

Christine Blümke und Frank G. Oppermann  
www.etptqm.de

# Arbeitshilfen zum ERWEITERUNGS-SET<sup>©</sup>

des Selbstbewertungsinstruments für das (Qualitäts-) Management in

Praxen für Ergo- und Physiotherapie

Version 1.0 vom 13.4.2013



PATIENT/-IN

PRAXISLEITUNG

MITARBEITER/-IN

SICHERHEIT

MANAGEMENT

INFORMATION

AUSBILDUNG





# INHALT

Anleitung .....	4
Arbeitshilfen inkl. PDCA-Zyklus .....	6
Patient/-in .....	6
Praxisleitung .....	10
Mitarbeiter/-in .....	13
Sicherheit .....	15
Management .....	17
Information .....	21
Kriterienübersicht .....	22

## Anleitung

### **Was ist ein Selbstbewertungsinstrument und was mache ich damit?**

Ein Selbstbewertungsinstrument ist vergleichbar mit einem Befundinstrument. Ein Befundinstrument wird dazu genutzt, systematisch den Zustand der Patient/-innen zu erheben. Es kann auch über weitere Erhebungen einen Vergleich mit dem Ursprungszustand der Patient/-innen ermöglichen. Mit Hilfe des Selbstbewertungsinstruments wird systematisch der Zustand des Managements der ergo- bzw. physiotherapeutischen Praxis erhoben. Dieses enthält dazu Fragen, die die Qualität der Prozesse, Strukturen und Ergebnisse einer Praxis erfassen. Um eine möglichst differenzierte Selbstbewertung durchzuführen, ist die aktive Teilnahme aller Mitarbeiter/-innen notwendig. Vor allem diejenigen, die an Prozessen beteiligt sind oder die Verantwortung für Vorgänge und Einrichtungsgegenstände haben, sollten die Fragen für ihren Zuständigkeitsbereich beantworten. Werden aus der Befunderhebung die adäquaten Therapiemaßnahmen abgeleitet, so werden nach der Selbstbewertung die Maßnahmen geplant, die effizient und effektiv für die Verbesserung oder Neuorganisation von Abläufen in der Praxis erscheinen. So wie jede Befunderhebung eine individuelle Situation beschreibt, sind auch die Maßnahmen zur Verbesserung des Managements in der Praxis individuell zu treffen. Wie bei der Festlegung von Therapiezielen ist es sinnvoll, Verbesserungsmaßnahmen so zu planen, dass sie auch überprüfbar sind. Nur so kann festgestellt werden, ob diese Maßnahmen zur erwünschten Wirkung führen oder andere Maßnahmen getroffen werden müssen.

Für eine Praxis nicht zutreffende Kriterien, können selbstverständlich unbewertet bleiben.

Wird eine Selbstbewertung regelmäßig durchgeführt, gibt dies Hinweise darauf, wie die Praxis an die Bedürfnisse der Patient/-innen, der Mitarbeiter/-innen und an die sich verändernden Bedingungen anpasst werden kann. Dabei stellt die Zufriedenheit der Patient/-innen eine wesentliche Ausrichtung des Praxismanagements dar.

### **Was ist das Erweiterungs-Set?**

Das Erweiterungs-Set ist, zusammen mit dem Basis- und Excellence-Set, Teil des ETPTQM-Selbstbewertungsinstruments, mit dem sich eine Praxis ein vollständiges Bild über alle Aspekte des Praxismanagements verschaffen kann. Die Aufteilung in verschiedene Sets ermöglicht es, bei der Selbstbewertung stufenweise vorzugehen. Das Erweiterungs-Set ergänzt das Basis-Sets um weitere 75 praktikable und gleichzeitig relevante Kriterien, mit dem eine Praxis ihrer Verpflichtung ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen auch bei begrenzten Ressourcen nachkommen kann. Für eine umfassende Bewertung des Praxismanagementsystems sollte auch das Excellence-Set mit weiteren ca. 175 Kriterien bearbeitet werden.

Die Kriterien des Selbstbewertungsinstruments sind den Themengruppen: Patient/-in, Praxisleitung, Mitarbeiter/-in, Sicherheit, Management, Information und Ausbildung zugeordnet. Eine weitere Unterteilung erfolgt innerhalb dieser Themengruppen. Statt die Sets stufenweise zu bearbeiten, können auch die Kriterien eines Themas aus allen Sets (z.B. die der Themengruppe „Mitarbeiter/-in“) bewertet werden.

## Das Arbeiten mit dem PDCA-Zyklus als kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Der PDCA-Zyklus stellt ein Schema für einen immer wieder zu durchlaufender Prozess dar, mit dem die kontinuierliche Verbesserung einer Praxis strukturiert wird. Geplante Maßnahmen können damit auf ihre Wirksamkeit hin geprüft bzw. nachreguliert werden. In der hier dargestellten Tabellenform können zu jedem Kriterium die einzelnen Maßnahmen in Schema des PDCA-Zyklus beschrieben werden. Da die Maßnahmen in der Realität vielfach parallel erfolgen, bietet diese Darstellungsform die Möglichkeit den Stand der Einzelprozesse zu dokumentieren.

Kategorie	Kriterium	In dieser Phase werden a) der SOLL-Zustand definiert, b) die einzelnen Arbeitsschritte gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen geplant, c) die Form der Überprüfung festgelegt. Für die Umsetzung werden konkrete Personen, Ziele und Zeitvorgaben benannt.	PLAN
		Die Umsetzung der Planung durch alle beteiligten Mitarbeiter/-innen.	DO
		Der Ist-Zustand wird mit dem Soll-Zustand verglichen. Festgestellt wird, in wie weit die Durchführung und die Wirksamkeit des Prozesses in der Praxis der Planung entspricht.	CHECK
		Mit den Ergebnissen des Vergleichs (Check) werden, wenn notwendig, weitere Verbesserungen abgeleitet. Diese fließen dann in eine erneute Planung ein.	ACT

Beschreibung des PDCA-Zyklus

### Zur Benutzung der Arbeitshilfen

Bei der Selbstbewertung des eigenen Praxismanagements wird der aktuelle Stand umgesetzter Maßnahmen entsprechend den Beispielen in den Tabellen der Arbeitshilfen dokumentiert. Dabei soll für jeden Schritt des PDCA-Zyklus möglichst das Was?, Wie? und Wer? dargestellt werden.

Notfälle	Es existiert eine Notfallausrüstung/ Notfallkoffer in der Praxis.	Der Notfallkoffer befindet sich neben der Tür im Büro. Er ist versiegelt. Nach Verwendung wird er von der verantwortlichen Personen aufgefüllt und wieder versiegelt. Halbjährlich werden Verfallsdaten und Vollständigkeit geprüft (Checkliste im Notfallkoffer).	PLAN
		Festlegung der verantwortlichen Person und Unterweisung in die auszuführenden Tätigkeiten entsprechend PLAN.	DO
		Die Kontrolle ergab: Die Überprüfung erfolgt nicht regelmäßig, bzw. nicht halbjährlich.	CHECK
		Die halbjährlichen Termine für die nächsten 2 Jahre wurden an Stelle von Therapieeinheiten in den Kalender der verantwortlichen Mitarbeiterin eingetragen.	ACT

Zugang zu den Leistungen	Der Umgang mit telefonischen Anfragen von Patient/-innen ist geregelt.	In der Teamsitzung vom tt.mm.jj wurde die neue Prozessbeschreibung in Bezug auf telefonische Anfragen allen Mitarbeiter/-innen vorgestellt. Nicht anwesende Mitarbeiter/-innen wurden über die Regelung informiert.	PLAN
		Alle Mitarbeiter/-innen handeln ab sofort entsprechend dieser Prozessbeschreibung.	DO
		Bei tel. Direktanfragen von Patient/-innen funktioniert der Prozess sehr gut. Bei aufgezeichneten Anrufen (Anrufbeantworter) kam es weiterhin zu zeitlichen Verzögerungen bis zu einem Rückruf.	CHECK
		Ein allgemeingültiger Ablauf für eine Patient/-innenanfrage auf dem Anrufbeantworter wird erarbeitet. Die Frage ob eine Vorlage für den Rückruf von den Mitarbeiter/-innen entworfen werden soll wird in der Teamsitzung am XX.XX.20XX besprochen.	ACT

Beispiel: Darstellung der Selbstbewertung anhand des PDCA-Zyklus für zwei Kriterien

Zugang zur Praxis	Die Praxisräume erfüllen die gesetzlichen bzw. vertraglich geregelten Erfordernisse.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Orientierung innerhalb und außerhalb der Praxis ist übersichtlich gestaltet.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote sowie deren Preise sind schriftlich dargestellt. Sie werden den Mitarbeiter/-innen und den Patient/-innen bekannt gemacht.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Zielgruppengerechte Informationen (z.B. Flyer) zu Leistungen der Praxis sind vorhanden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Patient/-innen und andere Personen werden nach Betreten der Praxis begrüßt und nach Ihrem Anliegen befragt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die persönlichen Wertvorstellungen, die religiösen Einstellungen und individuellen Besonderheiten der Patient/-innen werden berücksichtigt.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Zugang zu den Leistungen	Vor der Durchführung nicht erstattungsfähiger Leistungen wird ein schriftlicher Behandlungsvertrag mit den Patient/-innen geschlossen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Zuordnung der Termine zu den behandelnden Therapeut/-innen ist für die Patient/-innen transparent geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Organisation von Hausbesuchen ist geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Telefonische Anfragen und Kontakte werden dokumentiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Ein funktionsfähiges Faxgerät ist vorhanden.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Die speziellen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderungen sowie alten Menschen werden besonders berücksichtigt.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

<b>Vertraulichkeit &amp; Schweigepflicht</b>	<p>In den Behandlungsräumen ist eine angemessene optische und akustische Abschirmung sichergestellt.</p>		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
	<b>Dokumentation und Patient/-innenunterlagen</b>	<p>Es existieren schriftliche Standards zur Anlage und Pflege der Patient/-innendokumentation.</p>		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT
		<p>Die Zufriedenheit der Patient/-innen wird am Behandlungsende mündlich erfragt und dokumentiert.</p>		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT
<b>Befunderhebung, Therapieplanung und -durchführung</b>	<p>Es gibt Regelungen zur Aufklärung der Patient/-innen über die Befunderhebung und deren Relevanz für die Therapie.</p>		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
	<p>Die Befunderhebung wird mit einem standardisierten Befunderhebungsbogen durchgeführt und dokumentiert.</p>		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
	<p>Die Erhebung therapierelevanter Risikofaktoren ist sichergestellt.</p>		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	





Befunderhebung, Therapieplanung	Die Patient/-innen erhalten Informationen über mögliche Behandlungsalternativen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Bei komplexen und/oder schwierigen Fällen erfolgt eine Fallbesprechung im Team.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

PRAXISLEITUNG	Zielplanung	Es existiert eine aktuelle Unternehmensstrategie.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Leitbild	Die Praxis hat ein Leitbild.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Es wird sichergestellt, dass alle Mitarbeiter/-innen entsprechend dem Leitbild handeln.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Personalplanung und -entwicklung	Ein aktuelles Personalverzeichnis liegt vor.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Es existieren Kriterien zur Mitarbeiter/-innenauswahl.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Es werden Zielvereinbarungen mit den Mitarbeiter/-innen getroffen.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

Personalplanung und -entwicklung	Wünsche der Mitarbeiter/-innen werden in der Personalplanung berücksichtigt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es existiert ein Konzept für die Vergütung der angestellten und der freiberuflichen Mitarbeiter/-innen unter Berücksichtigung der Qualifikation.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Ergebnisse der Mitarbeiter/-innengespräche werden dokumentiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Das Allgemeine Gleichstellungsgesetz (AGG) wird umgesetzt.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Teambildung	Maßnahmen zur Förderung der sozialen Kompetenz der Mitarbeiter/-innen und der Leitung werden geplant und durchgeführt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Ethische Grundwerte werden von den Mitarbeiter/-innen erwartet. Diese werden vermittelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

<b>Organisationsentwicklung</b>	Neuerungen werden unter Berücksichtigung aller Anforderungen strukturiert geplant.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Fortbildungen der Praxisleitung werden entsprechend des Bedarfs geplant.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	Es existiert ein Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT



Fort- und Weiterbildung	Es finden regelmäßig interne Fortbildungen statt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Fort- und Weiterbildung	In Fortbildungen erhaltene Unterlagen sind den Mitarbeiter/-innen zugänglich.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Teamsitzungen	Es gibt Protokolle der Teamsitzungen, in die die Mitarbeiter/-innen jederzeit Einsicht nehmen können.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

**Arbeitszeiten und Vertretungsregelungen**

Es existieren Vertretungspläne bei geplanter und ungeplanter Abwesenheit der Leitung.	PLAN
	DO
	CHECK
	ACT
Es existieren schriftliche Arbeitspläne mit festgelegten Arbeitszeiten für alle Mitarbeiter/-innen.	PLAN
	DO
	CHECK
	ACT
Urlaub wird in einer Jahresplanung langfristig und gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen geplant.	PLAN
	DO
	CHECK
	ACT
Die Wünsche der Mitarbeiter/-innen werden bei der Planung der Arbeitszeiten berücksichtigt.	PLAN
	DO
	CHECK
	ACT
Die Pausenzeiten sind geregelt und stehen zur Erholung der Mitarbeiter/-innen vollständig zur Verfügung.	PLAN
	DO
	CHECK
	ACT
Es existiert eine Regelung zur Nutzung der Arbeitszeit bei (kurzfristigem) Therapieausfall.	PLAN
	DO
	CHECK
	ACT



Arbeitsschutz	Die Mitarbeiter/-innen sind mit den Verfahren für die Berufsunfallmeldung vertraut.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Arbeitsschutz	Unfälle der Mitarbeiter/-innen und Patient/-innen werden erfasst und ausgewertet.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Brandschutz	Die Begehbarkeit der Flucht- und Rettungswege wird regelmäßig geprüft.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Brandschutz	Falls zutreffend: Die Brandmeldeanlagen werden regelmäßig überprüft.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Brandschutz	Die Mitarbeiter/-innen sind in der Benutzung der Löschmittel unterwiesen.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

SICHERHEIT		Notfälle	Es werden entsprechend der gesetzlichen Regelung ausreichend Ersthelfer/-innen ausgebildet und geschult.	PLAN
				DO
Hygiene		Die Mitarbeiter/-innen sind im Umgang mit infektiösen Patient/-innen geschult.		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT
Sicherheit der Praxisräume		Gefahrenstoffe, potentiell gefährliche Geräte und Werkzeuge werden sachgerecht gelagert und verschlossen aufbewahrt.		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT
		Die Schlüssel sind kopiergeschützt.		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT
		Falls zutreffend: Gebrauchsanweisungen von Medizinprodukten sind dem Personal zugänglich.		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT





Qualitätsmanagement allgemein	Die Ziele und der Zweck des Qualitätsmanagements sind dokumentiert.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
Qualitätsmanagementsystem ist auf die Verbesserung der Ergebnisqualität ausgerichtet.	Das Qualitätsmanagementsystem ist auf die Verbesserung der Ergebnisqualität ausgerichtet.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
Mitarbeiter/-innen und Qualitätsmanagement	Die Mitarbeiter/-innen kennen und arbeiten mit den Regelungen des QM's der Praxis.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	Die Mitarbeiter/-innen können in die Regelungen des QM jederzeit Einsicht nehmen.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
Die Orientierung an den Bedürfnissen der Patient/-innen wird mit den Mitarbeiter/-innen regelmäßig besprochen.	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	

<p>Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein</p>	<p>Es werden Patient/-innenbefragungen durchgeführt.</p>	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	<p>Die Ergebnisse der Patient/-innenbefragung werden ggf. mit betroffenen Mitarbeiter/-innen besprochen.</p>	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	<p>Mitarbeiter/-innenbefragungen werden regelmäßig durchgeführt.</p>	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	<p>In der Mitarbeiter/-innenbefragung wird der Führungsstil thematisiert.</p>	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
<p>Die Daten der internen Qualitätssicherung werden zur Erhöhung der Zufriedenheit von Patient/-innen, Mitarbeiter/-innen, Lieferant/-innen u.a. verwendet.</p>	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	



Dokumente	Es existiert ein Sammlung aller für das QM der Praxis relevanten Regelungen (z.B. ein QM-Handbuch).		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die internen Dokumente sind nach einem einheitlichen Standard aufgebaut.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Mitarbeiter/-innen werden bei der Erarbeitung von Dokumentationsregelungen beteiligt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Änderung und Genehmigung von Dokumenten ist nur befugten Personen möglich.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Es ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter/-innen mit den aktuellsten Dokumenten arbeiten.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

Beschwerde-, Fehler- und Risikomanagement	Ein Beschwerde-management für Mitarbeiter/-innen, Patient/-innen und andere Personen ist vorhanden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Patient/-innen und ihre Angehörigen haben die Möglichkeit eine Beschwerde (anonym) abzugeben.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Mitarbeiter/-innen haben die Möglichkeit Beschwerden vertraulich zu äußern.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Das Beschwerde-, Verbesserungs- und Fehlermanagement wird zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen genutzt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT



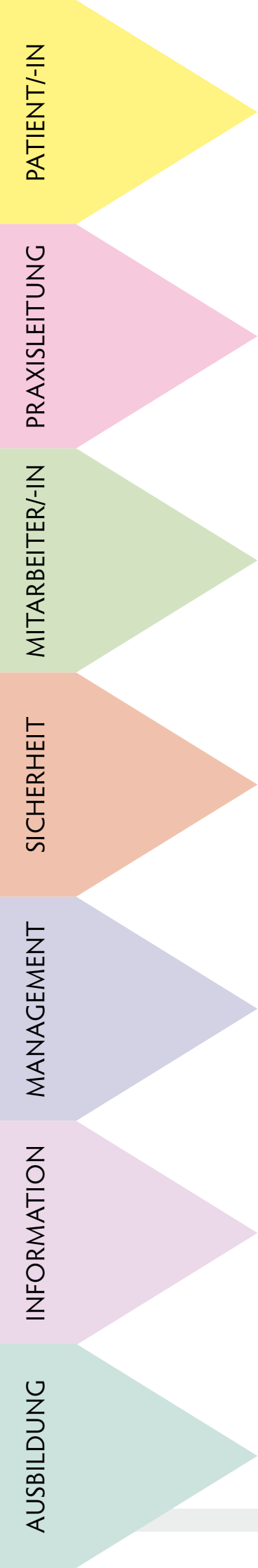
Patient/-innendaten und -dokumentation	Auch bei Änderungen bleibt die Patient/-innenakte in ihrer ursprünglichen Form erhalten.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Das Einsichtsrecht in die Patient/-innenakte ist geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

# Kriterienübersicht

<b>PATIENT/-IN</b>	<b>PRAXISLEITUNG</b>
<b>Zugang zur Praxis</b>	<b>Zielplanung</b>
Die Praxisräume erfüllen die gesetzlichen bzw. vertraglich geregelten Erfordernisse.	Es existiert eine aktuelle Unternehmensstrategie.
Die Orientierung innerhalb und außerhalb der Praxis ist übersichtlich gestaltet.	<b>Leitbild</b>
Das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote sowie deren Preise sind schriftlich dargestellt. Sie werden den Mitarbeiter/-innen und den Patient/-innen bekannt gemacht.	Die Praxis hat ein Leitbild.
Zielgruppengerechte Informationen (z.B. Flyer) zu Leistungen der Praxis sind vorhanden.	Es wird sichergestellt, dass alle Mitarbeiter/-innen entsprechend dem Leitbild handeln.
Patient/-innen und andere Personen werden nach Betreten der Praxis begrüßt und nach Ihrem Anliegen befragt.	<b>Personalplanung und -entwicklung</b>
Die persönlichen Wertvorstellungen, die religiösen Einstellungen und individuellen Besonderheiten der Patient/-innen werden berücksichtigt.	Ein aktuelles Personalverzeichnis liegt vor.
<b>Zugang zu den Leistungen</b>	Es existieren Kriterien zur Mitarbeiter/-innenauswahl.
Vor der Durchführung nicht erstattungsfähiger Leistungen wird ein schriftlicher Behandlungsvertrag mit den Patient/-innen geschlossen.	Es werden Zielvereinbarungen mit den Mitarbeiter/-innen getroffen.
Die Zuordnung der Termine zu den behandelnden Therapeut/-innen ist für die Patient/-innen transparent geregelt.	Wünsche der Mitarbeiter/-innen werden in der Personalplanung berücksichtigt.
Die Organisation von Hausbesuchen ist geregelt.	Es existiert ein Konzept für die Vergütung der angestellten und der freiberuflichen Mitarbeiter/-innen unter Berücksichtigung der Qualifikation.
Telefonische Anfragen und Kontakte werden dokumentiert.	Die Ergebnisse der Mitarbeiter/-innengespräche werden dokumentiert.
Ein funktionsfähiges Faxgerät ist vorhanden.	Das Allgemeine Gleichstellungsgesetz (AGG) wird umgesetzt.
Die speziellen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderungen sowie alten Menschen werden besonders berücksichtigt.	<b>Teambildung</b>
<b>Vertraulichkeit und Schweigepflicht</b>	Maßnahmen zur Förderung der sozialen Kompetenz der Mitarbeiter/-innen und der Leitung werden geplant und durchgeführt.
In den Behandlungsräumen ist eine angemessene optische und akustische Abschirmung sichergestellt.	Ethische Grundwerte werden von den Mitarbeiter/-innen erwartet. Diese werden vermittelt.
<b>Dokumentation und Patient/-innenunterlagen</b>	<b>Organisationsentwicklung</b>
Es existieren schriftliche Standards zur Anlage und Pflege der Patient/-innendokumentation.	Neuerungen werden unter Berücksichtigung aller Anforderungen strukturiert geplant.
Die Zufriedenheit der Patient/-innen wird am Behandlungsende mündlich erfragt und dokumentiert.	Die Fortbildungen der Praxisleitung werden entsprechend des Bedarfs geplant.
<b>Befunderhebung, Therapieplanung &amp; -durchführung</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>
Es gibt Regelungen zur Aufklärung der Patient/-innen über die Befunderhebung und deren Relevanz für die Therapie.	Es existiert ein Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit.
Die Befunderhebung wird mit einem standardisierten Befunderhebungsbogen durchgeführt und dokumentiert.	
Die Erhebung therapierelevanter Risikofaktoren ist sichergestellt.	
Die Patient/-innen erhalten Informationen über mögliche Behandlungsalternativen.	
Bei komplexen und/oder schwierigen Fällen erfolgt eine Fallbesprechung im Team.	

<b>MITARBEITER/-IN</b>
<b>Fort- und Weiterbildung</b>
Es finden regelmäßig interne Fortbildungen statt.
In Fortbildungen erhaltene Unterlagen sind den Mitarbeiter/-innen zugänglich.
<b>Teamsitzungen</b>
Es gibt Protokolle der Teamsitzungen, in die die Mitarbeiter/-innen jederzeit Einsicht nehmen können.
<b>Arbeitszeiten und Vertretungsregelungen</b>
Es existieren Vertretungspläne bei geplanter und ungeplanter Abwesenheit der Leitung.
Es existieren schriftliche Arbeitspläne mit festgelegten Arbeitszeiten für alle Mitarbeiter/-innen.
Urlaub wird in einer Jahresplanung langfristig und gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen geplant.
Die Wünsche der Mitarbeiter/-innen werden bei der Planung der Arbeitszeiten berücksichtigt.
Die Pausenzeiten sind geregelt und stehen zur Erholung der Mitarbeiter/-innen vollständig zur Verfügung.
Es existiert eine Regelung zur Nutzung der Arbeitszeit bei (kurzfristigem) Therapieausfall.
<b>SICHERHEIT</b>
<b>Arbeitsschutz</b>
Die Mitarbeiter/-innen sind mit den Verfahren für die Berufsunfallmeldung vertraut.
Unfälle der Mitarbeiter/-innen und Patient/-innen werden erfasst und ausgewertet.
<b>Brandschutz</b>
Die Begehrbarkeit der Flucht- und Rettungswege wird regelmäßig geprüft.
Falls zutreffend: Die Brandmeldeanlagen werden regelmäßig überprüft.
Die Mitarbeiter/-innen sind in der Benutzung der Löschmittel unterwiesen.
<b>Notfälle</b>
Es werden entsprechend der gesetzlichen Regelung ausreichend Ersthelfer/-innen ausgebildet und geschult.
<b>Hygiene</b>
Die Mitarbeiter/-innen sind im Umgang mit infektiösen Patient/-innen geschult.
<b>Sicherheit der Praxisräume</b>
Gefahrenstoffe, potentiell gefährliche Geräte und Werkzeuge werden sachgerecht gelagert und verschlossen aufbewahrt.
Die Schlüssel sind kopiergeschützt.
Falls zutreffend: Gebrauchsanweisungen von Medizinprodukten sind dem Personal zugänglich.

<b>MANAGEMENT</b>
<b>Qualitätsmanagement allgemein</b>
Die Ziele und der Zweck des Qualitätsmanagements sind dokumentiert.
Das Qualitätsmanagementsystem ist auf die Verbesserung der Ergebnisqualität ausgerichtet.
<b>Mitarbeiter/-innen und Qualitätsmanagement</b>
Die Mitarbeiter/-innen kennen und arbeiten mit den Regelungen des QM's der Praxis.
Die Mitarbeiter/-innen können in die Regelungen des QM jederzeit Einsicht nehmen.
Die Orientierung an den Bedürfnissen der Patient/-innen wird mit den Mitarbeiter/-innen regelmäßig besprochen.
<b>Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein</b>
Es werden Patient/-innenbefragungen durchgeführt.
Die Ergebnisse der Patient/-innenbefragung werden ggf. mit betroffenen Mitarbeiter/-innen besprochen.
Mitarbeiter/-innenbefragungen werden regelmäßig durchgeführt.
In der Mitarbeiter/-innenbefragung wird der Führungsstil thematisiert.
Die Daten der internen Qualitätssicherung werden zur Erhöhung der Zufriedenheit von Patient/-innen, Mitarbeiter/-innen, Lieferant/-innen u.a. verwendet.
<b>Dokumente</b>
Es existiert ein Sammlung aller für das QM der Praxis relevanten Regelungen (z.B. ein QM-Handbuch).
Die internen Dokumente sind nach einem einheitlichen Standard aufgebaut.
Die Mitarbeiter/-innen werden bei der Erarbeitung von Dokumentationsregelungen beteiligt.
Die Änderung und Genehmigung von Dokumenten ist nur befugten Personen möglich.
Es ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter/-innen mit den aktuellsten Dokumenten arbeiten.
<b>Beschwerde-, Fehler- und Risikomanagement</b>
Ein Beschwerdemanagement für Mitarbeiter/-innen, Patient/-innen und andere Personen ist vorhanden.
Patient/-innen und ihre Angehörigen haben die Möglichkeit eine Beschwerde (anonym) abzugeben.
Die Mitarbeiter/-innen haben die Möglichkeit Beschwerden vertraulich zu äußern.
Das Beschwerde-, Verbesserungs- und Fehlermanagement wird zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen genutzt.
<b>INFORMATION</b>
<b>Patient/-innendaten und -dokumentation</b>
Auch bei Änderungen bleibt die Patient/-innenakte in ihrer ursprünglichen Form erhalten.
Das Einsichtsrecht in die Patient/-innenakte ist geregelt.



## Hintergrund

Qualitätsmanagement gehört zu den vertraglichen Pflichten der Praxen für Ergo- und Physiotherapie gegenüber den Kostenträgern. Die Selbstbewertung der eigenen Arbeitsprozesse, -strukturen und -ergebnisse einer Praxis stellt eine Möglichkeit dar, Qualitätsmanagement ressourcensparend umzusetzen und die Qualität einer Praxis kontinuierlich weiter zu entwickeln. Für die spezifischen Erfordernisse dieser Praxen wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin ein Selbstbewertungsinstrument erstellt.

## Methode

Im ersten Schritt wurden die Bewertungskriterien bestehender Qualitätsmanagement-Modelle im Gesundheitswesen auf ihre Verwendbarkeit für die Ergo- und Physiotherapie geprüft. In einer anschließenden Online-Befragung wurden die geeigneten 352 Kriterien von 162 Expert/-innen hinsichtlich ihrer Relevanz und Praktikabilität bewertet. Daraus wurde eine Rangliste errechnet, die den Zusammenhang zwischen Praktikabilität und Relevanz der Kriterien darstellt. In einer zweiten Befragungsrunde wurden darüber hinaus grundsätzliche Anforderungen an ein Selbstbewertungsinstrument evaluiert.

## Ergebnisse

Die befragten Expert/-innen sehen 100 Kriterien als ausreichend für ein Selbstbewertungsinstrument an. Maximal 75 weitere Kriterien wären noch handhabbar. Aus diesem Ergebnis und der Rangliste wurden das Basis-, Erweiterungs- und Excellence-Set gebildet, welche zusammen mit dem Praktikabilitäts-Set das Selbstbewertungsinstrument bilden.

## Schlußfolgerungen

Diese Arbeitshilfe zum Erweiterungs-Set ermöglicht, die dem Basis-Set folgenden relevanten und gleichzeitig praktikablen Kriterien für das Praxismanagement zu betrachten. Der Praktikabilität eines Selbstbewertungsinstruments kommt vor dem Hintergrund begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen einer Heilmittelpraxis ein besonderer Stellenwert zu. Bestehende Management-Instrumente tragen diesem Aspekt bisher wenig Rechnung. Für eine umfassende Selbstbewertung sind jedoch alle in den Sets des Selbstbewertungsinstruments dargestellten Kriterien relevant.

