



Das Qualitätsmanagement ist ein Erfolgsmodell

Der Verbesserungsprozess muss kontinuierlich verfolgt werden

Qualitätsmanagement (QM) ist in den Praxen von Vertragsärzten und –psychotherapeuten längst angekommen. Das belegen die bundesweiten Stichproben der vergangenen Jahre, die von den einzelnen KVen durchgeführt wurden. Die auf der Basis einer Selbstauskunft ermittelten Ergebnisse waren durchweg gut bis sehr gut. Aus der letzten, für das Jahr 2010 erfolgten Berichterstattung der KVen und der KBV an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geht hervor, dass rund 80 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten ein QM-System etabliert und damit ihre QM-Pflicht erfüllt haben.

Nur 0,7 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Stichprobe ausgewählt wurden, haben sich mit QM noch nicht beschäftigt. Die Hälfte der beteiligten Praxen ist mit der Einführung und Weiterentwicklung des praxisinternen QM sogar weiter, als es der offizielle Zeitplan vorsieht. Die guten Ergebnisse sind über alle Fachgebiete hinweg festzustellen. Sehr positiv aufgenommen hat der G-BA auch die hohe Rücklaufquote: 94 Prozent der in 2010 angeschriebenen Praxen hatten ihren QM-Stand dargelegt.

Gerade in diesem Stadium gilt es nun, mit dem eingeführten QM-System am Ball zu bleiben. Qualitätsmanagement ist kein starrer Prozess. Jedes einrichtungsinterne Qualitätsmanagement hat einen Anfang, aber kein Ende. QM wird getragen von der Idee des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das heißt: Die Qualität der eigenen Arbeit soll immer wieder aufs Neue unter die Lupe genommen werden, mit dem Ziel, die eigene Leistungsqualität zu sichern und zu verbessern.

Nach Vorgabe der QM-Richtlinie des G-BA soll die Einführung von QM in den Praxen in vier Phasen erfolgen. Am Anfang stehen zwei Jahre der Planung, gefolgt von zwei Jahren der Umsetzung. Im fünften Jahr wird das QM überprüft und ab dem sechsten Jahr in der vierten und letzten Phase kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Zeitplan begann mit Inkrafttreten der QM-Richtlinie am 1. Januar 2006. Für diejenigen, die später ihre Praxis gegründet haben oder noch gründen, laufen die Fristen erst ab dem

Zeitpunkt der Niederlassung. Im siebten Jahr der QM-Verpflichtung befindet sich demzufolge eine große Mehrheit der Praxen in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung.

In der Einführungsphase von QM werden alle Bereiche der Praxis, wie „Patientenversorgung“, „Praxisführung“, „Mitarbeiter“, „Organisation“ einer näheren Analyse unterzogen. Es werden Praxisroutinen hinterfragt, Rückschlüsse gezogen und Arbeitsabläufe neu organisiert. Weil das nur schrittweise erfolgen kann, formuliert man eine überschaubare Anzahl von Zielen, mit einem realistischen Zeithorizont, und geht in der Zielerreichung strukturiert (PDCA-Zyklus, s. u.) vor. Die QM-Richtlinie nennt für diese systematische Vorgehensweise nicht nur die Grundelemente, die für ein einrichtungsinternes QM relevant sind (Paragraph 3), sondern auch beispielhaft bewährte QM-Instrumente (Paragraph 4).

Jedes erreichte Ziel stellt für die Praxis einen Erfolg dar. Spätestens in Phase 4 - der fortlaufenden Weiterentwicklung - werden die Ergebnisse und Erfolge der geleisteten Arbeit sichtbar. Die verschiedenen Instrumente, wie regelmäßige Teambesprechungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement und weiteres sind etabliert, es liegen erste Erkenntnisse über den praktischen Nutzen vor. In der Weiterentwicklungsphase geht es darum, das „Verbesserungsprogramm“ fortzusetzen und die Wirksamkeit eingesetzter Instrumente zu messen.

Zum Beispiel:

- Wie viele Verbesserungen konnten im Anschluss an eine Patientenbefragung umgesetzt werden?
- Wie viele Maßnahmen konnten aus Mitarbeiterbefragungen umgesetzt werden?
- Welche nachweisbaren Auswirkungen hat ein eingeführtes Beschwerdemanagement in der Praxis?
- Wie viele telefonische Rückfragen waren auf Grund unzureichender Patienteninformationen zu verzeichnen? und so weiter.

Unerlässlich ist auch in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung eine mindestens jährliche Selbstbewertung der Praxis. Sie bestimmt die QM-Strategie der Praxis. Daraus lassen sich jedes Mal aufs Neue konkrete Ziele ableiten, die in einem professionellen QM nach dem gleichen Zyklus umgesetzt werden:

- Festlegen konkreter Qualitätsziele (P=plan)
- strukturiertes und planmäßiges Umsetzen (D=do)
- effizientes Überprüfen (C=Check)
- kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsqualität (A=act)

Der PDCA-Zyklus als „Herzstück“ jedes QM-Systems ist Bedingung und Voraussetzung für ein fortlaufendes und gelingendes QM in der Praxis. Seine Relevanz wird auch in der QM-Richtlinie verdeutlicht, „PDCA“ ist das erst genannte QM-Instrument in Paragraph 4.

Unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung ist heute unstrittig, dass in dieser Weise ausgeführtes QM eine große Chance bietet für:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung
- Wettbewerbsfähigkeit der Praxis
- Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und der Mitarbeiter.

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder in jeder Phase der QM-Einführung und -Weiterentwicklung. Fragen zur Auslegung der QM-Richtlinie beantwortet Karin Artz, Tel. 07121 917-2376. Zu QM-Service- und Beratungsangeboten erfolgt die Kontaktaufnahme über Praxiservice, Telefon 0711/7875-3300 oder per E-Mail: praxiservice@kvbwawue.de.



Falsche Berechnung

In einem Leserbrief zum Interview mit Dr. Georg Scheer (*ergo* 4/11, Seiten 24/25) zum Thema „Substitutionsbehandlung“ nimmt Dr. Rolf Uebe, Bruchsal, Stellung.



Kollege Scheer zitiert:

„...wenn ich 100 Substitutionspatienten habe, verdiene ich so viel, wie wenn ich 700 Psychiatriepatienten behandle“. Als Nervenarzt (fast zu 100 Prozent psychiatrisch tätig) erwirtschaftete ich in 2/11 pro Fall 64,39 Euro. Ich substituiere seit über zehn Jahren seit langem rund 30 wechselnde Patienten, die ich einmal pro Woche sehe. Die Vergabe erfolgt wochentags über Apotheken, am Wochenende gegebenenfalls über Wochenend-take-home.

Das ergibt: Grundpauschale = 750 Punkte GOP 01950 mal 13 = 1360-Punkte GOP 01950 mal 4 = 1430 Punkte. Zusammen: 145,31 Euro - oder etwas mehr als das Doppelte gegenüber dem Fallwert eines Psychiatriepatienten. Dies ist vom siebenfachen weit, weit entfernt!

Natürlich: Wer am Wochenende arbeitet, kann zusätzliches Geld verdienen (GOP 01951 = 235 Punkte zusätzlich) - und wer seine Patienten oft sieht, verdient auch in der Substitution mehr - allerdings nur 110 Punkte pro Kontakt.

Der emotionale Aufwand, der Ärger, die Frustrationen, das Wechselbad (zum Beispiel selbst von langjährigen Patienten noch bei Urinkontrollen gelinkt zu werden, denen es danach leid tut und die wieder erwachsene, zivilisierte Beziehung wollen) das ist ein Stress, den ich sonst nur von akut dekompenzierten Psychotikern oder Borderline-Patienten kenne. Wenn ich dafür das siebenfache des durchschnittlichen Psychiatriepatienten bekäme, das wäre toll. So aber ist nur obige Aussage toll.

Übrigens: Substitution „lohnt“ sich. Hier kann man enorme Verbesserungen gegenüber der Ausgangssituation erleben, Verbesserungen, die größer sind als bei vielen anderen Interventionen in der Medizin. Und die Patienten danken es - bis zum nächsten Ausrutscher“