



**Rückantwort**

Anschrift

Kassenärztliche Vereinigung

**Erhebung zum Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements  
in vertragsärztlichen Praxen / Einrichtungen**

**Stichprobenprüfung 2017**

**Dr. med. Max Mustermann**

**Rechtsgrundlage**

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

**Ausfüllhinweise**

- Füllen Sie den Erhebungsbogen bitte vollständig aus (Pflichtangaben).
- Kreuzen Sie in den Abschnitten B und C bitte jeweils nur eine Antwort an.
- Setzen Sie bitte kein Kreuz zwischen die Antwortmöglichkeiten.
- Streichen Sie bitte keine Frage durch.

**Beispiel**

	vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
B.1 ...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ansprechpartner für Rückfragen**

Frau / Herr xy



**Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Erhebungsbogen bis  
zum xx.xx.201x an die o. g. Adresse zurück – vielen Dank!**

**A. Praxismerkmale (Pflichtangaben)**

**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>B.1</b>	Wir haben Qualitätsziele festgelegt und dazu konkrete Zielvorgaben definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B.2</b>	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>B.3</b>	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 (Pflichtangaben)

	vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
<b>B.4</b> 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>B.5</b> 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>B.6</b> 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>B.7</b> Wir verwenden Sicherheits-Checklisten, wenn wir operative Eingriffe (unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder unter Sedierung) vornehmen.  <b>Ausfüllhinweis:</b> Wenn Sie keine operativen Eingriffe durchführen, lassen Sie diesen Punkt aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B.8</b> Wir führen regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch.  <b>Ausfüllhinweis:</b> Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B.9</b> Alle Mitarbeiter bilden sich regelmäßig fort.  <b>Ausfüllhinweis:</b> Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B.10</b> Wir führen regelmäßig Patientenbefragungen durch und werten diese aus.  <b>Ausfüllhinweis:</b> Wenn Sie keinen persönlichen Patientenkontakt haben, lassen Sie diesen Punkt aus.	<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
<p><b>B.11</b> Wir führen regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch und leiten Veränderungsprozesse ab.</p> <p><b>Ausfüllhinweis:</b> Wenn Sie keine Mitarbeiter haben, lassen Sie diesen Punkt aus.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B.12</b> Wir nehmen Beschwerden auf, bearbeiten sie zeitnah und leiten Verbesserungsprozesse ab.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B.13</b> Unsere Patienten werden so von uns informiert und aufgeklärt, dass sie im Behandlungsprozess bei Entscheidungen mitwirken können.</p> <p><b>Ausfüllhinweis:</b> Wenn Sie keinen persönlichen Patientenkontakt haben, lassen Sie diesen Punkt aus.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B.14</b> Wir decken Risiken in unserer Praxis gezielt auf, analysieren sie und leiten Vorbeugemaßnahmen und Verbesserungsprozesse ab.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B.15</b> Wir gehen mit Fehlern offen um, arbeiten sie systematisch auf und leiten Verbesserungsprozesse ab.</p>	<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):

---



---



---

### C. Anwendungsbereiche des Qualitätsmanagements (Pflichtangaben)

	vollständig umgesetzt	größtenteils umgesetzt	kaum umgesetzt	nicht umgesetzt
<b>C.1</b> 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"/>
<b>C.2</b> Wir haben ein Hygienemanagement eingeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C.3</b> 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"/>
<b>C.4</b> 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"/>
<b>C.5</b> 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/> <hr/>			

### D. Qualitätsmanagement-System (freiwillige Angaben)

	Ja	Nein
<b>D.1</b> Basiert Ihr Qualitätsmanagement auf einem spezifischen QM-System?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welchem:	<hr/>	
Ist Ihre Praxis/Einrichtung aktuell nach diesem QM-System zertifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Beratungswunsch durch die KV (freiwillige Angaben)**

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

---

---

---

**Weitere Anregungen / Anmerkungen**

---

---

---

**F. Datum und Unterschrift (Pflichtangaben)**

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Mir ist bekannt, dass meine Selbstauskunft durch entsprechende Unterlagen belegt sein muss und nach Aufforderung durch die Qualitätsmanagement-Kommission der KV **xy** eine Kopie dieser Unterlagen einzureichen ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen der QM-Stichprobenprüfung und für die Weiterentwicklung unseres Dienstleistungsangebotes verwendet. Es erfolgt keine personen- oder praxisbezogene Weitergabe Ihrer Daten.