ordnerstruktur, die für das eigene Praxishandbuch genutzt werden kann. Die überarbeiteten Dokumente können dann dort abgespeichert werden. Es wird empfohlen, von oben nach unten vorzugehen, da eine hierarchische Logik in der Kapitelstruktur besteht. Zur Unterstützung können die Umsetzungsvorschläge zu den Musterdokumenten im Teil II gelesen werden, die Informationen zu den Zielen und deren Realisierung geben. Es werden auch gesetzliche Vorgaben erwähnt, an die sich alle zu halten haben.

### 3.2.3 Überblick über die Musterdokumente

Die Musterdokumente sind mit ► gekennzeichnet. Die Dokumente, die einen Stern (\*) am Ende haben, betreffen Praxen mit Mitarbeitern. Diese sind nicht ausgedruckt, aber in den Dateien zu finden.

#### Kapitel 1: Praxisphilosophie

##### 1.1 Qualitätspolitik und Qualitätsstrategie

- 1.1.1 Qualitätspolitik & -strategie (IR)
- Leitbild der Praxis (1.1.1)
- 1.1.2 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung (IR)
- QM-Dokumentenvorlage-IR (1.1.2)
- QM-Dokumentenvorlage-leer (1.1.2)
- Qualitätsjahreszielvordruck (1.1.2)
- Projektvordruck (1.1.2)

##### 1.2 Qualitätsmessung und Qualitätsverbesserung

- 1.2.1 Qualitätsdefinition (IR)
- 1.2.2 Messungen & Verbesserungsprozess (IR)
- Messungsablauf (1.2.2)

#### Kapitel 2: Praxisführung und Praxisorganisation

##### 2.1 Praxisführung und Praxisplanung

- 2.1 Praxisführung & -planung (IR)
- Führungsleitlinien MA (2.1) \*
- Organigramm MA (2.1) \*

##### 2.2 Räumliche und materielle Ressourcen

- 2.2 Ressourcen (IR)

##### 2.3 Arbeitsschutz und Hygiene

- 2.3.1 Arbeitssicherheit (IR)
- Alarmplan (2.3.1)
- Sicherheit im Brandfall (2.3.1)
- 2.3.2 Hygiene & Reinigung (IR)

##### 2.4 Finanzen

- 2.4 Finanzen (IR)
- GKV-Abrechnung (2.4)

##### 2.5 Elektronische Datenverarbeitung

- 2.5 EDV (IR)

## **Kapitel 3: Mitarbeiter und Fortbildung**

### **3.1 Mitarbeitermanagement**

- ▶ 3.1.1 Personalplanung & -entwicklung MA (IR) \*
- ▶ MA-Gesprächsprotokoll (3.1.1) \*
- ▶ 3.1.2 Kommunikation MA (IR) \*
- ▶ Kommunikationsregeln (3.1.2) \*
- ▶ MA-Besprechungsprotokoll (3.1.2) \*
- ▶ 3.1.3 Neue Mitarbeiter MA (IR) \*
- ▶ Stellenbeschreibungen (3.1.3) \*
- ▶ MA-Checkliste (3.1.3) \*

### **3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

- ▶ 3.2.1 Fortbildung & Qualifizierung (IR)
- ▶ 3.2.2 Kollegiales Lernen (IR)
- ▶ 3.2.3 Aus- und Weiterbildung MA (IR) \*

## **Kapitel 4: Patientenrechte und Patientenschutz**

### **4.1 Patientenorientierung und Patientenschutz**

- ▶ 4.1.1 Patientenorientierung (IR)
- ▶ 4.1.2 Aufklärung (IR)
- ▶ 4.1.3 Sicherheit, Risiko- & Fehlermanagement (IR)
- ▶ Unerwünschte Ereignisse (4.1.3)
- ▶ 4.1.4 Patienteneigentum (IR)
- ▶ 4.1.5 Beschwerdemanagement (IR)

### **4.2 Dokumentation und Aktenführung**

- ▶ 4.2.1 Patientenakte & Einsichtsrecht (IR)
- ▶ 4.2.2 Datenschutz & Schweigepflicht (IR)
- ▶ Datenschutzerklärung (4.2.2)

## **Kapitel 5: Patientenversorgung**

### **5.1 Patientenmanagement**

- ▶ 5.1.1 Leistungsangebot (IR)
- ▶ 5.1.2 Terminvergabe (IR)
- ▶ 5.1.3 Telefonische Anfragen (IR)
- ▶ 5.1.4 Erreichbarkeit (IR)

### **5.2 Diagnostik**

- ▶ 5.2 Diagnostik (IR)

### **5.3 Behandlung**

- ▶ 5.3.1 Indikation und Therapieplanung (IR)
- ▶ 5.3.2 Verordnungen (IR)
- ▶ 5.3.3 Leistungen (IR)
- ▶ 5.3.4 Notfallmanagement (IR)
- ▶ Vorgehen bei Suizidalität (5.3.4)
- ▶ Management der Zwangseinweisung (5.3.4)
- ▶ Ärztliches Zeugnis (5.3.4)
- ▶ Freiwillige Einweisung (5.3.4)
- ▶ 5.3.5 Behandlungspfade & Leitlinien (IR)
- ▶ KVT-Standardbehandlung (5.3.5)
- ▶ Umgang mit Schwierigkeiten in der Therapie (5.3.5)
- ▶ 5.3.6 Information & Schulung (IR)
- ▶ 5.3.7 Sicherung des Therapieerfolgs (IR)

### **5.4 Versorgungskooperation**

- ▶ 5.4.1 Interne Kommunikation & Kooperation MA (IR) \*
- ▶ 5.4.2 Externe Kommunikation & Kooperation (IR)

## **3.3 Ausblick**

Wenn alle Dokumente erstellt sind, wird das System wie in diesen definiert praktisch in den Alltag umgesetzt. Es wird mit den Messungen begonnen und nach einer gewissen Zeit werden die Ergebnisse ausgewertet. Diese Ergebnisse bestimmen das weitere Vorgehen: Das Vorgehen wird so wie bisher fortgeführt oder es werden Veränderungen eingeleitet. Dies wird mit Hilfe des PDCA-Zyklus wiederholt. Das gesamte System wird einmal jährlich überprüft und dafür jedes Dokument erneut gelesen, um zu sehen, ob Veränderungen eingeleitet werden sollen. Diese können dabei sofort umgesetzt werden, wenn es sich um kleinere Korrekturen handelt. Müssen grundsätzliche Dinge geändert werden, werden daraus »QM-Ziele« und entsprechende »QM-Projekte« definiert und in der folgenden Zeit realisiert.

Wer will, kann nun einen neutralen Dritten über die Praxis schauen lassen, der Rückmeldungen zu den Abläufen gibt. Möglicherweise wird eine Zertifizierung gewünscht und dafür der entsprechende Zertifizierungsprozess durchlaufen. Dazu bietet sich das Verfahren nach KTQ® an. Der Bewertungskatalog kann dort bestellt werden ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)). Alternativ kann auch das Verfahren nach QEP® gewählt werden. Dafür müssen alle Dokumente an den QEP-Zielkatalog angepasst werden, was prinzipiell gut geht, aber mit Arbeit verbunden ist. Danach kann das Zertifizierungsverfahren eingeleitet werden. Die Beschreibung des Zertifizierungsprozesses ist auf der Webseite der KBV veröffentlicht ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)).

Wenn alles nach den eigenen Wünschen läuft und keine großen Verbesserungen mehr umgesetzt werden können, wird die erreichte Qualität gesichert, indem die Prozesse genauso ange-

wendet werden. Nur wenn sich ein Parameter deutlich ändert, werden neue Veränderungen eingeleitet.

Um die eigenen Messergebnisse mit denen anderer Behandler zu vergleichen, bedarf es eines dafür vorgesehenen Zusammenschlusses und einer Institution, die die Daten zusammenführt, aufbereitet und auswertet. Diese gibt es zwar noch nicht, aber das IKVT-Hessen engagiert sich dafür, dass das eingerichtet wird. Wer dazu Informationen benötigt, sei herzlich eingeladen, mit dem IKVT in Kontakt zu treten ([www.ikvt.de](http://www.ikvt.de)).



# Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
BG	Berufsgenossenschaft
DIN	Deutsche Industrienorm
DMP	Disease Management Program
EbM	Evidenz-basierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation of Quality Management
EN	Europäische Norm
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten
IR	Interne Regelung
ISO	International Organization for Standardization
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkasse
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PDCA	Plan-Do-Check-Act (Zyklus)
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherung
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
TQM	Total Quality Management (Umfassendes Qualitätsmanagement)

## **Abkürzungen für die Zusätze der Musterdokumente**

EP	Einzelpraxis
PG	Praxisgemeinschaft
GP	Gemeinschaftspraxis
PP	Psychologische/r Psychotherapeut/in
ÄP	Ärztliche/r Psychotherapeut/in
MA	Mitarbeiter/in
ÄP+	mit Medikation und/oder körperlichen Untersuchungen

# Literaturverzeichnis

- Auch-Dorsch, E., Raidl-Dengler, M. & Hegendörfer, K. (2006). Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bellabarba, J. & Kuch, C. (2009). Qualitätsmanagement jenseits von Checklisten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Born, K. (2014). Psychotherapeutische Diagnostik in der Praxis. Weinheim: Beltz.
- Crosby, P. B. (1979). Quality Is Free: The Art Of Making Quality Certain. New York: McGraw-Hill.
- Diel, F. & Gibis, B. (Hrsg.). (2011). QEP® Qualitätsziel-Katalog: Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Version 2010. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Diel, F. & Gibis, B. (Hrsg.). (2012). QEP® Manual: Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Kernzielversion 2010. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Diel, F. & Gibis, B. (Hrsg.). (2015). QEP® Manual für Psychotherapeuten. Kernzielversion 2010. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. Zugriff am 24.05.2015. Verfügbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie. Zugriff am 24.05.2015. Verfügbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (2000). Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Knopp, E. & Knopp, J. (2010). Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Stuttgart: Thieme.
- KTQ® (Hrsg.). (2004). KTQ-Manual inkl. KTQ-Katalog Version 2.0 für den niedergelassenen Bereich. Bonn-Buschdorf: Köllen.
- Laireiter, A.-R. (2000). Diagnostik in der Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (1999). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT.

- Linden, M. & Strauß, B. (Hrsg.). (2013). Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Nentwig, W. M. & Pfisterer, C. (2013). Die auslegepflichtigen Praxisvorschriften. Mainz: Kirchheim.
- Nüller, H. & Noppeney, T. (2007). Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Piechotta, B. (2008). PsyQM – Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Heidelberg: Springer.
- Rüger, U., Dahm, A., Dieckmann, M. & Neher, M. (Hrsg.). (2014). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapierichtlinie. München: Urban & Fischer.
- Schulte, D., Hahlweg, K., Margraf, J. & Vaitl, D. (Hrsg.). Reihe: Fortschritte der Psychotherapie. Diverse Titel. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U. & Freyberger, H.J. (2001). Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.