

Qualitätsmanagement

Der Einstieg in die Begriffswelt des **Qualitätsmanagement** (QM) fällt vielen schwer. Der gebräuchliche QM-Fach-Jargon (z. B. „Kunde“, „QMB“, „Prozessmodell“, „Prozesseigner“, „Qualitätsaudit“, „Total Quality Management TQM“, „Verfahrensanweisung“, „KVP Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“) löst zu Beginn oftmals Befremdung aus, da die verwendeten Termini so gar nicht in die Welt der Psychotherapeuten zu passen scheinen. Und doch geht es inhaltlich um etwas äußerst wichtiges:

Qualitätsmanagement (QM) im Gesundheitswesen / in der Psychotherapie umfasst alle Tätigkeiten, die dazu beitragen, die Qualität der (psychotherapeutischen) Versorgung zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern. QM ist hierbei ein Oberbegriff, der vielfältige qualitätsbezogene Aktivitäten beinhaltet, die zum Teil eine lange Tradition haben, teilweise aber auch neu sind (z. B. Qualitätsförderung, Qualitätsdarlegung, Qualitätssicherung, Qualitätsstandards, Qualitätszirkel etc.).

Im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen die QM-Reglungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für Vertragsärzte, die auch für Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten gelten: die seit 2006 gültige **ÄQM-RL** und die **neue sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie** für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (QM-RL) vom 17.12.2015, die am **16.11.2016** in Kraft getreten ist:

[\(https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/\)](https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2434/).

Diese neue QM-RL löst die drei bisherigen sektoralen QM-RL ab (vgl. Abschnitt I). Eine QM-RL für die vertragsärztliche / vertragspsychotherapeutische Versorgung trat erstmals zum 01.01.2006 in Kraft und ist danach zweimal aktualisiert worden.

Dargestellt werden in diesem Beitrag

- der gesetzliche Hintergrund (Abschnitt I, S. 2 -3),
- die qualitätsbezogenen Aktivitäten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Abschnitt II, S. 3 - 4),
- die neue sektorenübergreifende QM-Richtlinie (Abschnitt III, S. 4 – 9)

- die frühere QM-Richtlinie (ÄQM-RL) - Wesentlichen Inhalte und Festlegungen für die vertragsärztliche Versorgung und wesentliche Implikationen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Abschnitt IV; Seiten 9 ff.),
- die inhaltlichen Schnittstellen der ÄQM-RL zur Berufsordnung (BO; S. 13 – 14)
- einige gängige QM-Modelle für Praxen (Abschnitt V, S. 14 - 17),
- die Folgen der Nichterfüllung der QM-Anforderungen (Abschnitt VI, Seite 17),
- der bisherige Umsetzungsstand der ÄQM-RL (Abschnitt VII, Seiten 17 - 18) und
- Evaluation und Kritik (Abschnitt VIII, Seiten 18 - 19).

Der Beitrag bezieht sich aus Platzgründen ausschließlich auf den Bereich der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (siehe hierzu den nachfolgenden Hinweis).

→ **Bitte beachten Sie:** Eine sehr umfassende und detaillierte Übersicht über QM in Krankenhäusern und Reha-Kliniken wurde 2012 vom MDK Baden-Württemberg im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellt und ist im Internet unter folgendem Link frei verfügbar:

http://www.kcgg.de/docs/Internes_Qualitaetsmanagement_in_der_medizinischen_Versorgung.pdf

Diese Übersicht (knapp 500 Seiten!) deckt den gesamten GKV-Bereich ab, also neben dem vertragsärztlichen Bereich auch die stationäre Versorgung. Hier werden alle QM-Modelle und Tools umfassend erläutert.

Eine Übersicht zum Thema „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation“ haben J. Schmidt, R. Nübling und G. Schmid-Ott geschrieben (in: Schmid-Ott et al. [Hrsg.]: Rehabilitation in der Psychosomatik – Versorgungsstrukturen, Behandlungsangebote, Qualitätsmanagement. 2., überarb. Aufl. 2015. Stuttgart: Schattauer Verlag). In diesem Beitrag werden die rechtlichen Hintergründe des QM für den Bereich der medizinischen Rehabilitation und die QS-/QM-Aktivitäten in diesem Bereich detailliert und kritisch beschrieben. Im Unterschied zu anderen Versorgungsbereichen unterliegen die QM-Systeme der stationären Reha-Kliniken einer gesetzlichen Zertifizierungspflicht.

I . Gesetzlicher Hintergrund

Seit dem 01.02.2004 sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ nach § 135a Absatz 2 Nr. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ebenfalls zur Einführung eines internen QM verpflichtet sind Krankenhäuser, Erbringer stationärer Rehabilitationsleistungen, ambulante Rehabilitationseinrichtungen und

stationäre Vorsorgeeinrichtungen sowie Erbringer von ambulanten Vorsorgeleistungen. Spätestens durch diese gesetzlichen Verpflichtungen im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ab Januar 2004 entstand für die Beteiligten im ambulanten und stationären Versorgungsbereich (niedergelassene Ärzte und Leistungserbringer wie Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren, Zahnärzte, zugelassene Krankenhäuser) nach und nach die Notwendigkeit, sich diesem Thema zu widmen. Zuständig für Regelungen im GKV-Bereich ist der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)**. Der G-BA ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts und wird von den vier großen Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen (Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband) gebildet. Neben diesen vier Trägerorganisationen sind Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter antrags- jedoch nicht stimmberechtigt an allen Beratungen beteiligt.

Der G-BA hat seit 2005 QM-Richtlinien für die verschiedenen Versorgungsbereiche beschlossen: eine Richtlinie für den **Bereich der vertragsärztlichen Versorgung** (erstmalig in Kraft getreten am 01.01.2006, zuletzt geändert am 27.11.2015; diese **ÄQM-RL** betrifft auch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden PP und KJP), eine Richtlinie für den **Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung** (erstmalig in Kraft getreten am 31.12.2006; **ZÄQM-RL**) und eine **Richtlinie für zugelassene Krankenhäuser** (erstmalig in Kraft getreten am 23.12.2005; **KQM-RL**). In diesen Richtlinien wurden die grundsätzlichen Anforderungen an ein QM beschrieben. Im Dezember 2015 hat der G-BA eine **Vereinheitlichung dieser drei Richtlinien in einer einzigen, sektorenübergreifenden Richtlinie** beschlossen (**QM-RL**; Erstfassung vom 17.12.2015), diese ist am 16.11.2016 in Kraft getreten. Für Vertragsarztpraxen, Vertragspsychotherapeutenpraxen, Zahnärzte und Kliniken gilt nunmehr diese gemeinsame QM-Richtlinie, welche die drei bisherigen Richtlinien ablöst. Einrichtungen im Bereich der **Rehabilitation** und **Vorsorge** sind von diesen QM-Richtlinien des G-BA nicht betroffen (hier gelten weiterhin die Vereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

II . Aktivitäten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK-BW) hat schon früh Grundsteine in Richtung Qualität und QM gelegt: bereits am 27.11.2004 hat die Vertreterversammlung die erste Fassung der **Berufsordnung (BO)** verabschiedet (in Kraft getreten am 31.01.2005), parallel dazu wurde die **Fortbildungsordnung (FBO)** verabschiedet (siehe http://www.lpk-bw.de/kammer_satzungen.html). Seit 2004 gibt es einen **QS-Ausschuss**, der

sich mit Fragen und Problemen der QS und des QM befasst. Nach § 19 der BO sind Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter verpflichtet, nach qualitätsgesicherten Maßstäben zu arbeiten. Dazu zählen Mindestanforderungen an die räumliche Ausstattung der Praxis, die Einhaltung der erforderlichen Behandlungszeiten, eine sachgerechte Dokumentation und die Überprüfung des Behandlungsergebnisses. Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter haben in erforderlichem Umfang weitergehende Maßnahmen im Sinne eines Qualitätsmanagement zu ergreifen und regelmäßig auf ihre Konformität mit qualitätssichernden Vorgaben zu prüfen. Die Berufsordnung der LPK-BW beinhaltet und tangiert an vielen Stellen zentrale Qualitätsaspekte des Psychotherapeutenberufes und macht diesbezüglich Vorgaben. Vergleichbare Standards finden sich auch in der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (siehe: <http://www.bptk.de/recht/satzungen-ordnungen.html>). In den weiteren Ausführungen zur ÄQM-RL nehmen wir – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – Bezug auf die Entsprechungen in den §§ unserer Berufsordnung (siehe Abschnitt IV, S. 13-14). Seit 2015 beteiligt sich die LPK-BW auch als Kooperationspartner an der Weiterentwicklung des von der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen initiierten **Projekts „(Muster-)Qualitätsmanagementhandbuch“** für unterschiedliche Praxistypen: PP-VT-Praxis, PP-AT/TP-Praxis, KJP-Praxis; siehe unter <http://www.pknds.de/119.0.html>).

III . Die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL; gültig ab 16.11.2016)

Der G-BA hat am 17.12.2015 die Erstfassung einer sektorenübergreifend geltenden Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) beschlossen. Die neue QM-RL ist nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und erfolgter Nachbesserung durch Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 16.11.2016 in Kraft getreten.

Teil A dieser Richtlinie enthält die Rahmenbestimmungen, die gemeinsam für alle Sektoren gelten. **Teil B** enthält in drei sektorenspezifischen Abschnitten maßgebliche Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen. Die neue gemeinsame QM-RL regelt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, MVZ, Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser. Die drei bestehenden sektoralen QM-Richtlinien werden von dieser neuen QM-RL abgelöst. Die neue QM-RL führt die **Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** zusammen und ergänzt auch wichtige Elemente. In der Präambel ist dabei festgehalten, dass der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und struktu-

rellen Ausstattung zu stehen habe. Die konkrete Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements solle spezifisch in jeder Einrichtung erfolgen.

Nach § 1 der QM-RL ist unter QM die **systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll**. QM bedeute konkret, dass Organisation, Arbeits- und Behandlungsabläufe festgelegt und zusammen mit den Ergebnissen regelmäßig intern überprüft werden. Gegebenenfalls sollen dann Strukturen und Prozesse angepasst und verbessert werden. Und weiter heißt es: *„Gleichzeitig soll die Ausrichtung der Abläufe an fachlichen Standards, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen in der jeweiligen Einrichtung unterstützt werden. Ziele und Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements müssen jeweils auf die einrichtungsspezifischen und aktuellen Gegebenheiten bezogen sein. Sie sind an die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten, der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen. Dabei können die Einrichtungen bei der Einführung und Umsetzung ihres Qualitätsmanagement-Systems eine eigene Ausgestaltung vornehmen oder auf vorhandene Qualitätsmanagement-Verfahren bzw. -Modelle zurückgreifen.“*

Nach § 3 der QM-RL ist QM eine **Führungsaufgabe**, die in der Verantwortung der Leitung liegt. QM erfordere die Einbindung aller an den Abläufen beteiligten Personen.

Grundelemente

Nach § 3 der QM-RL umfasst QM insbesondere folgende grundlegenden Elemente:

- Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- Prozessorientierung
- Kommunikation und Kooperation
- Informationssicherheit und Datenschutz
- Verantwortung und Führung

Methoden und Instrumente

§ 4 der QM-RL nennt insgesamt 19 Methoden und Instrumente, die als etablierte und praxisbezogene Bestandteile des QM, **verpflichtend** anzuwenden sind.

Die Liste umfasst

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen

- Erhebung des IST-Zustands und Selbstbewertung
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Patienteninformation und –aufklärung
- Risikomanagement
- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme
- Notfallmanagement
- Hygienemanagement
- Arzneimittelsicherheit
- Schmerzmanagement
- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen

Auf die Anwendung einer aufgelisteten Methode und/oder eines aufgelisteten Instruments **kann nur dann verzichtet werden**, wenn die konkrete personelle und sächliche Ausstattung bzw. die örtlichen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen oder sonstige medizinisch-fachlich begründete Besonderheiten der Leistungserbringung dem Einsatz der Instrumente offensichtlich entgegenstehen. Die **Möglichkeit des Verzichts gilt nicht**

- für die Mindeststandards des Risikomanagements,
- des Fehlermanagements und der Fehlermeldesysteme,
- für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus sowie
- für die Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen oder die unter Sedierung erfolgen.

Die Liste erhebe keinen Anspruch auf Vollständigkeit und lässt den Einrichtungen die Freiheit, zusätzlich weitere QM-Methoden und -Instrumente einzusetzen (Beispiel: Praxishandbuch).

Dokumentation

Nach § 5 der QM-RL haben die Einrichtungen die Umsetzung und Weiterentwicklung ihres QM im Sinne einer **Selbstbewertung** regelmäßig zu überprüfen. Die Ergebnisse der Überprüfung sind für interne Zwecke zu dokumentieren.

Das **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)** wird vom G-BA beauftragt, eine neue Methodik bzw. methodische Hinweise und Empfehlungen zur Erhebung und Darlegung der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem QM zu entwickeln (z. B. Struktur und Inhalte der Erhebungsinstrumente einschließlich Anforderungen an deren Dokumentation, Kriterien für die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse).

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser sind nach § 6 Absatz 2 **verpflichtet, sich an der für die Darlegung erforderlichen Erhebung zu beteiligen**. Diese erfolgen auf der Basis einer jeweils **repräsentativen Stichprobe**. Die Ergebnisse der Erhebung sollen dem G-BA regelmäßig berichtet werden. Hierzu erhält der G-BA für den vertragsärztlichen, den vertragszahnärztlichen und den stationären Sektor jeweils einen Bericht von der KBV, der KZBV bzw. der DKG, in dem die Ergebnisse in den einzelnen Bundesländern sowohl zusammenfassend als auch vergleichend dargestellt werden. Der G-BA evaluiert die Regelungen der QM-RL insbesondere auf Basis der Berichte und passt die Regelungen, sofern erforderlich, an.

Übergangsregelungen für die vertragsärztliche Versorgung

Bis der G-BA die Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung gemäß § 6 Absatz 2 beschlossen hat, gilt nach § 7 Abschnitt 2 Folgendes:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Umsetzungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ihrer Praxis auf. Die Ergebnisse sind der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu melden, die dem G-BA über den Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in den ärztlichen Praxen berichtet. Da die Ergebnisse der bisherigen Erhebungen stabil sind, erfolgt die Darlegung gegenüber dem G-BA zweijährlich, erstmals für das Jahr 2017, jeweils bis zum 30. April des Folgejahres. Die Darlegung umfasst mindestens Angaben zum Umsetzungsstand und zu den

ergriffenen Maßnahmen im Sinne von § 4 sowie entsprechende Unterlagen. Falls die eingereichten Unterlagen für eine Bewertung nicht ausreichen, kann die **Qualitätsmanagement-Kommission** der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung weitere Unterlagen von den zufällig ausgewählten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten anfordern oder sie auffordern, ihre Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mündlich vor der Kommission darzulegen. Kommt die Qualitätsmanagement-Kommission bei ihrer Bewertung mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass der vorgegebene Umsetzungsstand des Qualitätsmanagements noch nicht erreicht ist, **berät** sie die jeweiligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann.“ (Anmerkung: Solange die neuen Empfehlungen des IQTIG noch nicht vorliegen, kommt im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich also weitestgehend das bisherige Berichtssystem zum Einsatz).

Konsequenzen der neuen QM-RL für Psychotherapeuten (und Vertragsärzte):

- Die in Teil A § 4 der neuen Richtlinie aufgeführten Methoden und Instrumente sind innerhalb von **drei Jahren** nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden in der Einrichtung umzusetzen und zu überprüfen sowie im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Wichtige Änderung gegenüber der „alten“ ÄQM-RL: Die Frist für die Einführung und Umsetzung des QM wird von bisher 4 Jahren auf 3 Jahre verkürzt!

- Nach Teil B Teil II § 3 der QM-RL kann die **Umsetzung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM schrittweise, in frei gewählter Reihenfolge der Instrumente**, erfolgen.
- Einrichtungen, in denen mehrere Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten tätig sind, sollen eine/ein für das einrichtungsinterne QM zuständige Vertragsärztin / Vertragspsychotherapeutin bzw. zuständigen Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeuten benennen (vgl. Teil B Teil II § 3).
- Bei Kooperationsformen im vertragsärztlichen Bereich wie z. B. Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren ist der Bezugspunkt der Qualitätsmanagement-Anforderungen nicht die einzelne Vertragsärztin oder der einzelne Vertragsarzt innerhalb der Kooperationsform, sondern die Einrichtung als solche. Dabei ist sicherzustellen, dass alle relevanten Prozesse und Strukturen, insbesondere

mit Bezug zur Patientenversorgung, im Qualitätsmanagement abgebildet werden (vgl. Teil B Teil II § 1)).

- Das **IQTIG wird eine neue Methodik zur Evaluierung** erarbeiten. Damit wird auch für Vertragspsychotherapeuten künftig das IQTIG das Prüfverfahren vorgeben.
- Die **bisher jährlichen Stichprobenprüfungen werden vorläufig nur noch zweijährig durchgeführt**. Die Zweijahresregelung gilt solange, bis das IQTIG neue Kriterien zur Erhebung des QM-Standes nach der neuen QM-RL erarbeitet hat.
- **Das bisherige Prinzip „Beratung statt Sanktionen“ bleibt bestehen (siehe Abschnitt V, S. 17).**

IV . Die bisherige QM-Regelung (ÄQM-RL)

Die „alte“ QM-Richtlinie des G-BA für die vertragsärztliche Versorgung wird hier deshalb noch ausführlich beschrieben, weil sie Richtschnur für die bisherigen QM-Aktivitäten auch im vertragspsychotherapeutischen Bereich war und zugleich auch inhaltlicher Orientierungsrahmen für die im Abschnitt V vorgestellten QM-Systeme war (vgl. S. 14 f.). Die erstmals zum 01.01.2006 in Kraft getretene 8-seitige ÄQM-RL umfasste acht Paragraphen, in denen Zweck der Richtlinie, Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, Grundelemente, Instrumente, der Zeitrahmen für die Einführung, die Weiterentwicklung, die Einrichtung von Qualitätsmanagement-Kommissionen und die Darlegung beschrieben wurden. In zwei Anlagen wurden darüber hinaus der Einsatz und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Ergebnisevaluation und die Berichterstattung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über das einrichtungsinterne QM skizziert. Die letzte Version der ÄQM-RL findet man im Internet unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/18/> (Fassung vom 18. Oktober 2005; letzte Änderung 27.11.2015; BAnz AT 09.12.2015 B4; die Richtlinie ist am 16.11.2016 außer Kraft getreten). Ebenfalls dort findet man die Berichte 2008 – 2014 der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV zur Umsetzung der QM-Richtlinie.

Ziele, Grundelemente und Instrumente des internen QM werden in der ÄQM-RL (Fassung vom 27.11.2015) wie folgt beschrieben (Originaltext):

§ 2 Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen und

psychotherapeutischen Versorgung. Dies erfordert bei allen Aktivitäten eine systematische Patientenorientierung. Qualitätsmanagement soll die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und -mitarbeiter erhöhen; Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe und erfordert die Einbindung aller Praxismitarbeiter; Qualitätsmanagement ist von der Praxisleitung in eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxispolitik und Sicherheitskultur einzubetten. Durch die Identifikation relevanter Abläufe, deren systematische Darlegung und dadurch hergestellte Transparenz sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden. Wesentliche Bedeutung kommt dabei der Objektivierung und Messung von Ergebnissen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zu. Qualitätsmanagement zielt darauf ab, alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen. Dies setzt eine strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung voraus.

§ 3 Grundelemente eines einrichtungswen Qualitätsmanagements

Die Grundelemente eines einrichtungswen Qualitätsmanagements sind

1. im Bereich „Patientenversorgung“

a) Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

b) Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung,

c) Strukturierung von Behandlungsabläufen.

2. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

a) Regelung von Verantwortlichkeiten,

b) Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung, Schulung und Training),

c) Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Fluchtplan),

d) Hygienemanagement (u. a. Hygiene- und Hautschutzplan),

e) Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement inklusive Risikokommunikation,

f) Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung,

g) Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.

§ 4 Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind insbesondere zu nutzen:

- a) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen (PDCA-Zyklus),*
- b) Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen,*
- c) Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,*
- d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten,*
- e) Beschwerdemanagement,*
- f) Organigramm, Checklisten,*
- g) Risiko- und Fehlermanagement: Festlegungen zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen (d.h. diese zu erkennen, zu bewerten, zu bewältigen, zu überwachen) und Implementierung von Verbesserungsprozessen. Dafür können z.B. Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden, sicherheitsrelevanten Ereignissen (z.B. Beinahe-Schäden und Fehler) sowie die Teilnahme an einem Fehlermeldesystem genutzt werden,*
- h) Notfallmanagement,*
- i) Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung,*
- j) Dokumentation und Nachvollziehbarkeit, insbesondere der Qualitätsziele, der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen, der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen (PDCA-Zyklus).*

Internes QM im Sinne der Richtlinie bedeutet, dass Abläufe in der Praxis, die täglich vollbracht werden, bewusst, systematisch und kontrolliert geplant, zielgerichtet verfolgt und festgehalten werden (QM-System). Alle Tätigkeiten – von der Patientenversorgung über die Abrechnung bis hin zur Personalführung – sollen systematisch und regelmäßig einer praxisinternen Überprüfung unterzogen werden, um organisatorische Schwachstellen zu identifizieren (vgl. KBV: Kurzinformation QM und QM-Richtlinie, 2014). Nach § 5 Abs. 1 der ÄQM-RL ist ein einrichtungsinternes QM innerhalb von vier Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt vollständig einzuführen und im Anschluss an die Selbstbewertung nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 gemäß § 6 Abs. 3 weiterzuentwickeln.

Wesentliche Implikationen der ÄQM-RL für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (mit einem + gekennzeichnet sind diejenigen Aspekte die auch nach der neuen QM-RL gelten)

- Auch Psychotherapeuten (auch wenn Sie ohne Personal arbeiten) sind verpflichtet, ein internes QM aufzubauen und weiterzuentwickeln (+)
- das QM-System kann frei gewählt werden, es muss aber die Anforderungen der QM-Richtlinie erfüllen (+)
- es besteht keine Pflicht zur Zertifizierung des gewählten QM-Systems (+)
- Der Richtlinie liegt ein Phasenmodell zugrunde, das für die Planung, Umsetzung, Überprüfung und Weiterentwicklung bestimmte Zeiträume vorsieht
- längstens 2 Jahre nach der Niederlassung ist die Planungsphase abzuschließen
- längstens nach weiteren 2 Jahren ist die Umsetzungsphase abzuschließen
- Der IST-Zustand einer Praxis kann mittels einer Selbsteinschätzung beurteilt werden. Hierbei soll vom Praxisinhaber bzw. vom Praxisteam mit einem Selbstbewertungsbogen selbst eingeschätzt werden, inwieweit die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente in der Praxis umgesetzt worden sind (+).
- QM-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) prüfen stichprobenartig die Umsetzung in den Praxen (eine repräsentative Anzahl von Praxisinhabern erhält hierbei einen Fragebogen zur IST-Einschätzung des internen QM). Diese QM-Kommissionen berichten an den G-BA (+ vorläufig)

Die beiden zentralen Grundelemente der ÄQM-RL betreffen die **Praxisorganisation** (Praxisführung, ggf. Mitarbeiter, Organisation) und die **Patientenversorgung**. Unter dem Begriff QM-Instrumente werden Methoden und Techniken zusammengefasst, die zum Erkennen, zum Verständnis und insbesondere zur Lösung von Problemen sowie zur Veranschaulichung komplexer Systeme eingesetzt werden (z. B. Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Patientenbefragung, Checklisten, Notfallmanagement). Der häufig zitierte **PDCA-Zyklus** in § 4 der ÄQM-RL meint hierbei einen fortlaufenden (Verbesserungs-)Prozess, der mit einer Festlegung von Qualitätszielen für die Praxis beginnt (**plan**, Planung), das Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen (**do**, Umsetzung), die systematische Überprüfung der Zielerreichung (**check**, Überprüfung) und ggf. die Anpassung der Maßnahmen (**act**, Weiterentwicklung) beschreibt.

Die ÄQM-RL und Entsprechungen in der Berufsordnung der LPK-BW

Tabelle 1 gibt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - eine erste Übersicht, an welchen Stellen der Berufsordnung sich Berührungspunkte zu den in § 3 der ÄQM-RL aufgeführten Grundelementen eines einrichtungsinternen QM (Bereiche Patientenversorgung und Praxisorganisation) finden.

Tabelle 1: Wo finden sich in der Berufsordnung Aussagen zu den Grundelementen eines Einrichtungsinternen QM?

ÄQM-RL Fassung vom 10.12.2015	BO (Berufsordnung) Fassung vom 17.03.2016 http://www.lpk-bw.de/kammer/berufsordnung.pdf
Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse	§ 4 Ziffer 4 § 19 Ziffer 1
Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung,	§ 4 Ziffern 2, 5, § 5 Ziffern 2, 3, 5 § 6 Ziffern 1, 2, 3, 4
Strukturierung von Behandlungsabläufen.	§ 5, § 6
Regelung von Verantwortlichkeiten	§ 4 Ziffer 3, § 8 Ziffern 1, 6 § 24 Ziffer 2, § 27 Ziffer 4 § 29 Ziffer 1, § 29a Ziffer 1, § 32 Ziffer 2
Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung, Schulung und Training)	§ 7 Ziffer 6, § 16 Ziffer 8, § 18, § 19 Ziffern 1, 3, § 26, § 27, § 29a Ziffer 3
Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Fluchtplan),	§ 4 Ziffer 6, § 6, § 7, § 11, § 12, § 13, § 13a, § 20 Ziffern 4, 6, §21, § 22, § 23, § 25, § 27
Hygienemanagement (u. a. Hygiene- und Hautschutzplan),	§ 4 Ziffer 6
Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement inklusive Risikokommunikation	§ 6, § 7, § 11, § 12, § 13, § 13a, § 16, § 23
Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung	§ 16

Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.	§ 19
--	------

V. Gängige QM-Modelle für Praxen

Wie beschrieben enthalten weder die alte ÄQM-RL, noch die neue sektorenübergreifende QM-RL eine Vorgabe, ein ganz bestimmtes QM-System in einer Psychotherapiepraxis einzuführen. Dem Praxisinhaber steht es also grundsätzlich frei, ein „passendes“ Verfahren bzw. Modell zu wählen, welches die Vorgaben der ÄQM-RL erfüllt und zugleich der eigenen Praxis am besten gerecht wird (z. B. hinsichtlich Aufwand, Kosten, „Psychotherapiekonformität“). Grundsätzlich kann der Praxisinhaber also auch ein eigenes QM-System erstellen und verwenden, wenn es den Vorgaben der QM-RL genügt.

Welche QM-Systeme bzw. Modelle stehen zur Auswahl?

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von QM und QS im Gesundheitswesen sind in den letzten 20 Jahren verschiedene QM-Systeme bzw. QM-Modelle entwickelt und auf dem Gesundheitsmarkt beworben worden, die zum Teil auch eine Option für den Bereich von Psychotherapie-Praxen darstellen können (die meisten dieser QM-Systeme sind jedoch eher auf größere Arztpraxen zugeschnitten, so dass es mannigfaltige Anpassungsprobleme gibt und generell Psychotherapie-relevante Lösungen gefragt sind). Gemeinsam ist den unterschiedlichen Modellen, dass in der Regel ein sog. praxisspezifisches **QM-Handbuch** erstellt werden muss, welches die Realisierung der QM-Anforderungen für die jeweilige Praxis nach innen und außen dokumentiert (wie erläutert könnte ein solches QM-Handbuch auch nach gänzlich eigenen Vorstellungen erarbeitet werden, wenn die Elemente der ÄQM-RL berücksichtigt werden).

Von verschiedenen Anbietern (z. B. KVen, Fachgesellschaften, QM-Beratungsfirmen) werden unterschiedliche QM-Systeme für Praxen angeboten, wobei die bekanntesten Verfahren die folgenden sind:

- **DIN EN ISO 9001** – ein branchenneutrales QM-System
- **QEP** – Qualität und Entwicklung in Praxen
- **KPQM** – QM-System der KV Westfalen-Lippe
- **KTQ** – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

- **EPA – Europäisches Praxismanagement.**

Der „klassische“ branchenübergreifende QM-Prototyp ist die **DIN EN ISO 9001:2008**, ein zertifizierungsfähiges prozess- und kundenorientiertes QM-System mit einem weltweit gültigem Regelwerk, welches auf einer abstrakten Normensprache basiert (im September 2015 wurde die neue ISO 9001:2015 veröffentlicht, die einige Änderungen beinhaltet). Diese muss den täglichen Gegebenheiten einer Praxis angepasst werden und benötigt oftmals externe Hilfe bei der Umsetzung (das Modell umfasst fünf Hauptbereiche: Qualitätsmanagementsystem, Verantwortung der Leitung, Management der Ressourcen, Produktrealisierung und Messung, Analyse und Verbesserung). Im Internet findet man verschiedene Übersichten über die vorhandenen QM-Systeme für Praxen, teils auch in synoptischer Darstellungsform. Zu empfehlen ist etwa die Matrix-Übersicht der KBV:

http://www.kbv.de/media/sp/QM_Systeme_im_Vergleich_KBV_2011.pdf

Drei der am häufigsten verwendeten QM-Systeme werden in den Tabellen 2 – 4 skizziert.

Tabelle 2: QEP „Qualität und Entwicklung in Praxen“

Quelle: KBV, Matrix QM-Konzepte (Stand: Juli 2011)

Herausgeber	KBV, KVen
Zielgruppe	Praxen aller Fachgruppen – auch für Psychotherapeuten
Im ambulanten Bereich evaluiert?	Ja, mit 60 Pilotpraxen
Grundlage und Aufbau	Abläufe, Tätigkeiten sowie die Rahmenbedingungen aller Praxisbereiche werden betrachtet. Korrespondierender Selbstbewertungskatalog (integriert in QEP-Qualitätsziel-Katalog) <u>Systemaufbau:</u> Verschiedene Bausteine und Unterstützungsinstrumente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualitätsziel-Katalog mit 5 Kapiteln <ul style="list-style-type: none"> • Patientenversorgung • Patientenrechte und Patientensicherheit • Mitarbeiter und Fortbildung • Führung und Organisation • Qualitätsentwicklung 61 Kernziele mit 272 Nachweisen/Indikatoren und operationalisierten Fragen 2. QEP-Einführungsseminar 3. QEP-Manual 4. QEP-Zertifizierungsverfahren
Entwickelt von	Arbeitsgruppe der KBV und der KVen: niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, QM-Spezialisten, Arzthelferinnen/MFA
Zertifizierungsfähig?	Ja
Kosten	Schulung: QEP-Einführungsseminar, 1,5 Tage: ca. 150.-250 Euro pro Person (inkl. QEP-Qualitätsziel-Katalog und ggf. QEP-Manual) Zertifizierung: zwischen 1200 und 2000 Euro je nach Praxisgröße
Weitere Informationen	www.kbv.de/qep

Table 3: KTQ „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“

Quelle: KBV, Matrix QM-Konzepte (Stand: Juli 2011)

Herausgeber	Hartmannbund u.a.
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • KTQ in Krankenhäusern • KTQ Rehabilitation • KTQ Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen • KTQ in Praxen und MVZ (auch psychotherapeutische Praxen)
Im ambulanten Bereich evaluiert?	Ja, mit 15 Pilotpraxen
Grundlage und Aufbau	<p>Tätigkeiten und Rahmenbedingungen der Praxis Korrespondierender Bewertungskatalog Systemaufbau: 6 Kategorien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung in der Praxis • Führung der Praxis • Mitarbeiterorientierung • Sicherheit in der Praxis • Informationswesen • Aufbau des QM in der Praxis <p>44 Kriterien 252 Fragen Checklisten KTQ-Katalog ist Bestandteil des KTQ-Manuals</p>
Entwickelt von	<p>Gremien und Arbeitsgruppen der KTQ KTQ gGmbH gegründet von Spitzenverbänden der KK, DKG, BÄK, DPR u.a. Nach Pilotphase wurde der Hartmannbund Gesellschafter bei KTQ</p>
Zertifizierungsfähig?	Ja
Kosten	<p>Schulung: je nach Anbieter unterschiedlich KTQ-Erfassungssoftware: 220 – 600 Euro KTQ-Manual: 39,80 Euro KTQ-Handbuch: 29,80 Euro Zertifizierung: zwischen 2020 und 4670 Euro je nach Praxisgröße</p>
Weitere Informationen	www.ktq.de

Table 4: EPA „Europäisches Praxisassessment“

Quelle: KBV, Matrix QM-Konzepte (Stand: Juli 2011)

Herausgeber	Aqua-Institut
Zielgruppe	Praxen, MVZ, alle Fachgruppen - auch für Psychotherapeuten
Im ambulanten Bereich evaluiert?	Ja, mit 51 Pilotpraxen
Grundlage und Aufbau	<p>Qualitätsindikatoren und –Items-Katalog mit korrespondierenden Frage- und Assessmentbögen, Benchmarking Datenbank Abläufe, Tätigkeiten der Praxis werden betrachtet. Systemaufbau: 5 Domänen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualität und Sicherheit • Information • Finanzen • Menschen • Infrastruktur <p>34 Dimensionen 225 Indikatoren 365 Items</p>

Entwickelt von	TOPAS Europe, Arbeitsgruppe von QM-Experten des hausärztlichen Bereichs in 6 europäischen Ländern; Bertelsmann-Stiftung; Aqua-Institut, TOPAS Germany
Zertifizierungsfähig?	Ja
Kosten	Je nach Anbieter, Dauer und Inhalt unterschiedlich Kosten des Verfahrens: 2499 Euro Zertifizierung: 2499 Euro
Weitere Informationen	www.europaeisches-praxisassessment.de www.praxisiegel.de

VI. Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung der QM-Anforderungen des G-BA

Was passierte bisher, wenn eine Praxis die Anforderungen der ÄQM-RL nicht erfüllt hat?

Was passiert in Zukunft bei Nichterfüllung der Anforderungen der QN-RL?

Bisher wurden von der KV jährlich mindestens 2,5 % der Praxen zufällig ausgewählt und erhielten eine Aufforderung zur schriftlichen Darlegung. Entsprechend dem Umsetzungsstand in einer Praxis nicht den vorgesehenen Anforderungen, wurden die betroffenen Vertragspsychotherapeuten von der QM-Kommission **beraten**, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann (vgl. KBV, 2014, Kurzinformation QM und QM-Richtlinie). Im Unterschied etwa zur sozialrechtlichen Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V für Vertragspsychotherapeuten sind **bisher seitens des Gesetzgebers keine Sanktionen wie etwa Honorarkürzungen für das Nichterfüllen der Anforderungen festgelegt worden (Stand: Dezember 2016)**. Am 20.06.2013 hat der G-BA aufgrund eines Prüfberichts beschlossen gegenwärtig keine Regelungen bezüglich der Akkreditierung von QM-Systemen und der Sanktionsmaßnahmen für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die das einrichtungsinterne QM unzureichend einführen und weiterentwickeln, zu treffen.

VI. Bisheriger Umsetzungsstand der ÄQM-RL

Die am 01.01.2006 in Kraft getretene „alte“ ÄQM-RL wurde bisher zweimal aktualisiert (2014 und 2015), wobei inhaltlich keine gravierenden Änderungen vorgenommen wurden.

Im Jahr 2014 wurde zum achten Mal der Stand der Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch die KVen im Rahmen von Stichproben – mindestens 2,5 Prozent der ambulant tätigen Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren – überprüft (vgl. Qualitätsbericht Berichtsjahr 2014 der KBV). Die Ergebnisse werden von der KBV zusammengefasst und jährlich an den G-BA gemeldet. Der bisherige Stand kann nach Angaben der KBV wie folgt zusammengefasst werden:

- acht Stichprobenziehungen (2007 – 2014)

- 2,5 Prozent zufällig ausgewählte Vertragsärzte, -psychotherapeuten, Ermächtigte und Medizinischer Versorgungszentren
- 3.237 Ärzte und Psychotherapeuten befragt (2014), insgesamt 25.856 Ärzte und Psychotherapeuten (2007 – 2014)
- Rücklaufquote 95 Prozent (2014)
- Methodisch einheitliches Vorgehen in allen 17 Kassen-ärztlichen Vereinigungen, einheitlicher Fragebogen
- Stabile Ergebnisse
- 2014 befinden sich etwa 70 Prozent aller Befragten in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung, 20 Prozent in der Umsetzungs- und Überprüfungsphase und 10 Prozent in der Planungsphase
- Nach Abgleich mit dem Beginn der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen damit 79 Prozent der Befragten die Anforderungen der QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vollständig, 21 Prozent der Befragten haben noch nicht alle Instrumente und Grundelemente vollständig oder zeitgerecht umgesetzt
- Transfer der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in den Praxisalltag – gezielte Beratung und Unterstützung durch QM-Kommissionen und Kassenärztliche Vereinigungen
- Qualitätsmanagement flächendeckend initialisiert und fast vollständig umgesetzt, die meisten Praxen und Medizinischen Versorgungszentren befinden sich in der kontinuierlichen Weiterentwicklung.

VIII. Evaluation und Kritik

Vorrangige Ziele von QM sind nach Auffassung der KBV eine größtmögliche Patientensicherheit und Patientenorientierung sowie für alle Beteiligten sichere und effiziente Praxisabläufe (vgl. Qualitätsbericht 2014, S. 104). **Nach wie vor ist es durchaus strittig, ob und in welchem Maße diese Ziele durch ein verpflichtendes internes QM in (Psychotherapie-)Praxen erreicht werden.** Der G-BA hat in allen bisherigen Fassungen der QM-Richtlinien keine Festlegung auf ein spezifisches QM –System vorgenommen, da systematische Belege für eine Über- oder Unterlegenheit einzelner Systeme bisher fehlen. Die **unzureichende Evaluationslage**, die **ungeklärte Kosten-Nutzen-Frage** und Fragen der „Passung“ von QM im Sinne der QM-RL für die Psychotherapie bilden nach wie vor Zündstoff für eine kontrovers geführte

Diskussion um QM. Die Abteilung Fachberatung Medizin hat 2012 im Auftrag des G-BA eine systematische Recherche zum Thema „Evaluation von Qualitätsmanagement“ in internationalen Literatur-Datenbanken über die letzten 10 Jahre (2002-2012) durchgeführt. Das bisherige Fazit sei hier verkürzt zitiert: **„Die Evidenz hinsichtlich der „Wirksamkeit“ von QM-Maßnahmen ist relativ gering, die Gründe hierfür sind vielfältig und werden u.a. in der Komplexität sowohl der Interventionen und Outcomes als auch der Kontexte, in der die Interventionen stattfinden, gesehen“.**

Der Prüfbericht der ÄQM-RL gemäß § 9 zum Stand der Umsetzung sowie der Wirksamkeit und des Nutzens von QM vom 20.06.2013 kommt zu folgenden Fazit (siehe dort, S. 13):

„Nach der Überprüfung der Wirksamkeit und des Nutzens des QM im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der zusammenfassenden Berichte der KBV (siehe 4.1) sowie der Literaturübersichten (siehe 4.2) und publizierter Studien (siehe 4.3) kommt die AG QM zum Ergebnis, dass in Bezug auf Patientenoutcomes keine ausreichenden Belege für Wirksamkeit und Nutzen von QM identifiziert werden konnten. Gleichwohl zeigen sich Hinweise auf erwünschte Wirkungen von einzelnen QM-Instrumenten und –Faktoren (i.S.v. von Determinanten für Effektivität), die komplexe QM-Maßnahmen erfolgreich machen. Die Hinweise der Richtlinie zur Indikatorenauswahl wurden in den einbezogenen Studien nicht explizit aufgegriffen. Bei der Auswertung erfolgte keine durchgängige Differenzierung zwischen allgemeinen und fachspezifischen QM-Ansätzen.

Hinweise auf positive Effekte sind jedoch bei der Anwendung der patientenversorgungsnahe Grundelemente und Instrumente des QM festzustellen: Mit dem Ziel der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsqualität setzen Niedergelassene ein:

- *Behandlungsleitlinien und Orientierung am Stand der Wissenschaft*
- *Patienteninformation, -beratung, -aufklärung sowie Patientenselbsthilfe*
- *vorstrukturierte Behandlungsabläufe*
- *Patientenbefragungen*
- *dezidiertes Beschwerdemanagement*
- *Medikations-Interaktions-Warnsysteme*
- *Fehlermanagement*
- *Notfallmanagement*
- *ärztliche Fortbildung*

Weitere Hinweise auf positive Effekte im Praxisalltag konnten z. B. für den Einsatz von Checklisten gefunden werden. [...]

Erfolgsversprechend scheint QM insgesamt da zu sein, wo QM-Instrumente bzw. der PDCA-Kreislauf konsequent angewendet (vgl. Gutachten des KCQ) werden. Dann können Praxen tendenziell bessere Zielwerte in der Struktur- und Prozessqualität erreichen (vgl. Evaluationsstudie des Instituts für Gesundheitssystemforschung, Universität Witten/Herdecke, zu QEP).“