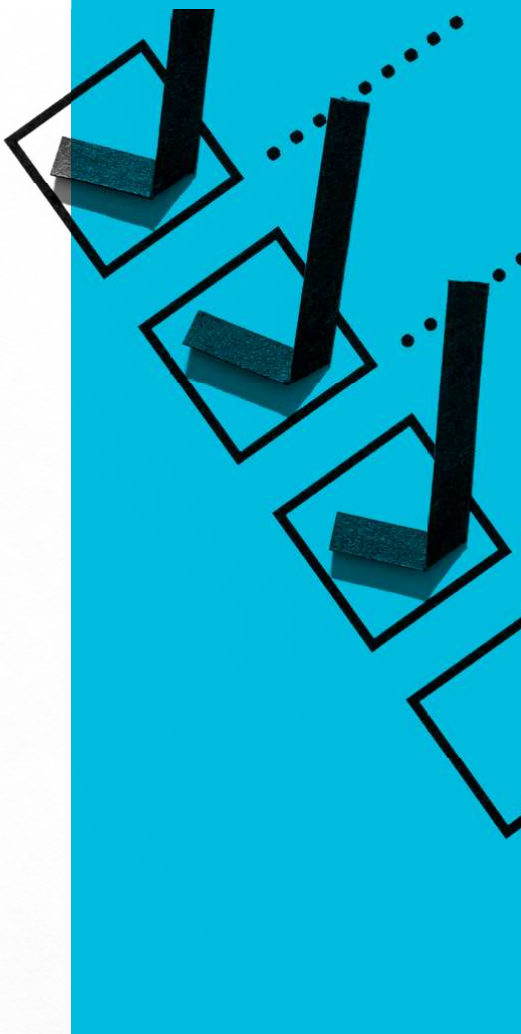
BUNDESVERBAND DER
VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.



Demodatei zu Q@BVVP
Zugang zur vollständigen Version plus den ausfüllbaren Datenblättern und Ziellisten erhalten Sie bei Anmeldung zur Teilnahme über die bvvp Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de
Das QM-Programm für Psychotherapiepraxen jetzt auch DSGVO-konform: Gut, einfach, aktuell, zeitsparend und preiswert !

Q@BVVP

Unser Qualitätsmanagementsystem

Gemäß § 135a SGB V / Stand: 16. November 2021

INHALT

1. QUALITÄTSMANAGEMENT 3

1.1 RAHMENBEDINGUNGEN UND DEFINITION 3
1.2 GRUNDELEMENTE, METHODEN UND INSTRUMENTE 4
1.3 WICHTIGSTE ANWENDUNGSBEREICHE 6
1.4 IT-SICHERHEIT 8

2. Q@BVVP – DAS QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM DES BVVP 9

2.1 EINFÜHRUNG 9
Arbeitsanleitung 12
Aktualisierungen 12

2.2 QM-QUALITÄTSZIRKEL 13

2.3 DATENERHEBUNG ALS GRUNDLAGE FÜR DAS QUALITÄTSMANAGEMENT 14
Praxisbeschreibung 14
Verantwortlichkeiten und Zuständigkeitsbereiche 14

Flussdiagramme 15
Weitere Arbeitsformulare 16
Protokollierung von Absprachen zur Festlegung der Verantwortlichkeiten 16
Protokoll Teambesprechung 17
Patient*innenbefragung (Datenerhebung und Zusammenfassung) 17
Beschwerdemanagement 18
Fehlerdokumentation 18
Ergebnisse Mitarbeiter*innenbefragung 18

2.4 QUALITÄTSZIELE 18
Zielindikatoren 19
Übersicht über die Qualitätsziele 20
Jährlicher Überblick 21

Mail-Hotline: qminfo@bvvp.de

1. QUALITÄTSMANAGEMENT

1.1 RAHMENBEDINGUNGEN UND DEFINITION

Im Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz (GMG) ist seit Januar 2004 festgeschrieben, dass alle Einrichtungen des Gesundheitswesens – und somit auch die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen – zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements (QM) gemäß § 135a SGB V verpflichtet sind. Seit 2010 müssen sie ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes QM vorweisen und jährlich auf Basis ihrer Zielerreichung weiterentwickeln. Eine Teilnahme an QM-Fortbildungen oder eine externe Zertifizierung sind gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Ziel des QMs ist die systematische und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Patient*innenversorgung. Praxisstruktur und Abläufe werden in einem System dargestellt und bewertet. Dies soll es ermöglichen, die Organisationsabläufe transparenter zu gestalten, aber die individuelle Praxisgestaltung zu bewahren. QM soll somit keine vereinheitlichende Zwangsstruktur darstellen, sondern einen Orientierungsrahmen vorgeben, in dem Fragen gestellt werden, auf die Praxisinhaber*innen eigene Antworten finden. Im Fokus stehen dabei nicht nur die Patient*innen, sondern auch die Anbieterseite.

Das Qualitätsmanagement ist in verschiedene Bereiche unterteilt. Bei der Strukturqualität geht es um die räumliche und personelle Ausstattung der Praxis, bei der Prozessqualität um effektive Abläufe und bei der Ergebnisqualität um messbare Erfolge. Die regelmäßige Sichtung und Überprüfung der praxisinternen Abläufe durch die Praxisinhaber*innen soll zur stetigen Verbesserung der Qualität der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeit führen.

Bei der Qualitätssicherung werden im Wesentlichen die Ergebnisse evaluiert, etwa durch psychometrische Instrumente, aber auch in Form von Teambesprechungen, Qualitätszirkeln, Supervision oder durch das Gutachterverfahren.

Die konkreten Anforderungen an ein QM werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) festgelegt (§ 136a SGB V). Er hat dazu am 18. Oktober 2005 eine Richtlinie erlassen, die am 1. Januar 2006 erstmals in Kraft trat. Derzeit gilt die Version vom 17. Dezember 2015. Sie ist am 16. November 2016 in Kraft getreten.

Sowohl die Umstellung von QM-Systemen auf die aktuelle Version als auch die Neueinführung nach Niederlassung ist richtliniengemäß innerhalb von drei Jahren umzusetzen.

Die KVen haben gemäß der QM-Richtlinie den Entwicklungsstand des QMs bei 2,5 Prozent der Praxen anhand eines Fragebogens zu überprüfen. Gilt die Richtlinie den Angaben des Fragebogens zufolge nicht zeitgerecht umgesetzt, erfolgt eine Beratung. Sanktionen sind gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Sonderbestimmungen

Gemeinschaftspraxen gelten als eine Organisationseinheit und brauchen daher nur ein gemeinsames einrichtungsinternes QM.

Praxisgemeinschaften müssen für jede BSNR ein eigenes QM etablieren, wobei die gemeinsam genutzten Ressourcen im QM-System nur einmal für alle bearbeitet und von allen Teilhaber*innen übernommen werden können.

Ausgelagerte Praxisräume werden strukturell in das QM-System der Hauptpraxis integriert.

1.2 GRUNDELEMENTE, METHODEN UND INSTRUMENTE

Grundelemente

Die hier folgende Auflistung der Grundelemente basiert auf § 3 der seit 16. November 2016 gültigen QM-Richtlinie.

- **Patient*innenorientierung einschließlich Patient*innensicherheit** (z. B. Patient*innenmitwirkung, Patient*inneninformation, Patient*innenberatung, Fluchtplan)
- **Mitarbeiter*innenorientierung einschließlich Mitarbeiter*innensicherheit** (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung, Schulung und Training)
- **Prozessorientierung** (z. B. Praxismanagement: Terminplanung, Strukturierung von Behandlungsabläufen, Berücksichtigung der Leitlinien)
- **Kommunikation und Kooperation** (z. B. externe und interne Kommunikationsprozesse, Nahtstellen-Management, Risikokommunikation)
- **Informationssicherheit und Datenschutz** (z. B. nationale Datenschutz-Grundverordnung und seit 25. August 2018 die europäische Datenschutz-Grundverordnung DS-GVO)
- **Verantwortung und Führung** (z. B. Regelung von Verantwortlichkeiten, Qualitätsentwicklung, Integration der Qualitätssicherung, Risikomanagement, Hygienemanagement wie z. B. Hygieneplan, Hautschutzplan)

Methoden und Instrumente

Die hier folgende Auflistung der Methoden und Instrumente basiert auf § 4 der seit 16. November 2016 gültigen QM-Richtlinie.

Auf die Anwendung einer der aufgelisteten Methoden und/oder Instrumente kann verzichtet werden, wenn dies durch besondere einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen (z. B. Psychotherapiepraxis) begründet ist.

- **Messen und Bewerten von Qualitätszielen** (Bestimmung von Qualitätsindikatoren, Festlegung konkreter Qualitätsziele, entsprechende Umsetzungsmaßnahmen)
- **Erhebung des Ist-Zustands und Selbstbewertung** (systematische Überprüfung der Zielerreichung und gegebenenfalls Anpassung der Maßnahmen

- **Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten**
  Organisationsstrukturen, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen werden schriftlich festgelegt, z. B. mittels Tabellen, Grafiken und Organigrammen. Verantwortlichkeiten für sicherheitsrelevante Prozesse sind besonders zu berücksichtigen.

- **Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen**
  Die wesentlichen Prozesse der Patient*innenversorgung und Einrichtungsorganisation werden identifiziert, geregelt und z. B. in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt (Durchführungsanleitungen). Dabei werden die Verantwortlichkeiten, besonders die für alle sicherheitsrelevanten Prozesse, in die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen aufgenommen, fachliche Standards berücksichtigt, den Mitarbeiter*innen zur Verfügung gestellt, in festzulegenden Abständen überprüft und bei Bedarf angepasst. Alle beteiligten Mitarbeiter*innen sollen sie nachvollziehen und ihre jeweilige Aufgabe ableiten können.

- **Schnittstellenmanagement**
  Ein systematisches Management an den Schnittstellen der Versorgung umfasst die gezielte Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit aller Beteiligten. Für eine sichere und Patient*innenorientierte Versorgung sollen besonders die Übergänge entlang der gesamten Versorgungskette so gestaltet werden, dass alle erforderlichen Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und eine koordinierte Versorgung gewährleistet ist.

- **Checklisten**
  In Checklisten werden Einzelaspekte eines Prozesses systematisiert, um deren verlässliche Umsetzung zu gewährleisten (besonders sicherheitsrelevante Themen, z. B. auch Behandlungspfade).

- **Teambesprechungen**
  Regelmäßig durchgeführte strukturierte Besprechungen sollen es allen Mitarbeiter*innen ermöglichen, aktuelle Themen und Probleme anzusprechen.

- **Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen**
  Alle Mitarbeiter*innen sollen regelmäßig an Fortbildungen mit unmittelbarem Bezug zur eigenen Tätigkeit teilnehmen. Art und Umfang der Fortbildungs- bzw. Schulungsmaßnahmen werden mit der Leitung der Einrichtung abgestimmt und in ein auf die jeweilige Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter abgestimmtes Konzept eingebunden.

- **Patient*innenbefragungen**
  Regelmäßig durchgeführte Patient*innenbefragungen und deren Evaluation geben der Leitung und den Mitarbeiter*innen Rückmeldung über die Patient*innenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patient*innenperspektive sowie gegebenenfalls Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen. Es sollten nach Möglichkeit validierte Instrumente genutzt werden.

- **Mitarbeiter*innenbefragungen**
  Die Befragung soll möglichst anonym erfolgen mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Organisation.

- **Beschwerdemanagement**
  Ziel ist die patientenorientierte, geregelte Bearbeitung der Beschwerden sowie die Information der Patient*innen, sich persönlich oder anonym beschweren zu können. Die Beschwerden werden analysiert sowie evaluiert und daraus entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Soweit möglich sollen die Beschwerdeführer*innen eine Rückmeldung über eingeleitete Maßnahmen erhalten.

- **Patient*inneninformation und -aufklärung**
  Teil der Patienteninformation sind Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, die dazu beitragen, dass Patient*innen besser im Behandlungsverlauf mitwirken und zur Erhöhung ihrer eigenen Sicherheit beitragen können. Für den gezielten Einsatz im individuellen Arzt-Patient-Kontakt wird eine Zusammenstellung zuverlässiger, verständlicher Patient*innen-informationen sowie von Angeboten der Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen gepflegt.

- **Risikomanagement**
  Ziel ist die Vermeidung und Verhütung von Fehlern sowie unerwünschten Ereignissen und somit die Entwicklung einer Sicherheitskultur. Dabei werden unter Berücksichtigung der Patient*innen- und Mitarbeiter*innenperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten, insbesondere aus Fehlermeldesystemen genutzt. Eine individuelle Risikostrategie umfasst das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie die Analyse kritischer, unerwünschter Ereignisse und aufgetretener Schäden inklusive der Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation. Wichtiger Bestandteil des Risikomanagement-Konzepts ist ein differenziertes Datenschutzkonzept, das den Vorgaben der seit 25. Mai 2018 gültigen europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) genügt.

- **Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme**
  Der systematische Umgang mit Fehlern (Fehlermanagement) ist Teil des Risikomanagements. Zum Fehlermanagement gehören das Erkennen und Nutzen von Fehlern sowie unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis. Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem muss fach- und berufsgruppenübergreifend für alle niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein. Ziel ist die Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig – auch von anderen – vermieden werden können. Die freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiter*innen erfolgten Meldungen werden systematisch aufgearbeitet und daraus Handlungsempfehlungen zur Prävention abgeleitet und umgesetzt sowie deren Wirksamkeit evaluiert.

1.3 WICHTIGSTE ANWENDUNGSBEREICHE

- **Notfallmanagement**
  Es wird eine dem Patient*innen- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz vorgehalten. Regelmäßiges Notfalltraining gewährleistet, dass die Mitarbeiter*innen Notfallsituationen erkennen und entsprechend handeln können.

- **Hygienemanagement**
  Der sachgerechte Umgang mit allen hygieneassoziierten Strukturen und Prozessen einer Einrichtung dient der Verhütung und Vorbeugung von Infektionen und Krankheiten. Dazu zählen auch der sachgerechte Einsatz antimikrobieller Substanzen sowie Maßnahmen gegen die Verbreitung multiresistenter Erreger.

- **Arzneimitteltherapiesicherheit**
  Hier geht es um alle Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit verbundene vermeidbare Risiken für Patient*innen bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Die Einrichtung soll bei der Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln vermeidbare Risiken, die im Rahmen der Arzneimitteltherapie entstehen, durch geeignete Maßnahmen identifizieren und sicherstellen, dass einschlägige Empfehlungen im Umgang mit Arzneimitteln bekannt sind und angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um sie zu minimieren.

- **Schmerzmanagement**
  Schmerzen vorzubeugen bzw. sie zu reduzieren oder zu beseitigen ist das Ziel des Schmerzmanagements. Es reicht von der Erfassung bis zur Therapie.

- **Vermeidung von Stürzen und deren Folgen**
  Durch Sturzprophylaxe sollen Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit beseitigt oder reduziert werden.

- **Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung**

- **Dokumentation und Nachvollziehbarkeit**
  Thema sind hier insbesondere die Qualitätsziele, die ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen, die systematische Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und die erforderliche Anpassung der Maßnahmen (PDCA-Zyklus).