

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 Vorsorgeprozessen
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:

.....

.....

.....

.....

.....