

Anlage 3

zur Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V

Checkliste Selbstbewertung nach § 4 Abs. 2

Nach § 4 Abs. 1 der Vereinbarung sind die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer verpflichtet, die Einführung und Implementierung eines systematischen (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements nachzuweisen.

Als Nachweis führen die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer **alle drei Jahre** eine Selbstbewertung bezüglich der grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V nach Anlage 1 durch, die schriftlich zu dokumentieren ist.

Grundlage für die Durchführung der Selbstbewertung ist die vorliegende Checkliste, mit der überprüft wird, ob alle in der Anlage 1 der Vereinbarung formulierten Anforderungen an ein (einrichtungs-)internes Qualitätsmanagement von der Einrichtung / (selbständigen) Leistungserbringer erfüllt werden. Die Checkliste ist mit den Dokumenten / Nachweisen so aufzubewahren, dass jederzeit eine Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen erfolgen kann. Die termingerechte Erstellung der Checkliste zur Selbstbewertung ist unter Berücksichtigung der 3-Jahres-Frist verpflichtend.

| Anforderungen an ein (einrichtungs-)internes Qualitätsmanagement | |
|---|---|
| Nr. | 1. Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild |
| 1 | ▪ Liegt ein schriftlich fixiertes Einrichtungskonzept vor und ist dieses öffentlich einsehbar/verfügbar? |
| 2 | ▪ Existiert eine Darstellung des Leistungsspektrums (Behandlungen, Therapien und Verfahren)? |
| 3 | ▪ Liegen Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse) vor? |
| 4 | ▪ Wird die Einrichtungskonzeption auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert? |
| 5 | ▪ Ist die Einrichtungskonzeption mit Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. Kurarztvertrag) und dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand kompatibel? |
| 6 a | ▪ Werden Qualitätsziele entwickelt? |
| 6 b | ▪ Werden die Ziele bewertet und daraus Konsequenzen gezogen? |
| 7 a | ▪ Wird ein wirksames Schnittstellenmanagement (z. B. Beschreibung der patientenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse) umgesetzt? |
| 7 b | ▪ Werden diese Prozesse und Teilprozesse durchgängig beschrieben und sind sie in ihren Wechselwirkungen geregelt? |
| 7 c | ▪ Wird die Vernetzung vor Ort mit sonstigen externen Leistungserbringern (z. B. Kurarzt, diverse kurbegleitende Maßnahmen) umgesetzt? |
| 7 d | ▪ Werden hierzu Prozesse und Teilprozesse durchgängig beschrieben und sind sie in ihren Wechselwirkungen geregelt? |
| 8 a | ▪ Liegt ein schriftlich fixiertes Leitbild vor und ist dieses öffentlich einsehbar/verfügbar? |
| 8 b | ▪ Wird das Leitbild regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert? |
| | 2. ICF-basiertes Behandlungskonzept |
| 1 | ▪ Liegt ein gültiges, ICF-basiertes Behandlungskonzept vor? |
| 2 | ▪ Erfolgt eine Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Kurarztes (Vorsorgeplan) für alle Beteiligten? |
| 3 | ▪ Wird im Behandlungskonzept ein interdisziplinärer Behandlungsansatz beschrieben? |
| 4 | ▪ Sind die Verantwortlichkeiten innerhalb der Behandlungsabläufe festgelegt? |
| 5 | ▪ Wird das Behandlungskonzept auf der Grundlage fachlicher, d. h. gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse regelmäßig überprüft, angepasst und aktualisiert? |
| 6 | ▪ Besteht eine sinnvolle Verzahnung der Behandlung durch die Beteiligten? |
| 7 | ▪ Werden bei der Zeitplanung der Therapien und weiteren verhaltenspräventiven Maßnahmen folgende Aspekte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> ○ zurückzulegende Wegstrecken des Versicherten zwischen einzelnen Behandlungsmaßnahmen und -orten, ○ notwendige Nachruhe und dergleichen bei Beachtung der jeweils individuellen Disposition (Mobilität)? |
| | 3. Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement |
| 1 | ▪ Ist die Verantwortung für das Qualitätsmanagement schriftlich fixiert d. h. werden die erforderlichen personellen, sachlichen und zeitlichen Ressourcen bereitgestellt? |
| 2 | ▪ Ist ein geeigneter (z. B. in Grundlagen des Qualitätsmanagements geschulten) unternehmensinterner Qualitätsbeauftragter oder ein qualifizierter, externer Qualitätsbeauftragter schriftlich benannt? Angaben zum QM-Beauftragten (Name; unternehmensintern oder extern [bei extern, bitte Name des Instituts]): |

| | |
|-----|--|
| | 4. Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche, z. B. |
| 1 | ▪ Sind interne Kommunikationsstrukturen transparent und verbindlich festgelegt? |
| 2 | ▪ Ist die Mitarbeiterorientierung als ein Unternehmensziel thematisiert? |
| 3 | ▪ Wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen (z. B. Mitarbeiterbefragung) erhoben? |
| 4 | ▪ Liegen festgelegte Führungsgrundsätze für die Führungsarbeit vor und werden diese einheitlich angewandt? |
| 5 a | ▪ Erfolgt eine umfassende und differenzierte Beteiligung der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement? |
| 5 b | ▪ Werden geeignete Instrumente eingesetzt? |
| 6 a | ▪ Liegen für alle Mitarbeiter/-innen Stellenbeschreibungen oder Anforderungsprofile sowie Beschreibungen der Verantwortlichkeiten (z. B. Unterschriftenregelungen) vor? |
| 6 b | ▪ Liegen Vertretungsregelungen für alle Mitarbeiter/-innen vor? |
| 7 a | ▪ Wird eine regelmäßige und strukturierte Ermittlung des Schulungsbedarfs durchgeführt? |
| 7 b | ▪ Werden Schulungen und andere Informationsmaßnahmen, u. a. zum Qualitätsmanagement durchgeführt? |
| | 5. Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen |
| 1 | ▪ Wird das Prozessmanagement an gültigen fachlichen Qualitätsstandards unter Berücksichtigung ggf. zurückzulegender Wege der Versicherten (z. B. Kurarztstandard, Qualifikation von Therapeuten, zeitnaher Therapiebeginn, Nachruhe, Zeitabstände) ausgerichtet? |
| 2 a | ▪ Erfolgt eine Beschreibung des Dokumentationssystems? |
| 2 b | ▪ Werden die gesetzlichen und behördlich geforderten Dokumentationsanforderungen (z. B. Hygiene, Brandschutz, MPG) beachtet? |
| 3 | ▪ Findet eine grundsätzliche Lenkung der Dokumente (Vorgabe- und Nachweisdokumente) statt? |
| 4 | ▪ Werden die abgegebenen Behandlungen dokumentiert? |
| 5 | ▪ Beachten alle am Therapieprozess Beteiligten die Regelungen des Datenschutzes? |
| | 6. Regelhafte Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten |
| 1 | ▪ Besteht eine ausreichende Information der Patienten (z. B. über Ziel, Inhalt, Dauer, Wirkung und mögliche Wechselwirkungen innerhalb des Therapiekomplexes sowie über Möglichkeiten des Selbstmanagements und der Nachsorge)? |
| 2 a | ▪ Werden Therapiezielvereinbarungen abgeschlossen? |
| 2 b | ▪ Wird darauf aufbauend eine gemeinsame Auswertung vorgenommen? |
| 3 | ▪ Werden die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen) einbezogen? |
| 4 | ▪ Erfolgt eine Abstimmung möglicher verschiedener Interessenslagen (Patient, Behandler, Leistungsträger)? |
| 5 | ▪ Erfolgt eine Abstimmung und Rückkoppelung zwischen den an der Behandlung Beteiligten? |
| 6 | ▪ Sind interne Kommunikationsstrukturen insbesondere in Bezug auf Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel festgelegt? |
| | 7. Beschwerdemanagement |
| 1 | ▪ Liegen für das Beschwerdemanagement ein beschriebenes Verfahren und ein beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten vor? verantwortlich: |
| 2 | ▪ Werden zu Beschwerden Statistiken bzw. schriftliche Auswertungen/Aufzeichnungen und Analysen erstellt? |
| 3 | ▪ Werden aus dem Beschwerdemanagement Konsequenzen gezogen sowie Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen eingeleitet? |

| | |
|---|--|
| | 8. Fehlermanagement |
| 1 | ▪ Erfolgen eine einrichtungsspezifische Klärung des Fehlerbegriffes und ein Umgang mit Behandlungsfehlern? |
| 2 | ▪ Liegt für das Fehlermanagement ein beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten vor? |
| 3 | ▪ Werden zu den Fehlern Statistiken bzw. schriftliche Auswertungen/Aufzeichnungen und Analysen erstellt? |
| 4 | ▪ Werden aus dem Fehlermanagement Konsequenzen gezogen sowie Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen eingeleitet? |
| | 9. Interne Ergebnismessung und –analyse, z. B. |
| 1 | ▪ Werden Angaben zur Patientenzufriedenheit (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen) erfasst? |
| 2 | ▪ Werden Rückmeldungen von verschiedenen „Parteien“ (z. B. Krankenkassen, Kurärzte, weitere Leistungserbringer) erfasst und ausgewertet? |
| 3 | ▪ Wird die Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität) dokumentiert und ausgewertet? |
| 4 | ▪ Werden Ergebnisse zu Qualitätszielen dokumentiert und ausgewertet? |
| 5 | ▪ Werden qualitätsbezogene Kennzahlen nach Bedarf des Unternehmens erfasst? |
| 6 | ▪ Erfolgen Lieferantenbeurteilungen? |
| 7 | ▪ Werden die wesentlichen gesetzlichen und behördlichen Forderungen umgesetzt? |
| 8 | ▪ Werden als Folge der Ergebnismessung Korrekturmaßnahmen abgeleitet und Empfehlungen für Verbesserungen erarbeitet? |
| | 10. Regelmäßige Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse, z. B. |
| 1 | ▪ Liegt ein systematischer Überprüfungsplan vor? |
| 2 | ▪ Wird die Überprüfung dokumentiert? |
| 3 | ▪ Werden die aus der Überprüfung resultierenden Ergebnisse als Eingaben für die kontinuierliche Verbesserung und die (Weiter-) Entwicklung von Qualitätszielen, einschließlich Maßnahmenpläne und deren Umsetzung genutzt? |
| 4 | ▪ Werden Korrekturmaßnahmen durchgeführt? |

Besonderheiten der Einrichtung

Folgende der oben genannten Punkte treffen für die Einrichtung noch nicht zu:

.....

.....

.....

.....

.....

Begründung und Erläuterung:

.....

.....

.....

.....

.....