



Datum

Frau  
Vera Mustermann  
Musterstraße 1  
0000 Musterhausen

Muster

## Fragebogen zum Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in Ihrer Praxis/ Einrichtung\*

Bevor Sie die folgenden Fragen zum Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements Ihrer Praxis / Einrichtung und der entsprechenden Phase, in der Sie sich befinden, beantworten, nutzen Sie den beigefügten „Selbstbewertungsbogen für die Einrichtung“. Mit Hilfe dieses Selbstbewertungsbogens können Sie einen Ist-Zustand Ihrer Praxis/ Einrichtung im Bezug auf QM ermitteln.

**Sie befinden sich derzeit in Phase >«Phase»<  
Bitte beantworten Sie im folgenden Fragebogen mindestens die Fragen bis zur Phase >«Phase»<, in der Sie sich befinden sollten.**

Informationen und eine erläuternde Graphik zur Umsetzung der QM-Richtlinie und den verschiedenen Phasen finden Sie in der beiliegenden QM-Kurzinformation unter „Zeitraumen zur Einführung und Umsetzung“.

\* Ihre Daten werden ausschließlich für die Erhebung des QM und für die Weiterentwicklung unseres Dienstleistungsangebotes verwendet. Es erfolgt keine personen- oder einrichtungsbezogene Weitergabe der Daten. Wir versichern Ihnen außerdem, dass alle von Ihnen gemachten Angaben nach einem Jahr gelöscht werden.

		Ja	Nein, bisher noch nicht		
<b>Phase I „Planung“</b>	1	<p><b>Wir/ Ich haben eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis / Einrichtung durchgeführt.</b></p> <p>Falls Sie den beiliegenden Selbstbewertungsbogen für Ihre Praxis/ Einrichtung ausgefüllt haben, liegt Ihnen eine Ist-Einschätzung vor, aus der Sie für Ihren QM-Aufbau und Ihre Praxistätigkeit Rückschlüsse ziehen können. Sie können dann diese Frage mit JA beantworten</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<p><b>Wir/ Ich haben konkrete Ziele für den Aufbau des internen QM festgelegt.</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<p><b>Wir/ Ich führen weitere Maßnahmen zur Planung des internen QM durch.</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	<p><b>Haben Sie einen für das interne Qualitätsmanagement zuständigen Arzt bzw. Psychotherapeut konkret benannt?</b> Selbstverständlich können Sie auch selber der für QM Zuständige sein.</p> <p>Dies ist nur relevant, wenn in Ihrer Praxis/ Einrichtung <b>mehrere</b> Vertragsärzte bzw. Psychotherapeuten tätig sind.</p> <p>Wenn die in Ihrer Praxis/ Einrichtung <b>nicht der Fall</b> ist, beantworten Sie diese Frage bitte mit <b>Ja</b>.</p> <p>_____</p> <p>Name des zuständigen Arztes bzw. Psychotherapeuten</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	<p><b>Ich und/ oder mein Kollege bzw. Mitarbeiter haben bereits an Fortbildungskursen zum Qualitätsmanagement teilgenommen.</b> (Die Beantwortung dieser Frage ist freiwillig)</p> <p><b>Wenn ja, an welchen?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja	Nein, bisher noch nicht		
<b>Phase II „Umsetzung“</b>	6	<p><b>Wir/ Ich haben auf der Grundlage der in Phase I erfolgten Analysen und Planungen konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ergriffen.</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	<p><b>In der Praxis / Einrichtung führen wir derzeit alle für die Einrichtung anwendbaren<sup>1</sup> Grundelemente nach § 3 der QM-Richtlinie unter Verwendung aller Instrumente nach § 4 ein.</b></p> <p>Um einen Überblick darüber zu bekommen, welche Grundelemente und Instrumente Sie in Ihrer Praxis/ Einrichtung noch einführen müssen, können Sie den beiliegenden Selbstbewertungsbogen nutzen.</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> nicht anwendbar sind beispielsweise Elemente / Instrumente zur  
- Mitarbeiterorientierung, wenn die Einrichtung keine Mitarbeiter beschäftigt oder

			Ja	Nein, bisher noch nicht
<b>Phase III „Überprüfung“</b>	8	<b>Wir/ Ich haben die Praxis/ Einrichtung hinsichtlich der Einführung der Elemente und Instrumente des Qualitätsmanagements erneut selbst-bewertet.</b> (nach §§ 3 und 4 der QM-Richtlinie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	<b>Wir/ Ich haben bei dieser Selbstbewertung auch überprüft, inwieweit wir/ ich die festgelegten Ziele in Bezug auf die Elemente und Instru-mente des Qualitätsmanagements erreicht haben.</b> (nach §§ 3 und 4 der QM-Richtlinie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Ja</b>	<b>Nein, bisher noch nicht</b>
<b>Phase IV „fortlaufende Weiterentwicklung“</b>	10	<b>Unser einrichtungsinternes Qualitätsmanagement entwickeln wir/ ich fortlaufend weiter.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	<b>Wir/ Ich führen mindestens einmal jährlich eine Selbstbewertung der Praxis/ Einrichtung hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zur Wei-terentwicklung der Grundelemente und Instrumente (nach §§ 3 und 4 der QM-RL) durch.</b> <b>Diese Selbstbewertung schließt die jeweilige Zielerreichung mit ein.</b>  <b>Die letzte Selbstbewertung der ergriffenen Maßnahmen haben wir/ ich durchgeführt am: _____</b> Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Freiwillige Angaben zum internen Qualitätsmanagement Ihrer Praxis/ Einrichtung</b>	Ja	Nein
<b>Basiert Ihr internes Qualitätsmanagement auf einem QM-System?</b>  <b>Wenn ja, auf welchem System? _____</b> Bezeichnung des QM-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ist Ihre Praxis/ Einrichtung nach einem QM-System zertifiziert?</b>  <b>Wenn ja, können Sie (freiwillig) dem Fragebogen eine Kopie des Zertifikates beifügen.</b>  Bitte beachten Sie: Die Vorlage eines Zertifikates einer externen Prüfung /Zertifizierung enthebt die Praxis nicht von der Beantwortung und Rücksendung dieses Fragebogens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ich möchte zu folgenden QM-Themen telefonisch durch die **KV Rheinland-Pfalz** beraten werden:

---

- Ich wünsche ein persönliches Beratungsgespräch in den Räumen der **KV Rheinland-Pfalz** zu folgenden Themen:

---

Fragen zur QM-Richtlinie oder zu unseren Beratungsangeboten beantworten wir Ihnen gerne:

Tel: (0261) 39002-422

Fax: (0261) 39002-166

E-Mail: [denise.ulitza@kv-rlp.de](mailto:denise.ulitza@kv-rlp.de)

**Ich versichere die Vollständigkeit meiner Angaben**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift