

1. Wie steht es um die Pflicht zum praxisinternen Qualitätsmanagement?

Das Sozialgesetzbuch V bestimmte, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien erlässt, die Art und Umfang eines praxisinternen Qualitätsmanagements (QM) vorgeben. Diese Richtlinien sind der Maßstab, mit dem sich alle auf dem Markt befindlichen Qualitätsmanagementsysteme für ärztliche und psychotherapeutische Praxen messen lassen müssen. Der Zwanzigzeilentext führt eine Liste von Grundelementen und Instrumenten eines QM auf, der nicht erwarten lässt, dass in jedem Fall ein sehr umfangreiches QM-System resultieren muss, wenn alle Vorgaben erfüllt sein sollen.

In der Psychotherapie wird seit mehreren Jahren das praxisinterne Qualitätsmanagement untersucht, beschrieben und diskutiert (Härter et al. 1999, Herzog et al. 2000, Härter et al. 2003, Sulz 2005, 2006, Auch-Dorsch et al. 2006). Es sind inzwischen mehrere QM-Systeme auf dem Markt. Das QEP, das von der Kassenärztlichen Vereinigung entwickelt wurde, ist am beeindruckendsten in Inhalt und Ausführung. Das Problem ist, dass je besser ein QM-System ist, umso zeitaufwändiger wird es. Wer also ein QM-System entwickelt, das bestmöglich ist, kommt nicht darum herum, sich auch auf für alle Zukunft – jeden Arbeitstag und jede Arbeitswoche – mit erhöhtem Zeitaufwand für diese einmalige Aufbauleistung zu bestrafen – so wie ein großer, mit viel Liebe und Einfallsreichtum angelegter Garten sehr viel Zeit für die Pflege kostet.

Ein zweites Kriterium ist die Bereichsspezifität eines QM-Systems. Wenn dieses von Beginn an psychotherapiespezifisch entwickelt wurde, läuft man weniger Gefahr, für fachfremde allgemeine Praxisprozesse zu viel Zeit und Energie zu verlieren. So wie DIN ISO 9000 für jeden Wirtschaftszweig ein internes QM definiert, wurde auch in der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Vorgabe für alle fachärztlichen Bereiche und für alle Arten von Krankenhäusern gegeben. Dies erfordert einerseits Selektion derjenigen QM-Grundelemente und QM-Instrumente, die für die psychotherapeutische Praxis relevant sind und andererseits eine von der ambulanten Psychotherapie herkommende Ausgestaltung, so dass deren Strukturen und Prozesse wirklichkeitsgetreu abgebildet werden können.

Was kann der Inhaber einer psychotherapeutischen Praxis tun?

Er kann sich selbst ein QM-System erarbeiten und der KV als Prüforgang auf Verlangen vorlegen, so dass diese entscheiden kann, ob es ausreichend ist. Oder er kann auf eines der angebotenen QM-Systeme zurückgreifen. Dabei wird er am ehesten auf QEP stoßen, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Informationsschriften und durch QEP-Seminare eine groß angelegte Kampagne begonnen haben. Hier soll nun ein fachbereichs- also psychotherapiespezifisches QM-System als weitere Alternative vorgestellt werden, das versucht, den für die Dokumentation benötigten Zeitaufwand zu minimieren.

2. Was ist die gesetzliche Grundlage des praxisinternen Qualitätsmanagements?

Gehen wir von der gesetzlichen Ausgangslage aus. Das Sozialgesetzbuch V gibt folgendes vor:

§ 135 a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

- (1) Die **Leistungserbringer** sind zur **Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität** der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und **einrichtungstern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln**. (Obige und nachfolgende Hervorhebungen vom Autor)

Dadurch ist festgelegt, dass psychotherapeutische Praxisinhaber sich sowohl an praxisübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen wie dem Gutachterverfahren oder dessen Nachfolgern beteiligen müssen, als auch ein praxisinternes QM aufbauen müssen.

§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** haben **Maßnahmen zur Förderung der Qualität** der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.
- (2) Die **Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität** der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall **durch Stichproben**. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** entwickelt in **Richtlinien** nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und **Verfahren der Stichprobenprüfungen** nach Satz 1.

Durch diesen Paragraphen werden die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt, Maßnahmen zur Qualitätsförderung der psychotherapeutischen Kassenpraxen durchzuführen. Ihnen obliegt auch die Pflicht, die Qualität der Praxen zu prüfen.

§ 136 a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch **Richtlinien** nach § 92 die **verpflichtenden Maßnahmen** der Qualitätssicherung nach § 135 a Abs. 2 sowie die **grundsätzlichen Anforderungen** an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und **Kriterien** für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, QM-Richtlinien für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich zu entwickeln, die QM-Kriterien verbindlich festlegen. Dabei wird besonders betont, dass der Schwerpunkt der Kriterien sich auf die „indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen“ beziehen soll. Dies legt nahe, dass fachfremde Rahmenbedingungen und -prozesse nur einen kleinen Teil des praxisinternen QM ausmachen, auch wenn sie mit vielen Punkten in den QM-Grundelementen und QM-Instrumenten einen zahlenmäßig großen Raum einnehmen.

3. Was schreiben die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vor?

Das Sozialgesetzbuch V gibt vor, dass QM gemacht werden muss und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmen, wie QM gemacht werden muss. Die Ziele eines praxisinternen QM werden in § 2 der Richtlinien genannt (Hervorhebungen vom Autor):

- 1 Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der **kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität** der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung.
- 2 Dies erfordert bei allen Aktivitäten eine **systematische Patientenorientierung**.
- 3 Qualitätsmanagement soll die **Arbeitszufriedenheit** der Praxisleitung und -mitarbeiter erhöhen; Qualitätsmanagement ist Aufgabe aller Praxismitarbeiter und ist von der Praxisleitung in eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxispolitik und -kultur einzubetten.
- 4 Durch die Identifikation relevanter Abläufe, deren systematische Darlegung und dadurch hergestellte Transparenz sollen **Risiken erkannt und Probleme vermieden** werden.
- 5 Wesentliche Bedeutung kommt dabei der **Objektivierung und Messung von Ergebnissen** der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu.
- 6 Qualitätsmanagement zielt darauf ab, **alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen**.
- 7 Dies setzt eine **strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung** voraus.

Besondere Erwähnung finden demnach die systematische Patientenorientierung, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, die Einbeziehung aller an der therapeutischen Versorgung Beteiligten und die strukturierte Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen. Nur zwei der sieben Ziele beziehen sich auf die fachimmanente Arbeit durch die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung von deren Qualität. Dies soll durch Objektivierung und Messung von Therapieergebnissen erreicht werden.

Diese QM-Ziele will der gemeinsame Bundesausschuss durch folgende Grundelemente (§ 3) erreicht sehen:

A. im Bereich „Patientenversorgung“

- 1 Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse,
- 2 Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung,
- 3 Strukturierung von Behandlungsabläufen.

B. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

- 1 Regelung von Verantwortlichkeiten,
- 2 Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung),
- 3 Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan),
- 4 Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement,
- 5 Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung,
- 6 Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.

Geforderte Grundelemente des praxisinternen QM müssen demnach sein: Bei der Patientenversorgung Orientierung am Patienten und an Standards und Leitlinien sowie Strukturierung der Therapie. Bei der Praxisführung sind es die Regelung von Verantwortung, die Mitarbeiterorientierung, effizientes Praxismanagement, Kommunikationsgestaltung, die Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen und die Integration bestehender Qualitätssicherung.

Um hinsichtlich dieser Grundelemente Qualität zu sichern, sollen folgende Instrumente eingesetzt werden (§ 4, Hervorhebungen durch den Autor):

- 1 Festlegung von konkreten **Qualitätszielen** für die einzelne Praxis, Ergreifen von **Umsetzungsmaßnahmen**, systematische **Überprüfung** der Zielerreichung und erforderlichenfalls **Anpassung** der Maßnahmen,
- 2 regelmäßige, strukturierte **Teambesprechungen**,
- 3 Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,
- 4 **Patientenbefragungen**, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten,
- 5 **Beschwerdemanagement**,
- 6 **Organigramm**, Checklisten,
- 7 **Erkennen und Nutzen von Fehlern** und Beinahefehlern zur Einleitung von **Verbesserungsprozessen**,
- 8 Notfallmanagement,
- 9 **Dokumentation** der Behandlungsverläufe und der Beratung,
- 10 qualitätsbezogene **Dokumentation**, insbesondere
 - **Dokumentation** der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen,
 - **Dokumentation** der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen.

Damit ist das geforderte praxisinterne Qualitätsmanagementsystem vollständig. In Einzelpraxen fällt einiges weg oder ist trivial einfach. Manches muss nur ein einziges Mal bei der Etablierung des QM vorgenommen werden. Und einige Aspekte kosten nur noch wenig Zeit, wenn sie Routine geworden sind. Es ist schon erkennbar, dass es eine zweifache Belastung für die Praxis gibt, zum Einen der Aufwand der praxisspezifischen Etablierung des QM und zum Anderen der fortlaufende Dokumentationsaufwand. Um ersteres zu erleichtern, kann man sich gegen ein Honorar einen professionellen Anbieter holen. Bis alles eingerichtet ist, entstehen allerdings doch mehr Kosten als in den Angeboten angegeben wird. Es sei denn man hat sich schon so gut eingedacht und eingearbeitet, dass man die Anpassung an die eigene Praxis selbst leisten kann. Den Aufwand der laufenden Dokumentation kann kein Verkäufer eines QM-Systems zuverlässig vorhersagen. Darauf sollte aber am meisten Aufmerksamkeit gelenkt werden. Ob täglich eine Stunde oder eine halbe Stunde oder gar weniger benötigt wird, ist eines der wichtigsten Entscheidungskriterien. Die Richtlinien legen fest, dass die Etablierung eines internen QM 2006 und 2007 begonnen, 2008 und 2009 umgesetzt (durchgeführt) werden soll. Im Jahr 2010 wird diese Umsetzung überprüft. Ab 2011 soll das interne QM vom Praxisinhaber auf Dauer weitergeführt und weiterentwickelt werden. Bis Ende 2010 bleiben Verstöße frei von Sanktionen und haben lediglich die Beratung durch eine QM-Kommission der KV zur Folge. Von da an muss mit finanziellen Einbußen gerechnet werden, im Extremfall mit dem Verlust der Kassenzulassung. Die QM-Kommissionen begannen mit ihrer Arbeit Anfang 2007. Weiter ist wichtig, dass kein bestimmtes QM-System vorgeschrieben wird (weder QEP noch DIN ISO 9001 noch VDS QM). Jeder Praxisinhaber hat das Recht sein eigenes QM-System zu entwickeln. Eine Zertifizierung, die meist mit erheblichen Kosten verbunden ist, muss nicht erfolgen.

4. Gibt es ein genuin psychotherapiespezifisches Qualitätsmanagement?

Hier soll ein psychotherapiespezifisches Qualitätsmanagementsystem beschrieben werden, das in einer Vorversion bereits von Sulz (2006) beschrieben wurde und von einer Studiengruppe des Autors mehrfach evaluiert wurde. So berichten über Untersuchungen zur externen Qualitätssicherung durch das Gutachterverfahren Sulz (1990), Sulz et al. (2003b) sowie Sulz und Peterander (2004). Über die empirischen Studien zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS berichten Sulz (1998), Sulz et al. (1998), Sulz und Theßen (1999), Sulz und Müller (2000), Sulz et al. (2002), Sulz und Sauer (2003) und Sulz und Grethe (2005). Zum internen Qualitätsmanagement liegen bisher Berichte vor von Sulz (2001), Sulz et al. (2003a) und Sulz (2005). In der jetzigen Version wird es um die Kriterien der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergänzt bzw. in seinem Aufbau völlig nach diesen ausgerichtet. Es wurde in Form von Qualitätsmanagement-Dokumenten erstellt, die auf diese Weise jedes Grundelement und jedes Instrument praxisspezifisch definieren und beschreiben. Tabelle 1 gibt einen Überblick.

**Tabelle 1: Umsetzung von Maßnahmen zur praxisinternen Qualitätssicherung
(Anlage 2 zu 4.1.2.1. Checkliste Umsetzung von QM-Maßnahmen)**

3	Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 3 G-BA Richtlinie	Umsetzung der Maßnahmen des internen QM
	sind	
3.1	im Bereich - Patientenversorgung	
3.1.1	- Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien	
3.1.1.1	Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse	- Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden von wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgehend ein- und durchgeführt. Als diagnostisches Grundinventar gelten die ICD-10, DSM IV, die in der Testzentrale des Hogrefe-Verlags veröffentlichten Verfahren, das Verhaltensdiagnostiksystem VDS und weitere wissenschaftliche Messverfahren. Als therapeutisches Grundinventar gelten verhaltenstherapeutische / psychodynamische Therapiemethoden, sowie innerhalb deren Gesamtbehandlungsstrategie eingesetzte weitere in wissenschaftlichen Publikationen dargelegten Verfahren.
3.1.2	- Patientenorientierung - Patientensicherheit - Patientenmitwirkung - Patienteninformation und -beratung	
3.1.2.1	Patientenorientierung	- Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in ihrem Umgang mit dem Patienten supervidiert, erhalten Feedback und werden gegebenenfalls geschult, ihr Verhalten patientenorientiert zu gestalten. D. h. aus einer Dienstleistungsperspektive heraus den Patienten mit seinem Anliegen wahrzunehmen, auf ihn einzugehen, ihn zu informieren, zu führen. Dabei wird auf sein Alter, seinen kulturellen Hintergrund, seinen Gesundheitszustand, seine Aufnahmefähigkeit, seine Möglichkeit zur Selbsthilfe, seine Bereitschaft zur Mitarbeit und seine ausgesprochenen Wünsche eingegangen.
3.1.2.2	Patientensicherheit	- Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in ihrem Umgang mit dem Patienten unterrichtet und supervidiert, um täglich die Zugänge und die Räumlichkeiten nach Sicherheitsrisiken (herumliegende Gegenstände, Kabel, rutschiger Boden, Stolperstellen) kurz abzusuchen. - Therapeutische Mitarbeiter haben die Aufgabe, sich bei Patienten in jedem Kontakt einen Eindruck über mögliche Sicherheitsbedürfnisse zu verschaffen und die notwendigen Vorkehrungen zu treffen. - Alle Mitarbeiter haben die Aufgabe, gebrechliche Patienten, Kinder, psychotische Patienten und Krisen-Patienten im Auge zu behalten, im Kontakt mit ihnen zu bleiben und ihnen überall zu helfen, wo sie nicht in der Lage sind, sich sicher zu bewegen oder sie von Verhaltensweisen abzuhalten, die sie gefährden.
3.1.2.3	Patientenmitwirkung	- Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in ihrem Umgang mit dem Patienten unterrichtet und supervidiert, um bei jedem Schritt eine Maßnahme kooperativ mit dem Patienten durchzuführen, d. h. diesen mitwirken zu lassen.

		<ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Mitarbeiter haben die Aufgabe, bereits bei der gemeinsamen Formulierung des individuellen Therapievertrags Art und Ausmaß der Patientenmitwirkung einzubeziehen und mit dem Patienten diesbezüglich zu einer Übereinstimmung zu kommen, so dass beide Seiten den Therapievertrag unterschreiben können. - Therapeutische Mitarbeiter haben die Aufgabe, zu jeder Zeit Patientenmitwirkung herzustellen und aufrecht zu erhalten, sowohl innerhalb der Therapiesitzungen als auch im Therapieprozess insgesamt. - Alle Mitarbeiter haben die Aufgabe, den Patienten in alle Maßnahmen aktiv einzubeziehen, bei denen es wichtig ist, durch Mitwirkung des Patienten diesen zu einem kompetenten Patienten zu machen Definition kompetenter Patient: <ul style="list-style-type: none"> - ist sehr gut über seine Krankheit informiert, - kennt die Ursachen seiner Krankheit im allgemeinen, - weiß, was zur Aufrechterhaltung der Krankheit führt, - weiß wie er zur Genesung beitragen kann und muss, - weiß, was er diesbezüglich noch nicht kann und deshalb noch lernen oder aufbauen muss, - weiß, was er selbst nicht erledigen kann und wobei er sich fachliche Hilfe besorgen muss, - weiß wie die Therapie durch seine Mitwirkung effektiver werden kann, hat die hierzu erforderliche Motivation.
3.1.2.4	Patienteninformation und -beratung	<ul style="list-style-type: none"> - Jeder Patient erhält beim Erstkontakt ein allgemeines Informationsblatt mit Informationen über psychische und psychosomatische Erkrankungen, über Psychotherapie, über die Kombination von Psychotherapie mit anderen Behandlungsverfahren, über unsere Einrichtung und über die therapeutischen Möglichkeiten in unserer Einrichtung. - Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in ihrem Umgang mit dem Patienten unterrichtet und supervidiert, um die bei verschiedenen Abschnitten der Diagnostik und Behandlung notwendigen Informationen zu geben und dem Patienten beratend zur Seite zu stehen. - Therapeutische Mitarbeiter haben die Aufgabe, den Patienten zunächst allgemein über seine Krankheit aufzuklären. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Information, die aufzeigt, wie folgenschwer und bestimmend die Erkrankung für sein weiteres Leben ist, nur sehr behutsam vermittelt wird. - Therapeutische Mitarbeiter haben die Aufgabe, den Patienten über die Möglichkeiten der Behandlung seiner Krankheit aufzuklären. Dabei ist darauf zu achten, dass diese objektiv und unter Bezug zu den aktuellen und gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen dargestellt werden. Und dass der Patient diese Information so weit versteht, dass er zu einer Entscheidung für eine Therapie befähigt ist. - Alle Mitarbeiter haben die Aufgabe, den Patienten bei seinen Überlegungen beratend zu begleiten. Bei dieser Beratung hat das Wohl und Interesse des Patienten völlig im Vordergrund zu stehen. Überzeugungen und Wünsche des Therapeuten oder Interessen der Einrichtung dürfen nicht einfließen. - Therapeutische Mitarbeiter haben die Aufgabe, den Patienten vor dem erstmaligen Anwenden einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme aufzuklären und sich schriftlich die Bestätigung des Patienten einzuholen, dass er die Aufklärung ganz verstanden hat, seine Fragen beantwortet wurden und im Falle seiner Einwilligung zu der Maßnahme diese schriftlich festzuhalten (Formblatt Bestätigung Aufklärung und Einwilligungserklärung, siehe Anlage).

3.1.3	- Strukturierung von Behandlungsabläufen	
3.1.3.1	Strukturierung von Behandlungsabläufen	<ul style="list-style-type: none"> - Es erfolgen Schulungen, in denen Unterweisung und Einübung in die Strukturierung von Behandlungsabläufen anhand laufender Therapien erfolgt. - Es erfolgt bei jeder Behandlung eine Strukturierung gemäß QM-Verfahrensanweisung VA9.1.1 (Seite 69-72 im QM-Handbuch). - Es erfolgen regelmäßige Prüfungen der Strukturierung.
3.2	in den Bereichen - Praxisführung - Mitarbeiter - Organisation/Praxismanagement - Kommunikation u. Info-Management - Schnittstellenmanagement - Integration bestehender QM-Maßnahmen	
3.2.1	- Praxisführung	
3.2.1.1	Regelung von Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Für jeden in der Richtlinie des G-BA genannten QM-Bereich wird eine Verfahrensanweisung erstellt, in der Verantwortung und Befugnisse bestimmt werden. - Es wird eine „Checkliste Verantwortlichkeiten und Befugnisse“ zur Auslage an jedem Arbeitsplatz angefertigt und laufend aktualisiert (bei personellen Veränderungen, bei Etablierung neuer Aufgaben, sonst halbjährlich).
3.2.2	- Mitarbeiter	
3.2.2.1	Arbeitsschutz	<ul style="list-style-type: none"> - Für jeden Arbeitsplatz werden Maßnahmen zum Arbeitsschutz definiert und vorgeschrieben. - Jeder Mitarbeiter wird in die Durchführung von Maßnahmen zum Arbeitsschutz eingeführt (Information und Schulung). - Jährlich werden diese Schulungen wiederholt.
3.2.2.2	Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Es wird ein Fortbildungskalender für jeweils ein halbes Jahr im voraus erstellt. In ihm werden Themen, Referenten und Teilnehmerkreis festgelegt. Einmal jährlich kann ein Mitarbeiter zu einer externen Fortbildungsmaßnahme gehen. Er erhält dafür zwei Tage Fortbildungsurlaub, wenn es sich um eine Fortbildung bezüglich seines Tätigkeitsbereichs handelt. - Interne Fortbildungsmaßnahmen und Schulungen finden einmal monatlich statt.
3.2.3	- Organisation/Praxismanagement	
3.2.3.1	Terminplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Je Therapeut wird ein Terminkalender geführt. - Nach Absprache mit der Praxis-/Ambulanzleitung gibt der Therapeut je Wochentag bestimmte Stunden zur Vergabe an neue Patienten frei. - Die Termine von Patienten, die in laufender Therapie sind, vergibt der Therapeut selbst. - Die Empfangssekretärin /-assistentin vom Dienst nimmt in den telefonischen Sprechzeiten Anrufe von Patienten entgegen, die ein Erstgespräch wegen des Beginns einer Psychotherapie vereinbaren wollen und trägt die Patienten in die Terminkalender ein. - Therapiepatienten müssen selbst während der Telefonzeit ihres Therapeuten einen Termin absagen oder verschieben. - Erstgesprächspatienten werden gebeten, 30 Minuten früher zu kommen, weil einige Daten zuvor erhoben werden müssen und sie auch noch die Informationsbroschüre durchlesen sollten.

3.2.3.2	Datenschutz	<ul style="list-style-type: none"> - Prinzipiell sind alle einrichtungsinternen Daten geschützt, d. h. sie dürfen nicht nach außen gegeben werden, weder mündlich, noch schriftlich, noch elektronisch. - Insbesondere dürfen keine Patientendaten nach außen gegeben werden, es darf nicht einmal mitgeteilt werden, dass ein Patient bei uns in Behandlung ist oder war. - Nur wenn der Patient uns schriftlich von der Schweigepflicht entbindet, darf genau die Person oder genau die Institution genau die Daten einmalig und nur jetzt erhalten, die vom Patienten in seiner Schweigepflichtsentbindung angegebe wurden. Es werden vom Patienten keine allgemeinen vorsorglichen Schweigepflichtsentbindungen eingeholt. - Patientendaten werden im Karteischrank verschlossen und dürfen nicht auf Schreibtischen liegen bleiben. - Patientengespräche erfolgen hinter verschlossenen Türen, so dass andere (wartende) Patienten nichts hören können. - Patientenakten werden nach zehn Jahren mit dem Aktenvernichter unlesbar zerkleinert. - PCs mit Patientendaten können nur mit Passwort benutzt werden. - Festplatten von nicht mehr verwendeten Praxis-PCs werden von einer Spezialfirma gelöscht.
3.2.3.3	Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> - Im Büro- und im Psychotherapiebereich wird Hygiene und Sauberkeit durch das tägliche Reinigen durch die beauftragte Reinigungsfirma erreicht. - Die Praxismanagerin (Erstkraft) ist Hygienebeauftragte. - Die Praxismanagerin als Hygienebeauftragte setzt in Absprache mit der Praxis-/Ambulanzleitung Sauberkeitsziele. - Sie ordnet hierzu notwendige Maßnahmen an (was macht die Reinigungsfirma, was muss jeder Mitarbeiter selbst machen). - Sie überprüft den Erfolg dieser Maßnahmen. - Sie sorgt für Nachbesserungen durch den Zuständigen.
3.2.3.4	Fluchtplan	<ul style="list-style-type: none"> - Es wird ein Fluchtplan im Flur angebracht. - Es wird ein Fluchtwegweiser angebracht, der den Fluchtweg kennzeichnet (Ausgang/Fluchtweg). - Die Praxismanagerin weist die Mitarbeiter in Fluchtplan und Verhalten, wenn Flucht notwendig ist, ein. - Die Praxismanagerin überprüft regelmäßig die Kenntnis der Mitarbeiter über Fluchtplan und Verhalten bei Fluchtnotwendigkeit.
3.2.4	- Kommunikation und Informationsmanagement	
3.2.4.1	Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Kommunikationswege und –dialoge sowie die verschiedenen internen und externen Kommunikationsformen werden präzisiert und in die in der Anlage beschriebenen Kanäle gegeben. - Vorerst wird auf eine starre Festlegung von Kommunikationen verzichtet, da in einer kleinen Praxis/Ambulanz solche die Kommunikation töten würden.
3.2.4.2	Informationsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsanweisungen zum Ablauf von Patientenführung, Diagnostik und Therapie geben an, welche Informationen wie erfasst und wo abgelegt werden.
3.2.5	- Schnittstellenmanagement	
3.2.5.1	Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Nahtstellen der Versorgung sind aus der Perspektive einer psychotherapeutischen Praxis/Ambulanz: <ul style="list-style-type: none"> - die Krankenkassen, - die KV, - die privaten Krankenversicherungen, - die psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenhäuser, - der medizinische Dienst der Krankenkassen, - die Rentenversicherung.

		- Die Kooperation mit diesen ist weitgehend durch diese selbst festgelegt, so dass wenig Spielraum für eigene Gestaltung besteht. Die Abläufe werden im Anhang in einer Checkliste aufgeführt.
3.2.6	- Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement	
3.2.6.1	Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Bestehende QS-Maßnahmen werden daraufhin überprüft, ob sie „doppelt gemoppelt“ sind, also unnötig werden durch das neu eingeführte interne QM oder ob sie integrierbar sind. - Es wird gegebenenfalls festgelegt, auf welche Weise sie in das QM integriert werden. - Im wesentlichen werden folgende QS-Maßnahmen integriert: <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätszirkel - Gutachterverfahren der antragspflichtigen Richtlinien-Psychotherapie - Fortbildungsmaßnahmen gemäß Vorschriften der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer.
4	Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 4 G-BA Richtlinie	
	es sind insbesondere zu nutzen:	
4.1	in den Bereichen - Qualitätsziele Umsetzung von QM-Maßnahmen - Überprüfung der Zielerreichung - Anpassung von QM-Maßnahmen	
4.1.1	- Qualitätsziele	
4.1.1.1	Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis	<ul style="list-style-type: none"> - Der Praxis-Ambulanzleiter legt die Qualitätsziele fest. - Er bespricht diese mit den Mitarbeitern und formuliert sie gegebenenfalls so um, dass sie – ohne Qualitätsabstriche - von allen angenommen und mitgetragen werden können.
4.1.2	- Umsetzung von QM-Maßnahmen	
4.1.2.1	Umsetzung von QM-Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Der Praxis-Ambulanzleiter legt für jeden Mitarbeiter eine Liste der von ihm zu bewältigenden QM-Maßnahmen und deren Dokumentation fest. - Er bespricht diese mit jedem Mitarbeiter und lässt sich Rückmeldung über die praktische Umsetzung geben.
4.1.3	- Überprüfung der Zielerreichung	
4.1.3.1	systematische Überprüfung der Zielerreichung	- Praxis-Ambulanzleiter (insgesamt), Therapeuten (je Therapie) und PM (für alle QM-Maßnahmen in ihrem Bereich) führen die systematische Überprüfung der Zielerreichung wie in den Kapiteln 10 bis 12 des praxisinternen QM-Handbuchs zu Prüfungen, Prüfmittelüberwachung und Prüfstatus vorgegeben durch.
4.1.4	- Anpassung der Maßnahmen	
4.1.4.1	eventuell notwendige Anpassung der Maßnahmen	- Sobald die systematische oder stichprobenweise Überprüfung einer QM-Maßnahme ergeben hat, dass sie mangelhaft ist und angepasst werden muss, füllt der Prüfende gemäß Vorgaben Kapitel 14 des praxisinternen QM-Handbuchs ein Ereignis-(Fehler)-protokoll aus und setzt so die QM-Schleife von Prüfung – Ereignisanalyse – Korrektur/Anpassung – Vorbeugung in Gang. Jeder dieser Teilschritte wird von ihm begleitet und dokumentiert, bis die Anpassung erfolgreich ist.

4.2	im Bereich - Teambesprechungen	
4.2.1	- Teambesprechungen	
4.2.1.1	Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden monatlich regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen angesetzt. Ankündigung erfolgt durch einen Terminplan für Teambesprechungen. - Für jede Teambesprechung wird ein Schwerpunktthema festgelegt und angekündigt, das sich auf einen Bereich des internen QM bezieht. - Mitarbeiter, für die dieser QM-Punkt relevant ist, müssen sich vorbereiten, um gut informiert zu sein und die dazu gehörenden QM-Dokumente mitbringen und zur Verfügung stellen.
4.3	im Bereich - Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen	
4.3.1	- Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen	
4.3.1.1	Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden zu allen wichtigen Prozessabläufen Ablaufbeschreibungen analog QM-Verfahrensanweisungen erarbeitet. Außerdem werden Durchführungsanleitungen im Sinne von QM-Arbeitsanweisungen angefertigt. Sie dienen bei der Einarbeitung und Schulung von Arbeitskräften als Unterlage. Diese Prozess- und Ablaufbeschreibungen und Durchführungsanleitungen werden im Ordner „Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen“ abgelegt.
4.4	im Bereich - Patientenbefragungen	
4.4.1	- Patientenbefragungen	
4.4.1.1	Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden Patientenfragebögen entwickelt zu <ol style="list-style-type: none"> 1. Zufriedenheit mit dem strukturellen und organisatorischen Rahmen und dem Umgang mit dem Patienten (um die Therapiesitzungen herum), 2. Zufriedenheit mit der inhaltlichen psychotherapeutischen Arbeit in den Therapiesitzungen. - Die zuerst genannten Fragebögen werden den Patienten vierteljährlich, die zweit genannten nach jeder Therapiestunde zum Ausfüllen gegeben. - Erstere können anonym abgegeben werden, letztere namentlich beim Therapeuten. Sie werden noch kurz nach besprochen.
4.5	im Bereich - Beschwerdemanagement	
4.5.1	- Beschwerdemanagement	
4.5.1.1	Beschwerdemanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Sobald eine Beschwerde mündlich eingeht, wird ein Beschwerdeprotokoll angelegt und alle dort vorgegebenen Aspekte von der sich beschwerenden Person erfragt. - Vorsorglich wird sofort eine Entschuldigung ausgesprochen und keine Rechtfertigung geäußert. - Unmittelbar wird dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass wir seine Beschwerde sehr ernst nehmen und sie sofort an die Praxis-/ Ambulanzleitung weitergegeben wird, die dafür sorgen wird, dass der Beschwerdegrund unverzüglich behoben wird. - Dann wird das Beschwerdeprotokoll fertig ausgefüllt und sofort an die Praxis-/Ambulanzleitung weitergegeben. - Die Praxisleitung befragt als nächstes den Mitarbeiter, der die Beschwerde aufgenommen hat.

		<ul style="list-style-type: none"> - Dann wird die Person, in deren Verantwortungsbereich die Beschwerde fällt, zur Berichterstattung gebeten. - Der Praxis-/Ambulanzleiter legt zusätzlich ein Ereignisprotokoll an (siehe Punkt 4.1.3 und 4.1.4 der G-BA-Richtlinien). - Gemeinsam wird beraten, wie der Beschwerdegrund beseitigt werden kann. - Der Praxis-/Ambulanzleiter bestimmt, wie vorgegangen wird, um den Beschwerdegrund auszuräumen und ihm künftig vorzubeugen. - Der oder die PM führen das Ereignisprotokoll weiter bis die notwendigen QM-Maßnahmen erfolgreich abgeschlossen sind. - Die Beschwerde wird zu einem TOP für die nächste Teambesprechung gemacht.
4.6	in den Bereichen - Organigramm - Checklisten	
4.6.1	- Organigramm	
4.6.1.1	Organigramm	<ul style="list-style-type: none"> - Zunächst werden die Teilstrukturen der Praxis/Ambulanz benannt. - Dann werden sie bezüglich Steuerungs- und Durchführungsfunktionen in eine Hierarchie gebracht. - Schließlich wird ein Powerpoint-Diagramm angefertigt.
4.6.2	- Checklisten	
4.6.1.1	Checklisten	<ul style="list-style-type: none"> - Für wichtige und komplexe Prozesse und Abläufe werden Checklisten erstellt. - Sie sollen alle wichtigen Aspekte und Teilschritte erfassen. - Sie sollen die Qualitätsmerkmale des Prozesses/Ablaufs kennzeichnen. - Die Funktion/Vollständigkeit der Checklisten wird bei einem Probelauf am Arbeitsplatz geprüft. - Erst dann wird sie als verbindliches QM-Instrument in das QM aufgenommen.
4.7	im Bereich - Von Fehlern zu Verbesserungsprozessen	
4.7.1	- Erkennen und Nutzen von Fehlern	
4.7.1.1	Erkennen und Nutzen von Fehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen	<ul style="list-style-type: none"> - Zunächst werden bei Fehlern und Beinahefehlern Ideen entwickelt und gesammelt, wie diese künftig vermieden werden können (Vorbeugung). - Es wird ein Ideenpool der Systemverbesserung und -optimierung angelegt, der sich aus Ideen zur Vorbeugung ergibt, aber weiter führt, indem strukturelle und prozessuale Veränderungen entstehen. - Es wird versucht, die noch unfertigen und globalen Ideen zu präzisieren und in konkrete Pläne zu überführen, aus denen schließlich umsetzbare Maßnahmen erwachsen, die eine Systemverbesserung und -erneuerung implizieren.
4.8	im Bereich - Notfallmanagement	
4.8.1	- Notfallmanagement	
4.8.1.1	Notfallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Notfall wird sofort dem Praxis-/Ambulanzleiter gemeldet. - Bei einem medizinischen Notfall wird Erste Hilfe geleistet und auf Anweisung des Praxis-/Ambulanzleiters sofort der Notarzt gerufen. - Bei einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall übernimmt der Therapeut, der die entsprechende Qualifikation hat, die Notfallbetreuung des Patienten. - Bei anhaltender akuter Suizidalität führt er eine stationäre Einweisung in eine psychiatrische Akutstation herbei. - Falls sich der Patient weigert, wird die Polizei gerufen und eine Unterbringung in Gang gesetzt.

		- Bei einer Einweisung ins KH werden die Angehörigen benachrichtigt.
4.9	im Bereich - Dokumentation von Behandlung und Beratung	
4.9.1	- Dokumentation von Behandlung und Beratung	
4.9.1.1	Dokumentation der Behandlungsabläufe und der Beratung	- Jeder Mitarbeiter, der beratend oder behandelnd tätig wird, dokumentiert seine diesbezügliche Tätigkeit. - Der Therapeut in der Sprechstunde dokumentiert in der Karteimappe des Patienten. - Der Therapeut in der Therapiestunde dokumentiert durch Führen eines Therapieprotokollhefts. - Die PM oder PA dokumentiert durch Einlegen eines A5-Blattes in die Karteimappe des Patienten.
4.10	im Bereich - Qualitätsbezogene Dokumentation	
4.10.1	- Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen	
4.10.2	- Dokumentation der Überprüfung der Zielerreichung und der Anpassung der Maßnahmen	
4.10.1.1 4.10.1.2 4.10.1.3 4.10.1.4	Dokumentation der Qualitätsziele, der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen, der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und Dokumentation der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen	- Jeder Mitarbeiter wird zusätzlich zur Einweisung in die Durchführung einer qualitätsbezogenen Maßnahme auch in deren Dokumentation eingewiesen. - Er erhält den Auftrag diese Dokumentationen regelmäßig durchzuführen und bei den Teambesprechungen darüber zu referieren. - Es erfolgen regelmäßige Kontrollen der Dokumentationen durch GF und PM. - Folgende Quellen stehen zur Verfügung: 4.1.1.1(Anlage 1) Liste der Qualitätsziele der Praxis/Ambulanz bis zum 30.6.2007 4.1.2.1(Anlage 2) Checkliste Umsetzung von QM-Maßnahmen 4.1.3.1(Anlage 1) Liste verbindlicher Qualitätsprüfungen der Psychotherapie 4.1.4.1(Anlage 1) Ereignisprotokoll zur Anpassung, Korrektur von nicht erfolgreichen QM-Maßnahmen 4.3.1.1(Anlage 1) Liste der Prozess- und Ablaufbeschreibungen und Durchführungsanleitungen

5. Wie wird die Qualität geprüft?

Tabelle 2 gibt die wichtigsten Qualitätsprüfungen im praxisinternen QM wieder. In der zweiten Spalte sind die als Qualitätsmanagement-Aufzeichnungen (QM-AZ) geführten Abkürzungen der Fragebögen und Checklisten, die beispielhaft verwendet werden können. Jeder Psychotherapeut kann aber seine von ihm präferierten Fragebögen und psychometrischen Testverfahren einsetzen. Hier soll lediglich eine möglichst vollständige Liste unverzichtbarer Qualitätsaspekte aufgezählt werden. Mehr muss nicht gemessen werden, außer im Falle eines Ereignisses, das einen Qualitätsmangel darstellt.

Tabelle 2

Liste der verbindlichen Qualitätsprüfungen in der psychotherapeutischen Praxis

(Anlage 1 u 4.1.3.1 Liste verbindlicher Qualitäts-Prüfungen der Psychotherapie)

Liste verbindlicher Qualitäts-Prüfungen

QM-AZ

vor der Therapie:

Erhebung subjektiver Beschwerden mit einer Symptomliste
standardisierte Erhebung des psychischen/psychosomatischen
Befundes
Arbeitsfähigkeit, Notwendigkeit medizinischer Versorgung
Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge
Zielerreichungsskalierung Therapeut und Patient gemeinsam

BSI oder VDS90

SKID oder VDS14
QMP02-Arb
VDS30
QMT03-Zerr

während der Therapie:

Feedbackbogen des Patienten zur Therapiesitzung
Therapeutenrating zur Therapiesitzung
Beziehungsqualität
Zielannäherungsrating Patient
Zielannäherungsrating Therapeut

QMP04-Feed
QMT04-Sitz
QMT06-BezK
QMP05-Ziel
QMT05-Ziel

nach der Therapie:

Symptom-Checkliste
standardisierte Erhebung des psychischen/psychosomatischen
Befundes
Arbeitsfähigkeit, Notwendigkeit medizinischer Versorgung
Zielerreichungsskalierung Therapeut und Patient gemeinsam
Zielannäherungsrating Patient
Zielannäherungsrating Therapeut
Katamnese

BSI oder VDS90

SKID oder VDS14
QMP02-Arb
QMT03-Zerr
QMP05-Ziel
QMT05-Ziel
KAT

6. Wie wird das Qualitätsmanagement schriftlich gefasst?

Die Qualitätsmanagement-Dokumente haben durchgängig eine klare Gliederung mit Angabe von Ziel und Zweck, Verantwortung und Befugnisse, Vorgehensweise, Dokumentation und mitgeltenden Unterlagen:

a) Ziel und Zweck

Hier soll angegeben werden, welches Ziel der Praxisinhaber mit dieser Verfahrensanweisung verfolgt.

b) Verantwortung und Befugnisse

Hier wird angegeben, wer die Verantwortung für diese Verfahrensanweisung trägt, wer diese auszuführen hat und wer welche Teilbefugnisse hat.

c) Vorgehensweise

Es wird möglichst konkret beschrieben, was getan werden soll, wie vorgegangen wird und was dabei zu beachten ist.

d) Dokumentation

Um im Falle eines internen oder externen Audits (Kontrollbesichtigung) nachweisen zu können, ob, wann, wie oft und wie die Verfahrensanweisung befolgt wurde, wird die hierzu benötigte Art der Dokumentation angegeben und meist als Anhang beigelegt.

e) Mitgeltende Unterlagen

Jegliche Querverweise, auf die der Praxisinhaber sich bei der gerade beschriebenen Verfahrensanweisung beruft, sei es gesetzlich, wissenschaftlich oder praktisch, werden hier genannt.

Tabelle 3 zeigt den Aufbau eines Qualitätsmanagement-Dokuments am Beispiel einer QM-Verfahrensanweisung zum Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen. Bedenkt man, dass sich aus der Umsetzung der Richtlinien in VDS QM-R in Form von 37 definitorischen QM-Darstellungen mit 42 Prozess- und Ablaufbeschreibungen und Durchführungsanleitungen, also insgesamt 79 QM-Dokumente mit einem Umfang von 2 bis 10 Seiten ergeben, mit denen das praxisspezifische QM definiert, beschrieben, operationalisiert, delegiert, geprüft, verbessert, weiterentwickelt und dokumentiert wird, so wird leicht vorstellbar, wie schwer es ist, Zeit dabei zu sparen.

Es handelt sich also um einen Ordner voll QM-Dokumente, von denen vielleicht 20 wiederholt in die Hand genommen werden müssen, teils täglich, teils wöchentlich oder monatlich. Rechnet man überschlägig den Zeitaufwand aus, so kommt man auf 30 Minuten täglich. Diese Zeit ist kaum zu verringern. Es wird sich wohl jeder Praxisinhaber damit abfinden müssen, dass er täglich eine halbe Stunde, also etwa sechs Prozent seiner täglichen Arbeitszeit unbezahlt für Qualitätsmanagement aufbringen muss. Wenn man sein Praxis-QM so psychotherapiespezifisch wie möglich gestaltet, entsteht weniger das Gefühl, Zeit zu verlieren und es lässt sich ein Qualitätsbewusstsein entfalten, das die Genugtuung verschafft, die Arbeit, zu der man sich berufen fühlt, gut zu machen, womit Ziel Nr. 3 der Richtlinien erreicht wäre.

Tabelle 3

Eine Qualitätsmanagement-Verfahrensweisung als Beispiel

(4.7.1.1 Erkennen und Nutzen von Fehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen)

a) Ziel und Zweck

Ziel ist es, durch das Erkennen von Fehlern und Beinahefehlern zu einer Einleitung von Verbesserungsprozessen zu kommen. Dies ist der eigentliche Kern des Qualitätsmanagements, der über das Wahren bisheriger Qualität hinaus geht und zu einem kontinuierlichen und vor allem natürlichen Qualitätszuwachs der Einrichtung führt.

b) Verantwortung und Befugnisse

Verantwortung: Praxis-/Ambulanzleitung hat die Gesamtverantwortung.

Befugnisse: Alle Mitarbeiter sind befugt, Verbesserungsvorschläge zu machen, die nicht nur im Sinne von Vorbeugung, sondern darüber hinausgehend, als Systemverbesserung dienen sollen.

c) Vorgehensweise

- Zunächst werden bei Fehlern und Beinahefehlern Ideen entwickelt und gesammelt, wie diese künftig vermieden werden können (Vorbeugung).
- Es wird ein Ideenpool der Systemverbesserung und -optimierung angelegt, der sich aus Ideen zur Vorbeugung ergibt, aber weiter führt, indem strukturelle und prozessuale Veränderungen entstehen.
- Es wird versucht, die noch unfertigen und globalen Ideen zu präzisieren und in konkrete Pläne zu überführen, aus denen schließlich umsetzbare Maßnahmen erwachsen, die eine Systemverbesserung und -erneuerung implizieren.

d) Dokumentation

- Es wird ein Ordner „QM-Verbesserungsideen“ angelegt.
- Dieser enthält ein Deckblatt „Liste der QM-Verbesserungs-Ideen“.
- Jede Verbesserungsidee wird in diesem Ordner abgelegt, mit Angabe des Fehlers oder Beinahefehlers, von dem aus sie entstanden ist.
- Jährlich wird eine Optimierungs-Teambesprechung anberaumt, in der bisherige und neue Ideen zur Systemverbesserung betrachtet und geprüft werden.

e) Mitgeltende Unterlagen

- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. Veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329. In Kraft getreten am 1. Januar 2006
- praxisinternes QM-Handbuch

f) Anlagen

- Anlage 1: Liste der QM-Verbesserungsideen

7. Was geschieht konkret?

Die relativ großzügigen Zeitvorgaben der Richtlinien ermöglichten einen schrittweisen Einstieg. So konnte der Praxisinhaber im Jahr 2006 je Quartal beginnen, eines der sieben in den Richtlinien vorgegebenen Qualitätsziele umzusetzen und kann Ende 2007 mit der Etablierung fristgemäß fertig sein. Er kann dann im Lauf der Jahre 2008 und 2009 das fertig etablierte QM-System umsetzen und verbessern, bis es „rund läuft“.

Befragungen ergeben allerdings, dass bisher wenige Praxen mit der Etablierung begonnen haben. Viele folgen der Einladung der Kassenärztlichen Vereinigungen, sich mit deren QM-System QEP vertraut zu machen und besuchen deren Seminare. Sie sind einerseits beeindruckt von der Eleganz und Professionalität dieses Systems, andererseits können sie sich den praktischen Beginn noch nicht recht vorstellen. Oder sie zögern, weil sie zu viel Organisations- und Dokumentationsaufwand fürchten. Andere Praxisinhaber haben begonnen, mit Hilfe der ersten Version des VDS QM (Sulz 2006) ein eigenes QM-System zu installieren. Wieder andere setzen die Qualitätsmanagement-Software VDS-Expert QM (Denk und Sulz 2006) ein, um Papier und Platz für die vielen Leitz-Ordner zu sparen. Sie haben auf diese Weise in ihrem PC jegliche benötigte Dokumentation inkl. der Auswertung von Fragebögen. Das hier beschriebene VDS QM-R (Sulz 2007) ist als vollständige Lose-Blatt-Sammlung von pdf-Dateien zu bestellen.

Dagegen wird der Besuch von Qualitätszirkeln von Psychotherapeuten in großem Umfang in Anspruch genommen. Wie die Pilotstudie von Sulz et al. (2003) ergab, trugen die Impulse aus den Qualitätszirkeln sehr viel zur Motivation bei, das praxisinterne QM fortzuführen und ihm einen berufsspezifischen Sinn abzugewinnen. Die Kombination von Qualitätszirkeln und internem Qualitätsmanagement scheint sehr wichtig zu sein. Dies könnte noch mehr in die gegenwärtigen Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Berufsverbände einfließen.

Literatur

- Auch-Dorsch E, Raidl-Dengler M, Hegendörfer K (2006): Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Denk C, Sulz S (2006): VDS-Expert QM – computergesteuertes praxisinternes Qualitätsmanagement. München: CIP-Medien (Software auf CD mit Manual)
- Deutsches Institut für Normung DIN e.V. (1994): DIN EN ISO 9001. Veröffentlichung des DIN. Berlin: Beuth Verlag
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 18. 10.05
- Härter M, Groß-Hardt M, Berger M (1999): Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen: Hogrefe
- Härter M, Linster HW Stieglitz RD (2003): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie und Beratung. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Göttingen: Hogrefe 2003
- Herzog T, Wirsching M, Stein B (2000): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006): QEP-Einführungsseminar Curriculum Version 2.2 pth. Nicht veröffentlicht.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (In der Fassung des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S.1791)
- Sulz S (1990): Probleme der Antragsbegutachtung. Praxis Klein Verhaltensmedizin Reha, 1990, 12, 258-261
- Sulz S (1998): Qualitätskriterien der Psychotherapie-Ausbildung. Psychotherapie 3, 8-15
- Sulz S, Gräff U, Jakob C (1998): Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen. Psychotherapie 3, Heft 1, 46-56
- Sulz S, Theßen L (1999): Entwicklung und Persönlichkeit – Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. Psychotherapie 4, 31-44
- Sulz S, Müller S (2000): Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit – eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Psychotherapie 5, 22-37
- Sulz S (2001): Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Psychotherapie 6, 30-56
- Sulz S, Hörmann I, Hiller W, Zaudig M (2002): Standardisierte Erfassung des psychischen Befundes in der psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapie 7, 1, 23-39
- Sulz S, Sauer S (2003): Diagnose und Differentialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen durch ein standardisiertes Interview. Psychotherapie, 8, 1, 45-59
- Sulz S, Herrmann M, Kammerl B, Wollenhaupt S (2003a): Qualitätssicherung der Zukunft? Kombination von praxisinternem Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel – eine Pilotstudie. Psychotherapie 8, 2, 226-243
- Sulz S, Meermann R, Rey ER, Chirazi-Stark MS (2003b): Wier urteilen Verhaltenstherapie-Gutachter? Von der Einschätzung des Fallberichts zur Beurteilung des Antrags. Psychotherapie 8, 1, 35-44
- Sulz S, Peterander F (2004): Wie Gutachter für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Problemfälle beurteilen – zur Qualität der Qualitätssicherer. Psychotherapie 9, 1, 42-53
- Sulz S (2005): Internes Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. Psychotherapie 10, Heft 1, 32-37
- Sulz S, Grethe C (2005): Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapiepraxis und das interne Qualitätsmanagement. Psychotherapie 10, S. 38-48
- Sulz S (2006): Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. Etablierung, Erweiterung und Kombination mit Qualitätszirkeln. Mit Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001. München: CIP Medien
- Sulz S (2007) VDS QM-R – Richtliniengetreues praxisinternes Qualitätsmanagement für PsychotherapeutInnen. München: CIP-Medien
(kostenlose pdfs unter cipmedien@aol.com)