

# Qualitätsmanagement Glossar

## Akkreditierung

Das im angloamerikanischen Raum benutzte Wort „accreditation“ wird im deutschen Sprachraum in der Regel mit Zertifizierung übersetzt. Das deutsche Wort Akkreditierung ist allerdings nicht mit dem Begriff Zertifizierung gleichzusetzen. Akkreditierung bedeutet hierzulande Erteilung einer Zulassungskompetenz bzw. Zulassungsmacht an eine externe Einrichtung (bzgl. Finanzierung, Teilnahme am Markt, Zulassung zu Ausschreibung etc.) bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen.

## Arbeitsanweisung (AA)

Der Begriff AA kommt aus dem Regelwerk der DIN EN ISO und antwortet auf die Frage „Wie wird in unserer Praxis etwas gemacht?“ Eine AA beschreibt präzise die Ausführung von Tätigkeiten, an denen nur eine Person beteiligt ist. Eine AA soll dafür sorgen, dass festgelegte Arbeitsschritte in einer festgelegten Reihenfolge konsequent durchgeführt werden. Somit ist eine AA eine detaillierte und auf eine Person/Arbeitsplatz heruntergebrochene Verfahrensanweisung (VA).

## Assessment

Dieser englische Begriff wird im Deutschen mit „Bewertung“ übersetzt. Unter Assessment versteht man eine umfassende, regelmäßig wiederkehrende und systematische Prüfung der Tätigkeiten und Ergebnisse in der eigenen Praxis. Ziel ist es, durch die Leistungsüberprüfung eine ständige Verbesserung der Praxisaktivitäten zu erlangen. Je nachdem, wer dieses Assessment durchführt – eigene Organisationsmitglieder oder unabhängige, externe Personen – unterscheidet man zwei Ausprägungen: die Selbstbewertung = Self-Assessment und die Fremdbewertung.

Die Bezeichnung „Assessment“ wird direkt dem EFQM-Modell zugeordnet (Audit und Visitation).

## Assessor

Person, welche ein Assessment durchführt und über die entsprechende Qualifikation dafür verfügt.

## Audit

Im Lateinischen bedeutet „audit“ = er/sie/es hört, abgeleitet von der Grundform „audire“ = hören, zuhören. Somit bedeutet ein Audit nichts anderes, als dass eine entsprechend ausgebildete Person (Auditor) Fragen zur Überprüfung eines Qualitätsmanagementsystems (z. B. „Wie machen Sie ...“, „Wie stellen Sie sicher...“, etc.) stellt und dann die Antworten aufnimmt und bewertet. Nach der Definition der DIN EN ISO ist ein Audit ein systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess oder ein Begutachtungsverfahren, um festzustellen, ob die Tätigkeiten und die damit zusammenhängenden Ergebnisse den Auditanforderungen entsprechen.

Man unterscheidet zwei Formen von Audits:

- Interne Audits werden von oder im Namen der eigenen Praxis für interne Zwecke durchgeführt.

- Externe Audits werden von externen, unabhängigen Organisationen durchgeführt; hauptsächlich sind hiermit die Zertifizierungsunternehmen gemeint, es könnten aber auch z. B. Zulieferer einen Auditwunsch äußern.

### **Auditor**

Person mit der Qualifikation, ein Audit durchzuführen.

### **Behandlungspfad**

Dies ist eine Sonderform der institutionellen Leitlinie, bei der die fallbezogene Betrachtungsweise im Vordergrund steht und die eine Standardisierung der medizinisch/pflegerischen sowie organisatorischen Prozesse zum Ziel hat (Voraussetzung des Case Managements).

### **Benchmarking**

Prozess des Vergleichens und Messens der eigenen Produkte, Dienstleistungen und Prozesse mit den besten Wettbewerbern; Ziel ist es, aus dem Vergleich mit dem besten die wirkungsvollsten Methoden (Best Practice) herauszufinden und zu übernehmen.

### **Benchmarks**

Benchmarks sind Kennzahlen von konkurrierenden Unternehmungen in einer Branche, die systematisch miteinander verglichen werden.

### **Beschwerdemanagement**

Unter einem Beschwerdemanagement ist die Nutzung von Beschwerden als Instrument zur Qualitätsverbesserung zu verstehen. Beschwerden werden im QM immer als eine Möglichkeit gesehen, Prozesse positiv zu verändern, Schwachstellen zu beseitigen und die Kunden zufriedenzustellen. Entscheidend ist also nicht die Beschwerde an sich, sondern der Umgang mit der Beschwerde.

### **Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln**

Dies bedeutet, das tägliche Tun zu beleuchten, kritisch zu hinterfragen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, damit die QM-Ziele Effizienz, Effektivität, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung erreicht werden können. Hierzu ist es wichtig zu systematisieren, zu objektivieren und Vorgänge transparent und messbar zu gestalten. Aus diesen Ergebnissen lassen sich Strategien entwickeln, die dazu beitragen, dass eine Praxis nach innen und außen erfolgreich dasteht. Dies können beispielsweise Untersuchungsstatistiken, Patientenzahlen, Überweisungsverhalten, Fehlerquoten etc. sein.

### **Bottom up**

Maßnahmen, Veränderungen, Zielvorgaben und Politik der Organisation werden von den Mitarbeitern aus allen Ebenen bis hin zur Leitung, also von „unten nach oben“ initiiert. Der Prozess wird von den Beteiligten selbst (mit-)gestaltet und nicht von oben vorgegeben. Im Qualitätsmanagement ist es besonders wichtig, dass dieser Prozess wechselseitig verläuft – von oben nach unten (Top down) und von unten nach oben (Bottom up).

## **Brainstorming**

Dies bedeutet, dass bei der Diskussion um die Ideenfindung zu einem Thema alle Ideen gesammelt und unbeurteilt dokumentiert werden. Am Ende einer solchen Gruppendiskussion werden die einzelnen Vorschläge dann systematisiert und von der Gruppe bewertet.

## **Case-Management**

(Managed Care) bedeutet die strukturierte Führung/Betreuung eines einzelnen Patienten.

## **CEN**

Comité Européen de Normalisation – Europäische Normierungsbehörde ähnlich DIN und ISO

## **Checkliste**

Der frühere Begriff für Checkliste war „Merktafel“ oder „Gedächtnisstütze“. Heute sind Checklisten eine Zusammenstellung von logisch abgeleiteten und aus der Erfahrung gewonnenen Fragen, die dafür sorgen sollen, dass alle möglichen Schwachstellen der Praxis erkannt und beseitigt werden. Checklisten sind damit im Grunde genommen Kontrolllisten, mit deren Hilfe das einwandfreie Funktionieren von Abläufen/Funktionen oder das Vorhandensein notwendiger Ausrüstungsgegenstände sichergestellt wird.

## **Compliance**

Dies bedeutet einverständliche Mitarbeit. Patienten-Compliance bedeutet die Bereitschaft und Mitarbeit des Patienten, die therapeutischen und prophylaktischen Anordnungen des Arztes zu befolgen.

## **DAkkS**

Die DAkkS (Deutsche Akkreditierungsstelle) ist die nationale Akkreditierungsstelle der Bundesrepublik Deutschland.

## **DIN**

Deutsches Institut für Normung e. V. – Das DIN ist auf der Basis eines Vertrags mit der Bundesrepublik Deutschland verantwortlich für die Normungsarbeit in Deutschland. Das DIN koordiniert ferner die Normungsaktivitäten auf internationaler Ebene und ist diesbezüglich „nationale Spiegelorganisation“ zu ISO und CEN.

## **DIN EN ISO**

Deutsche Industrienorm – Europäische Norm – Internationale Standardisierungsorganisation; Dies bedeutet, dass diese Norm weltweit (D/Europa/International) gültig ist.

## **DIN EN ISO 9000 ff**

Diese Internationale Normenreihe für ein QM-System stammt aus dem Ende der 80er Jahre und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Sie gibt Empfehlungen zur Organisation, zum Aufbau, zur Aufrechterhaltung, zur Dokumentation, zu internen und externen Kontrollen sowie zur Zertifizierung von QM-Systemen.

## **Dokumentation**

Mit Dokumentation wird die Niederschrift oder technische Protokollierung von (z. B. medizinischen) Handlungen, Ereignissen und Ergebnissen bezeichnet. Im QM müssen auch qualitätsrelevante Dinge dokumentiert werden, z. B. Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Schulungen etc.

## **EbM**

Evidence-based-Medicine (EbM) oder zu Deutsch evidenzbasierte Medizin; Dies bedeutet, dass der praktizierende Arzt seine individuelle klinische Erfahrung mit der bestmöglichen, verfügbaren externen klinischen Evidenz aus systematischer Forschung verbindet.

## **Effektivität**

Dies bedeutet, dass eine Maßnahme effektiv ist, wenn sie geeignet ist das formulierte Ziel zu erreichen (Wirksamkeit). Unter Effektivität versteht man auch den Grad der Zielerreichung.

## **Effizienz**

Von Effizienz spricht man, wenn eine Maßnahme eine vorgegebene Wirkung mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert (Wirtschaftlichkeit). Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

## **EFQM**

European Foundation for Quality Management. Freiwillige Vereinigung auf europäischer Ebene zur Förderung des QM. Das QM-Modell der EFQM besteht aus neun sogenannten Befähiger- und Ergebniskriterien. Schwerpunkt ist die regelmäßige Selbstanalyse der Prozesse in der Organisation und deren Bewertung auf dem Weg zu „business excellence“ (TQM).

## **EN**

Europäische Norm

## **EPA**

Europäisches Praxisassessment. In einem internationalen Projekt wurde das holländische Visitatie weiterentwickelt und den Bedingungen verschiedener Gesundheitssysteme angepasst.

## **Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität wird z. B. anhand der Veränderung des Gesundheitszustandes eines Patienten als Ergebnis bestimmbarer, therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen bzw. Interventionen in den Versorgungsabläufen gemessen.

## **Excellence**

Dies ist definiert als überragende Vorgehensweise beim Managen einer Organisation und Erzielen ihrer Ergebnisse auf Basis von bestimmten Grundkonzepten. Das Streben nach „excellence“ ist das Grundprinzip des EFQM-Modells.

## **Externe Qualitätssicherung**

Sie beinhaltet Qualitätssicherungsmaßnahmen, die vergleichende Prüfungen mit anderen Institutionen ermöglichen. Referenzdaten werden vorgegeben und die gemessenen Ergebnisse entsprechend ausgewertet.

## **Feedback**

Dies ist die Rückmeldung/Rückkoppelung über das eigene Verhalten/Handeln. Feedback hat somit deutlichen Einfluss auf das Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung.

## **Fehlermanagement**

Fehler sind nach der DIN EN ISO 8402 „die Nichterfüllung einer Anforderung“. Im QM werden Fehler als Verbesserungspotential und Chance angesehen. Fehler werden nach ihrer Ursache, nach dem Ereignis ihres Eintretens oder aber auch nach dem Fehlverhalten unterschieden.

In den 50er Jahren war die Fehlerforschung eine der Wurzeln der späteren Qualitätssicherung. Fehlersuche, Fehleranalyse, Fehlerursachenanalyse, Fehlervermeidung sowie die Fehlerkultur (Umgang mit Fehlern) gehören daher unter den Sammelbegriff Fehlermanagement.

## **Führungskompetenz**

Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement sind Aufgabe der Führung (Praxisinhaber) und der verantwortlichen Qualitätsbeauftragten. Hierzu werden spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten benötigt. Für erfolgreiches QM bedarf es z. B. einer ergebnisorientierten Teamarbeit, Eigen- und Fremdmotivation, Konfliktfähigkeit und Veränderungsbereitschaft.

## **Gatekeeper**

Ein Gatekeeper ist im Gesundheitswesen der Hausarzt (Allgemeinarzt, Kinderarzt, hausärztlich tätiger Internist), der die Grundversorgung des Patienten managt und alle Behandlungsschritte koordiniert.

## **Gütesiegel**

Nach bestandener Qualitätsprüfung erhält die Praxis von einem/r externen Unternehmen/Institution ein als Markenzeichen eingetragenes Qualitätssiegel. Für Güte- und Prüfbestimmungen sind Kriterien definiert, nach denen in einem standardisierten Verfahren die Prüfung vorgenommen wird.

## **Indikator**

Indikator kommt vom lateinischen „indicare“, was anzeigen/offenbaren/angeben bedeutet. Unter einem (Qualitäts-)Indikator versteht man eine (messbare) Größe, die eine Aussagekraft in Bezug auf die Qualität der Versorgung in einem ausgewählten Bereich besitzt. Man könnte ihn als qualitätsbezogene Kennzahl bezeichnen.

## **Interne Qualitätssicherung**

Dies umfasst die innerhalb einer Institution selbst durchgeführten QS-Maßnahmen. Hierzu gehört in einer Praxis die Erhebung von Daten sowie die Analyse bzw. der Soll-/Ist-Vergleich anhand von Referenzdaten.

## **ISO**

ISO = International Organization for Standardization; Deutsches Mitglied ist die (➡ siehe) DIN.

## **JCAHO**

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization ist eine gemeinsame Kommission für die Akkreditierung von Organisationen des Gesundheitswesens in den USA. Eine private Vereinigung ohne Gewinnzweck, die Regeln für den Betrieb von Gesundheitseinrichtungen erlässt, Umfragen durchführt und Akkreditierungen vornimmt.

## **Kaizen**

Das Wort Kaizen setzt sich aus den beiden japanischen Wörtern Kai („Veränderung“) und Zen („zum Besseren“) zusammen. Kaizen ist die Philosophie, dass kontinuierliche, unendliche Verbesserung in allen Bereichen unter Einbeziehung aller Mitarbeiter anzustreben ist. Im deutschen Sprachraum verwendet man die Bezeichnung „kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ (KVP).

## **KTQ®**

KTQ® steht für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“. Ein von der Bundesärztekammer, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Deutschen Pflegerat und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickeltes, spezifisches Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, welches inzwischen auf den ambulanten Bereich angepasst wurde.

## **Kundenorientierung**

Kundenorientierung bedeutet: die Erwartungen der Kunden zu erfassen und zu bewerten; die eigenen Kunden darüber zu informieren, was man leisten kann und will; die Erwartungen der Kunden dann zu erfüllen, soweit man kann und will und anschließend zu überprüfen, inwieweit man diese Erwartungen erfüllt hat, um die eigene Arbeit kontinuierlich zu verbessern.

## **Kundenzufriedenheit**

Meinung eines Kunden zum Maß, in dem ein Vorgang die Erfordernisse und Erwartungen des Kunden erfüllt hat.

## **KVP**

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (Kaizen und PDCA)

## **Leitbild**

Praxisleitbild

## **Leitlinien**

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie verstehen sich als Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren für Maßnahmen bzw. für die Versorgung von Erkrankungen nach bestverfügbarer Evidenz. Am schnellsten findet man in Deutschland Leitlinien über das Leitlinienportal des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ([www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)).

## **Managed Care**

Managed Care (MC) kann übergeordnet als „Geführte Versorgung“ übersetzt werden. Eine exakte Definition des Begriffes gibt es jedoch nicht. In MC-Modellen wird versucht, den einzelnen Patienten über Zuweisungs- und Behandlungsrichtlinien jeweils der kostengünstigsten Behandlungsform auf einem definierten Behandlungsniveau zuzuführen. Unterschiedlichste private oder staatliche Organisationen können hierzu verschiedene MC-Techniken zur Erreichung ihrer Ziele anwenden.

## **Management Review**

Bericht des Qualitätsbeauftragten über das bestehende QM-System mit Verbesserungsvorschlägen.

## **Mitarbeiterbefragung**

Die Qualität der Arbeit in einer Praxis wird deutlich durch die Mitarbeiterzufriedenheit geprägt. Daher sollte durch regelmäßige Befragung der Mitarbeiter (mündlich, z. B. als Interview im Rahmen eines strukturierten Mitarbeitergespräches oder schriftlich, hier ist bei kleineren Praxen das Problem der Anonymität zu beachten) deren Meinung bzgl. aller Praxisangelegenheiten einschl. der Arbeitszufriedenheit eingeholt werden. Die Ergebnisse dieser Befragungen stellen das Verbesserungspotential der Praxis dar und sollten entsprechend genutzt werden.

## **Mitarbeiterorientierung**

Dies ist die Grundhaltung in einem Unternehmen/Praxis, bei der jeder einzelne Mitarbeiter als Träger wichtiger Fähigkeiten zur Problemlösung betrachtet und entsprechend behandelt wird.

## **Mitarbeiterzufriedenheit**

Im QM werden Mitarbeiter als eine Ressource zur Wertschöpfung betrachtet, deren Nutzen es zu optimieren gilt. Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wesentlicher Faktor für eine Praxis und ist daher abhängig vom Führungsverhalten sowie der Motivation des Praxisteam. Kennzahlen der Mitarbeiterzufriedenheit sind: Fluktuation, Fehlzeiten, Fehlerquote, Möglichkeiten der Weiterqualifikation oder der Zufriedenheitsgrad bei Befragungen.

## **Moderator**

Person, die die Leitung und ggf. Vorbereitung einer Veranstaltung/Gesprächsrunde mit mehreren Teilnehmern (z. B. Teambesprechung, Qualitätszirkel, etc.) übernimmt. Das im ursprünglichen Wortsinn enthaltene „moderieren“ (= mäßigen) gilt dabei als ebenso wichtig, wie die Anregung zu einer sachlichen Auseinandersetzung.

## **Organigramm**

Organisationsdiagramm, strukturierte grafische Darstellung von Fähigkeiten und Verantwortung der Mitarbeiter in einer Organisation

## **Outcome**

In komplexen Gesundheitsorganisationen hat das Messen der Behandlungs- und Betreuungsergebnisse (= Outcome) zur Steuerung und Verbesserung der Qualität professionellen Handelns eine zentrale Bedeutung. Outcome-Messungen dienen somit der Beurteilung der Ergebnisqualität gesundheitlicher Versorgung.

## **Pareto-Prinzip**

Das Pareto-Prinzip oder die 80/20-Regel ist nach dem italienischen Ökonom Vilfredo Pareto benannt. Sie besagt, dass die meisten Auswirkungen eines Problems (80 Prozent) häufig nur auf eine kleine Anzahl von Ursachen (20 Prozent) zurückzuführen sind. Nach Erfassung und Auswertung von Problemen/Fehlern und ihren Ursachen in einem festgelegten Zeitraum kann die Behebung der häufigsten Fehlerursachen (20 Prozent) eine beträchtliche Reduktion der Probleme und Fehler bewirken (80 Prozent). Die Anwendung des Pareto-Prinzips ermöglicht daher die effiziente Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.

## **Patientenaufklärung**

Alle Maßnahmen/Behandlungen, die den Patienten betreffen, setzen dessen Zustimmung voraus. Somit hat der Patient das Recht, die für seine Entscheidung notwendigen Informationen und kompetente Beratung zu erhalten. Das verankerte Recht des Patienten auf Aufklärung besagt, dass Patienten in für ihn verständlicher Weise informiert, aufgeklärt und beraten werden.

## **Patientenbefragung**

Zur Messung der Patientenzufriedenheit sollten Befragungen durchgeführt werden, um die Wirkung von Maßnahmen festzustellen und die eigene Dienstleistungsqualität zu verbessern. In der Regel dienen hier Fragebögen zur Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) und zur Messung sowie Beurteilung von qualitätssichernden Maßnahmen oder auch als Abschlussfragebogen nach einer beendeten Therapie. Hier ist zu beachten, dass erst im Verlauf mehrerer Patientenbefragungen zu erkennen ist, ob eingeleitete Maßnahmen zu einer Veränderung führen.

## **Patientencharta**

Die Charta des Bundesministeriums der Justiz beschreibt die Rechte der Patienten auf Beratung, ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, Information und Aufklärung. Sie geht auf Erwartungen, Rechte und Pflichten von Patienten und Ärzten ein und macht so die differenzierten Regelungen des Arztrechts für Patienten durchsichtiger. Künftig haben es Patienten leichter, ihre Rechte geltend zu machen. Die Patientencharta regelt zwei Bereiche, nämlich das Behandlungsverhältnis und den Schadensfall. Innerhalb des Behandlungsverhältnisses wird verdeutlicht, welche Qualität eine medizinische Behandlung haben muss.

## **Patientenrechte**

(⇒ siehe) Patientencharta



## **Patientenzufriedenheit**

„Den Patienten als Kunden sehen“ – Orientiert man sich an der Zufriedenheit der Patienten, müssen alle Arbeitsabläufe und Prozesse in der Praxis mit den Bedürfnissen der Patienten abgestimmt werden, d. h. der Patient steht wirklich im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns. Nur ein zufriedener Patient kommt wieder und nur zufriedene Patienten wirken als positive Multiplikatoren und damit als Werbeträger für die Praxis. Zur Feststellung der Patientenzufriedenheit sollten als ein Kontrollinstrument regelmäßig (➔ siehe) Patientenbefragungen durchgeführt werden.

## **Peer Review**

Unter Peer Review versteht man eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion des/r eigenen Handelns/Leistungsfähigkeit durch Angehörige der eigenen Berufsgruppe. Fachlich gleichgestellte ärztliche Kollegen (peers) beraten sich gegenseitig. Ziel ist auch hier die kontinuierliche Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung.

## **PDCA-Zyklus**

Auch Deming-Zyklus, nach dem Mitbegründer der Qualitätswissenschaft, dem Amerikaner W. E. Deming genannt. PCDA steht für Plan, Do, Check und Act. Der PDCA-Zyklus beschreibt das praktische Vorgehen im QM. Unabhängig davon, ob Produkte hergestellt oder Dienstleistungen erbracht werden gilt: Alles, was wir tun, sollte

- hinreichend geplant sein (Plan),
- ordentlich ausgeführt werden (Do),
- wo immer sinnvoll und möglich überprüft werden (Check) und
- wenn nötig, nachgebessert werden (Act)

und dies alles in einem kontinuierlich fortschreitenden und rollierenden Prozess.

## **Praxisleitbild**

Es formuliert die angestrebte Identität des Unternehmens. Basis sind die gelebte Unternehmenskultur sowie Wünsche und Erwartungen der Praxismitarbeiter und externer Berufsgruppen. Das Leitbild bestimmt den Kurs der Praxis. Es steckt den Rahmen für künftiges Handeln durch einen Katalog an Kriterien ab, der Werte und Bekenntnisse der Unternehmensführung zum unternehmerischen Handeln enthält und Normen für das Verhalten setzt.

## **Prozessqualität**

Dies ist ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, welcher alle medizinischen Aktivitäten unter Einbeziehung der interpersonellen und interaktionalen Aspekte umfasst. Dazu gehört die Art und Weise der Diagnostik und Therapie, z. B. der Medikamentenverordnung, aber auch der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung, Rechtzeitigkeit der jeweiligen Behandlungsschritte, Angemessenheit etc. Der Behandlungsprozess wird u. a. beeinflusst durch die Persönlichkeit und Einstellung von Arzt und Patient sowie der Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte.

## **QEP**

QEP steht für „Qualität und Entwicklung in Praxen“ und ist ein speziell für den ambulanten Bereich entwickeltes QM-Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

## **Qualität**

Für die Bedeutung von „Qualität“ gibt es eine große Anzahl an Definitionen. Nach Donabedian lässt sich die Qualität in der medizinischen Versorgung in drei verschiedenen Qualitätsdimensionen unterscheiden: Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität. Nach der DIN EN ISO 8402 ist Qualität die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Gute Qualität im Gesundheitswesen erkennt man vor allem an

- einem guten medizinischen und pflegerischen Ergebnis,
- einem hohen Maß an Professionalität in der Diagnostik und Behandlung,
- einer hohen Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen,
- einer hohen Zufriedenheit des Praxisteam und
- einem effizienten Ressourceneinsatz.

## **Qualitätsbericht**

Dokumentation und Veröffentlichung der Qualität der erbrachten Leistungen, einschl. getätigter interner und externer Qualitätssicherungsmaßnahmen – Erhebung des Ist-Zustandes. Die Verpflichtung für die Erstellung eines Qualitätsberichts gibt es bisher nur für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erstmals im Jahre 2005 rückwirkend für das Jahr 2004. Inhalt und Umfang des im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts sind § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V zu entnehmen.

## **Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) oder Qualitätsmanagementkoordinator (QMK)**

Je nach QM-System kann der Begriff variieren. Gemeint ist ein interner Dienstleister bzw. Berater, der die (Unternehmens-)Leitung bei der Implementierung und Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagements unterstützt. Bis zur Version 2015 wurde diese Stellenbesetzung in der DIN EN ISO 9001 explizit gefordert (Beauftragter der obersten Leitung).

Die QM-Richtlinie empfiehlt, eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter mit der Koordination des QM zu beauftragen. Aufgaben sind,

- die für das QMS erforderlichen Prozesse einzuführen, zu verwirklichen und aufrechtzuerhalten,
- der obersten Leitung über die Leistung des QMS und jegliche Notwendigkeit für Verbesserungen zu berichten und
- die Förderung des Bewusstseins über die Kundenanforderungen in der gesamten Organisation sicherzustellen.

## **Qualitätsbewertung**

Sie bezeichnet eine systematische Untersuchung, die darlegt, inwieweit eine Einheit fähig ist, die festgelegten Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

## **Qualitätsmanagement**

Aus der Vielzahl vorhandener Definitionen werden an dieser Stelle folgende Ansätze vorgestellt:

1. Unter QM versteht man, systematisch die Unterschiede zwischen angestrebten (Soll) und tatsächlich erreichten Leistungsresultaten (Ist) aufzuzeigen, die Ursachen zu analysieren und Verbesserungen einzuleiten.
2. QM ist eine Symbiose aus betriebswirtschaftlicher Praxisführung und medizinischen Bestleistungen.
3. Nach Crosby (1979) ist QM ein „... systematischer Weg, um sicherzustellen, dass Maßnahmen so ausgeführt werden, wie sie geplant sind... es geht darum, Probleme von Anfang an zu vermeiden, indem die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Vermeidung möglich machen“.

## **Qualitätsmanagement-Handbuch**

Dies ist ein Dokument, in dem die Qualitätspolitik der Praxis festgelegt und das QM-System beschrieben wird. Ein QM-Handbuch kann sich auf die Gesamtheit der Tätigkeiten einer Arztpraxis oder nur auf einen Teil davon beziehen. Titel und Zweckbestimmung des Handbuches spiegeln den Anwendungsbereich wider.

## **Qualitätsmanagement-System**

zur Verwirklichung des QM erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel; Bei der Gestaltung des eigenen QM-Systems sind die Praxen grundsätzlich frei. Will man auf vorhandene Systeme zurückgreifen, sind die Modelle der DIN EN ISO 9000:2000 ff und der EFQM international am bekanntesten. Für den vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Bereich in Deutschland wurde von der KBV ein eigenes QM-Modell QEP® entwickelt.

## **Qualitätsplanung**

Sie beinhaltet Tätigkeiten, welche die Ziele und Qualitätsanforderungen sowie die Forderungen für die Anwendung der Elemente des QM-Systems festlegen.

## **Qualitätspolitik**

Umfassende Absichten und Zielsetzungen einer Organisation zur Qualität, wie sie durch die Leitung formell ausgedrückt werden.

## **Qualitätsprüfung**

Unter Qualitätsprüfung versteht man das planmäßige Messen der Ergebnisse, der Prozesse und Strukturen zum (statistischen) Erfassen evtl. Abweichungen von den festgelegten Standards (veraltet: Qualitätskontrolle).

## **Qualitätsüberwachung**

Dies bedeutet Vorbeugung von Verschlechterungen oder Beeinträchtigungen eines QM-Prozesses durch Beobachtungs- und Überwachungstätigkeiten.

## **Qualitätsziele**

Nach der DIN EN ISO 9000:2015 ist ein Qualitätsziel ein „Ziel bezüglich Qualität“ und beruht üblicherweise auf der Qualitätspolitik der Organisation.

## **Qualitätszirkel**

Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gegründete Foren (Kleingruppen) für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit einen Lernprozess zum Ziel hat.

## **Richtlinien**

Dies sind von einer rechtlich legitimierten Institution (vom Gesetzgeber direkt, der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer regionalen KV) konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

## **Risk-Management**

Dies ist ein Bestandteil der Qualitätssicherung. Risk-Management und Qualitätssicherung grenzen sich gegeneinander ab, z. B. aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen und den verwendeten Methoden zur Analyse und Bearbeitung. Risk-Management soll Schwachstellen in der Praxis suchen, die zu Haftungsansprüchen führen können oder schon solche bewirkt haben. Qualitätssicherung hingegen beschäftigt sich mit der Analyse und Bearbeitung von gegenwärtigen und zukünftigen Problemen.

## **Stellenbeschreibung**

Verbindliche, in schriftlicher Form abgefasste Fixierung der organisatorischen Eingliederung einer Stelle im Betrieb hinsichtlich ihrer Ziele, Aufgaben, Kompetenzen, Pflichten etc.

## **Strukturqualität**

Dies ist ein Qualitätsaspekt in der medizinischen Versorgung, der durch Rahmenbedingungen im Einzelfall und durch politische und ökonomische Faktoren bestimmt wird. Hierzu gehören beispielsweise die apparative Ausstattung der Praxis sowie die fachliche Qualifikation des Praxisinhabers, etc. Die Anforderungen im Einzelnen werden dazu in (➡ siehe) Richtlinien vorgegeben.

## **Supervision**

Unter Supervision versteht man die Überwachung eines Prozesses. Supervision wird häufig im therapeutischen Bereich eingesetzt, um die interpersonelle Qualität des Arztes oder Mitarbeiter verhalten zu beobachten, zu hinterfragen, zu korrigieren und weiterzuentwickeln.

## **Top down**

Bei Top down verlaufen die Prozesse für Maßnahmen, Veränderungen, Zielvorhaben und Politik der Organisation von oben nach unten, d. h. vom Praxisinhaber zum Praxismitarbeiter. Im Qualitätsmanagement ist es besonders wichtig, dass dieser Prozess wechselseitig verläuft (Bottom up).

## **Total Quality Management (TQM)**

Der englische Begriff steht für umfassendes Qualitätsmanagement. Die Weiterentwicklung von QM zu TQM als ganzheitlicher, unternehmensweiter Managementansatz beinhaltet die besondere Hervorhebung einer konsequenten Mitarbeiterorientierung, unter Einbeziehung von Umwelt, Gesellschaft und Partnerschaften. TQM ist das Ziel des EFQM-Modells.

## **Tracer**

Man spricht auch von Tracerdiagnosen (diagnoseabhängige Kriterien). Tracer messen das Ergebnis von häufigen Diagnosen bzw. deren Behandlungen. Sie werden deshalb nicht über eine gesamte Organisation, sondern nur bei Patienten mit diesen Behandlungsdiagnosen erhoben (Outcome).

## **Umfassendes Qualitätsmanagement**

Deutscher Begriff für (⇒ siehe) TQM.

## **Ursachen-Wirkungs-Diagramm**

Es wird auch Ishikawa- oder Fischgräten-Diagramm genannt. Ein Ursachen-Wirkungs-Diagramm unterstützt die Zerlegung eines Problems in seine Ursachen. Zu einem Problem werden (Wirkungen) mögliche oder bekannte Einflüsse (Ursachen) gesammelt. Diese werden wiederum in Haupt- und Nebenursachen unterteilt und anschließend graphisch dargestellt. Durch eine darauf folgende Bewertung ergeben sich einige wenige Ursachenschwerpunkte, die wieder weiter untersucht werden können.

## **Verfahren**

Festgelegte Art und Weise, eine Tätigkeit oder einen Prozess auszuführen.

## **Verfahrensweisung (VA)**

VAs sind Regeln, die festlegen, wie die Praxis regelmäßig wiederkehrende qualitäts-, risiko-, ökonomie- und servicerelevante Prozesse gestaltet, an denen mehr als eine Person beteiligt ist.

## **Verbesserungs-/Vorschlagswesen**

Im QM ist es wichtig, Fehler zu verhindern, anstatt sie zu beheben. An dieser Stelle setzt das betriebliche Verbesserungswesen an, das Einzel- und Gruppenvorschläge zur Verbesserung von Schwachstellen und zur Lösung bestimmter Problemfelder aufgreift.

## **Verschwendungspotentiale**

QM leistet einen Beitrag Schwachstellen aufzuspüren, z. B. wo in der Praxis Zeit, Geld und Qualität verloren geht und wie Standards, Checklisten und Bestwerte helfen können, Zielsetzungen ohne großen Ressourcenverlust zu erreichen.

## Visitation

Parallelbegriff zum (⇒ siehe) Audit (QM-System der DIN EN ISO) für das (⇒ siehe) KTQ®- oder QEP®- Verfahren; Vorgang der Krankenhaus- oder Praxisbegehung zur Begutachtung/Überprüfung der vorgegebenen Standards

## Visitor

Visitor ist ein weiterer Begriff für Qualitätsprüfer analog zum (⇒ siehe) Auditor und (⇒ siehe) Assessor. Ein Visitor soll im Rahmen des QEP®- oder KTQ®-Zertifizierungsverfahrens die Fremdbewertung des QM-Systems vornehmen, eine entsprechende Ausbildung ist auch hier Voraussetzung.

## Zertifizierung

Eine Zertifizierung ist ein Verfahren, in dem ein unparteiischer Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit vorgeschriebene Anforderungen erfüllt. Dieser Begriff als Synonym für eine Überprüfung des QM-Systems wird oft für alle Systeme benutzt und damit missbraucht. Der Begriff ist der DIN EN ISO zuzuordnen. Die Überprüfung der Norm wird während eines Audits durch einen Auditor vorgenommen.

## Zertifizierungsunternehmen/Zertifizierer

Ein Unternehmen, welches eine Fremdbewertung auf Antrag der zu prüfenden Einrichtung anhand der DIN EN ISO-Normen durchführt und bei bestandener Überprüfung dieser Einrichtung ein entsprechendes Zertifikat vergeben darf. Eine Liste der zugelassenen Zertifizierer für das Gesundheitswesen kann bei der DAkks auf deren Homepage ([www.dakks.de](http://www.dakks.de)) recherchiert werden.

## Quellen

- BÄK: Glossar der BÄK, zu finden auf der Homepage ([www.baek.de](http://www.baek.de))
- Wölker, Theresa: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Ärzte- Verlag, Neu-Isenburg 2002
- GMDS: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 34/1 (2003) S. 1 – 61, Urban & Fischer Verlag
- DIN: DIN EN ISO 9000:2000ff, Beuth Verlag
- Nüllen, H., Noppeney T.: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis, Deutscher Ärzteverlag, Köln 2003
- Gerlach, Ferdinand M.: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik, Thieme Verlag, Stuttgart 2001
- QEP®: [www.kbv.de/qep](http://www.kbv.de/qep)
- KTQ®: KTQ-Manual für den „Niedergelassenen Bereich“
- QMA: Glossar der ÄZQ, zu finden auf der Homepage ([www.q-m-a.de](http://www.q-m-a.de))

## QM und Beratung zum Praxismanagement

Ihre Ansprechpartner des Praxisservice zu den Themen Praxismanagement und QM erreichen Sie über:

Praxisservice:           Tel.     0711 7875-3300  
                                  Fax:     0711 7875-483300  
                                  E-Mail: [praxisservice@kvbawue.de](mailto:praxisservice@kvbawue.de)

