

Erhebungsbogen zum Umsetzungsstand des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements in vertragsärztlichen Praxen / Einrichtungen

Rechtsgrundlage

Stichprobenprüfung gemäß § 7 Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 17. Dezember 2015 in Kraft getreten am 16. November 2016

A.1 Unsere Praxis / Einrichtung besteht zum 1. Januar 2017 seit

- weniger als 3 Jahren.
- 3 Jahren oder mehr.

A.2 In unserer Praxis / Einrichtung (bitte ankreuzen, wenn zutreffend)

- führen wir **keine operativen Eingriffe** unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder unter Sedierung durch.
- gibt es **keine Mitarbeiter**.
- haben wir **keine persönlichen Patientenkontakte**.
- Sonstige Gründe**, warum wir einzelne Methoden und Instrumente (s. Abschnitt B) nicht anwenden können:

B. Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements (Pflichtangaben)

		vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
B.1	Wir haben Qualitätsziele festgelegt und dazu konkrete Zielvorgaben definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2	Wir überprüfen in regelmäßigen Abständen, inwieweit wir unsere Qualitätsziele erreicht haben und halten den Ist-Stand schriftlich fest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.3	Wir haben Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten eindeutig festgelegt und schriftlich festgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausfüllhinweis: Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.				
B.4	Wir haben unsere wesentlichen Behandlungsabläufe und organisatorischen Prozesse klar strukturiert und dazu Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.5	Wir sorgen für eine reibungslose Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit mit externen Partnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.6	Wir setzen Checklisten ein, um wiederkehrende Abläufe verlässlich vorzubereiten, durchzuführen oder zu überprüfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.7	Wir verwenden Sicherheits-Checklisten, wenn wir operative Eingriffe (unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder unter Sedierung) vornehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausfüllhinweis: Wenn Sie keine operativen Eingriffe durchführen, lassen Sie diesen Punkt aus.				
B.8	Wir führen regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements (Pflichtangaben)

		vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
Ausfüllhinweis: Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.					
B.9	Alle Mitarbeiter bilden sich regelmäßig fort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfüllhinweis: Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.					
B.10	Wir führen regelmäßig Patientenbefragungen durch und werten diese aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfüllhinweis: Wenn Sie keinen persönlichen Patientenkontakt haben, lassen Sie diesen Punkt aus.					
B.11	Wir führen regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch und leiten Veränderungsprozesse ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfüllhinweis: Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.					
B.12	Wir nehmen Beschwerden auf, bearbeiten sie zeitnah und leiten Verbesserungsprozesse ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.13	Unsere Patienten werden so von uns informiert und aufgeklärt, dass sie im Behandlungsprozess bei Entscheidungen mitwirken können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfüllhinweis: Wenn Sie keinen persönlichen Patientenkontakt haben, lassen Sie diesen Punkt aus.					
B.14	Wir decken Risiken in unserer Praxis gezielt auf, analysieren sie und leiten Vorbeugemaßnahmen und Verbesserungsprozesse ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements (Pflichtangaben)

	vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
.15 Wir gehen mit Fehlern offen um, arbeiten sie systematisch auf und leiten Verbesserungsprozesse ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Folgende Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements haben sich für uns als besonders hilfreich erwiesen (freiwillige Angabe):	<hr/> <hr/> <hr/>			

C. Anwendungsbereiche des Qualitätsmanagements (Pflichtangaben)

		vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
C.1	Wir sind auf Notfälle so vorbereitet, dass wir Patienten in Notfallsituationen sachgerecht versorgen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2	Wir haben ein Hygienemanagement eingeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.3	Wir organisieren den Medikationsprozess so, dass die richtigen Arzneimittel sicher angewendet werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.4	Wir haben ein Schmerzmanagement etabliert, damit wir Patienten mit Schmerzen optimal versorgen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.5	Wir beugen Stürzen vor und sorgen dafür, Sturzfolgen zu minimieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gründe, warum wir einzelne Anwendungsbereiche (s. Abschnitt C) nicht geregelt haben:				

D. Qualitätsmanagement-System (freiwillige Angaben)

		Ja	Nein
D.1	Basiert Ihr Qualitätsmanagement auf einem spezifischen QM-System?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, auf welchem:		

	Ist Ihre Praxis/Einrichtung aktuell nach diesem QM-System zertifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Beratungswunsch durch die KV

Wir / ich möchte(n) zu folgenden QM-Themen durch die KV **RLP** beraten werden:

Weitere Anregungen / Anmerkungen

F. Datum und Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift