



Selbstbewertung zum Umsetzungsstand des einrichtungswisernen Qualitätsmanagements in vertragsärztlichen Praxen/Einrichtungen

Rechtsgrundlage

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

A. Praxismerkmale

A.1 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

		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. Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements

		vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
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"/>
	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.7	Wir führen regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausfüllhinweis: Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.				
B.8	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.9	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.10	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.11	Wir nehmen Beschwerden auf, bearbeiten sie zeitnah und leiten Verbesserungsprozesse ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements

	vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
B.12 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.13 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.14 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:				
<hr/>				
<hr/>				

C. Anwendungsbereiche des Qualitätsmanagements

	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:				
<hr/>				
<hr/>				



D. Qualitätsmanagement-System

	Ja	Nein
D.1 Unser Qualitätsmanagement basiert auf einem spezifischen QM-System.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welchem:	_____	
Unsere Praxis/Einrichtung ist aktuell nach diesem QM-System zertifiziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift