

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

Arbeitshilfen zum EXCELLENCE-SET[©]

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	12
Mitarbeiter/-in	20
Sicherheit	22
Management	24
Information	31
Ausbildung	32
Kriterienübersicht	34

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 Excellence-Set?

Das Excellence-Set ist, zusammen mit dem Basis- und dem Erweiterungs-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 soll es ermöglichen, bei der Selbstbewertung und den damit verbundenen Verbesserungsmaßnahmen stufenweise vorzugehen. Mit der Bewertung des Excellence-Sets kann eine Praxis ihrer Verpflichtung ein Qualitätssystem aufzubauen umfassend nachkommen. Die Bewertung des Basis- und Erweiterungs-Sets sollte vor der des Excellence-Sets erfolgen. Um die Anforderungen der Kriterien zu erfüllen, steigen die einzusetzenden Ressourcen mit jedem Set tendenziell an.

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 Form der Darstellung 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	Informationen zur Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, Parkplätze etc. sind vorhanden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Mitarbeiter/-innen der Praxis sind mit Foto und Qualifikation dargestellt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Patient/-innen werden über die Organisationsstruktur der Praxis informiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Zugang zu den Leistungen	Angemessene und aktuelle Unterhaltungsangebote (z.B. Zeitschriften) sind im Wartebereich vorhanden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Termine werden mit größtmöglicher Flexibilität für die Patient/-innen vergeben.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Termine werden transparent, nach festgelegten Kriterien und orientiert an den Therapiezielen vergeben.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT



Zugang zu den Leistungen	Termine für Hausbesuche werden mit anderen Berufsgruppen und den Angehörigen abgestimmt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Patient/-innsicherheit	Wichtige und relevante Vor-sichtsmaßnahmen für die Patient/-innen werden gegeben und deren Kenntnisnahme ist dokumentiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Mitarbeiter/-innen sind über das Vorgehen bei Haftpflichtschäden informiert. Verantwortliche für die strukturierte Prozessabwicklung sind benannt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Der Schutz des Eigentums von Patient/-innen (z.B. Wertsachen) durch die Praxis ist geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Dokumentation und Patient/-innenunterlagen	Es ist den Patient/-innen möglich, Einsicht in die Dokumentation ihrer Behandlung zu nehmen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Patient/-innenakten enthalten nur relevante und sachlich formulierte Bemerkungen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

PATIENT/-IN	Dokumentation und Patient/-innenunterlagen	Es werden regelmäßig Stichproben der Patient/-innenakten auf Einhaltung der Dokumentationsstandards durchgeführt.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Dokumentation und Patient/-innenunterlagen	Das Therapieende wird ausreichend dokumentiert und strukturiert aufgearbeitet.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Dokumentation und Patient/-innenunterlagen	Die Zurückgabe aller benötigten Unterlagen an die Patient/-innen nach Beendigung der Behandlung ist sichergestellt.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Befunderhebung, Therapieplanung und -durchführung	Die kulturellen und ethischen Bedürfnisse der Patient/-innen werden berücksichtigt.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Die Mitarbeiter/-innen sind in ethischen Fragestellungen speziell geschult.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Die Therapieziele berücksichtigen die Zielkategorien der „International classification of functioning, disability and health“ (ICF).	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Befunderhebung, Therapieplanung und -durchführung	Angehörige werden zur Unterstützung der Therapie einbezogen und entsprechend unterwiesen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Anwendung von Hilfsmitteln wird beobachtet, deren Anwendung erfasst und dokumentiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Beratung und Erprobung von Hilfsmitteln ist sichergestellt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Für die wichtigsten Therapieangebote gibt es spezifische Ablaufbeschreibungen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die therapeutischen Maßnahmen werden nach Abschluss der Behandlung in Hinblick auf Ihre Effektivität bewertet.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Es gibt eine Regelung zum Verfahren, wenn weiterführende diagnostische Maßnahmen erforderlich sind.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

PACIENT/-IN	Befunderhebung, Therapieplanung & -durchführung	Es gibt eine Regelung zum Verfahren bei Abweichungen zwischen dem Befund und den verordneten Heilmitteln.	PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	Eine Regelung zur Beschaffung und Weitergabe von (Vor-) Befunden besteht.		PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
	Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Erreichen der Therapieziele ist sichergestellt.		PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
	Es gibt ein systematisches Vorgehen beim Übergang der Patient/-innen in eine andere Versorgungsform (z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung).		PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
			PLAN	DO	CHECK	ACT
Prävention und ..	Es werden präventive Leistungen angeboten.	PLAN	DO	CHECK	ACT	
		PLAN	DO	CHECK	ACT	
		PLAN	DO	CHECK	ACT	
		PLAN	DO	CHECK	ACT	



Prävention und Gesundheitsförderung bezogen auf die Patient/-innen	Es gibt aktuelles Informationsmaterial über das Angebot präventiver Leistungen in der Praxis.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Patient/-innen werden über angebotene Schulungsmaßnahmen informiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Patient/-innen werden über lokale Aktivitäten und Angebote zur Gesundheitsförderung informiert und zur Teilnahme ermutigt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Zusammenarbeit mit Patient/-innen- und/oder Selbsthilfeorganisationen ist geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Der Schulungsprozess der Patient/-innen wird dokumentiert.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Der Schulungsbedarf der Patient/-innen wird strukturiert erfasst.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

Zielplanung	Die Unternehmensstrategie wird mit den Mitarbeiter/-innen besprochen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Unternehmensstrategie wird durch den Einsatz von personellen und materiellen Ressourcen unterstützt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Unternehmensstrategie enthält Aussagen zum Qualitätsmanagement.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Leitung überprüft regelmäßig die Zweckmäßigkeit des QM-Systems und identifiziert den Änderungsbedarf.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die Stärken und Schwächen der Praxis werden regelmäßig ermittelt.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Leitbild	Das Leitbild ist öffentlich zugänglich.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT



Leitbild	Das Leitbild wurde gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen erstellt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Aus dem Leitbild werden überprüfbare Ziele abgeleitet.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Finanzplanung	Die wirtschaftliche Situation der Praxis wird über geeignete Kennzahlen dargestellt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Wirtschaftliche Risiken werden speziell analysiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Der Umgang mit veränderter Mitarbeiter/-innen- oder Budgetsituation ist geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Nutzungszeiten und -auslastung der Praxisräume und Therapiemöglichkeiten werden ausgewertet.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

Finanzplanung	Eine statistische Auswertung über die Verteilung der Kostenträger (GKV, PKV, Selbstzahler/-innen) wird erstellt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Eine Kostentransparenz gegenüber den Mitarbeiter/-innen existiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Mitarbeiter/-innen können Budgetverantwortung für ihren Zuständigkeitsbereich übernehmen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gelten Regeln bei der Auswahl von Lieferant/-innen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Lieferant/-innen werden nach festgelegten Kriterien bewertet.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Bei der Anschaffung von Therapiematerialien und -geräten werden ökologische Aspekte und Aspekte des Arbeitsschutzes berücksichtigt.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Einstellung	Der Zeitaufwand für Leitungstätigkeiten ist im Arbeitsvertrag vereinbart.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Beendigung Arbeitsverhältnis	Es erfolgt die Erfassung des Zufriedenheitsgrades bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Personalplanung und -entwicklung	Es existieren exakte Stellenbeschreibungen mit Qualifikationsanforderungen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es erfolgt eine Analyse des Personalbedarfs entsprechend der Unternehmensstrategie.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt ein transparentes System der Entlohnung und leistungsorientierter Vergütung.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die Zahlung tarifgerechter Löhne ist gewährleistet.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

Personalplanung und -entwicklung	Es existiert ein Konzept zur Personalentwicklung.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Ein standardisiertes Beurteilungssystem der Mitarbeiter/-innen ist vorhanden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Das Mitarbeiter/-innen-Beurteilungssystem ist den Mitarbeiter/-innen bekannt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	In der Personalplanung wird der Ausbildungsbedarf neuer Mitarbeiter/-innen berücksichtigt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es werden Maßnahmen ergriffen, um die Personalausfallquote möglichst gering zu halten.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Aussagekräftige Statistiken (Fluktuation, Personalausfallquote, Soll-Ist-Stundendifferenz) werden in die Personalplanung einbezogen.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Teambildung	Es existieren strukturierte Regeln für die Kommunikation mit den Mitarbeiter/-innen.		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
Teambildung	Die Integration freier Mitarbeiter/-innen in das Team wird von der Praxisleitung gefördert.		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
Organisationsentwicklung	Es existiert ein Prozessmanagementsystem.		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
	Organisationsentwicklung	Mit dem Ziel die Patient/-innenversorgung zu verbessern, werden Kooperationen mit anderen Einrichtungen angestrebt.		PLAN
				DO
				CHECK
				ACT
Organisationsentwicklung	Neuerungen werden in festgelegten Zeiträumen evaluiert.		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	
Öffentlichkeitsarbeit	Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden unter Beachtung des Heilmittelwerbegesetzes geplant und umgesetzt.		PLAN	
			DO	
			CHECK	
			ACT	

PRAXISLEITUNG	Öffentlichkeitsarbeit	Besondere Leistungen der Praxis werden in der Öffentlichkeit dargestellt (z.B. Auszeichnungen, Veröffentlichungen)	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Umweltschutz	Eine Mülltrennung existiert.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Die Mitarbeiter/-innen erfahren von den Regelungen der Mülltrennung/des Recyclings.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Es werden Maßnahmen zur Einsparung von Energie und sonstigen Ressourcen getroffen.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/-innen & Leitung	Es gibt Regelungen für die Fürsorgepflicht der Leitung (z.B. Sucht, Mobbing).	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen wird bei der Planung von Tätigkeiten und Abläufen berücksichtigt.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/-innen und der Praxisleitung	Die eigenverantwortliche Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/-innen wird unterstützt.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit (z.B. Techniken der Streßbewältigung, Vorbeugung von Überlastung) der Praxisleitung im Sinne des langfristigen Erhalts der Arbeitskraft werden getroffen.	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	
Vorhandene Übungsräume/ Trainingsgeräte können von den Mitarbeiter/-innen außerhalb der Arbeitszeit für ihre eigene Gesundheit genutzt werden.	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	
Falls zutreffend: Kriterien zur Mitarbeiter/-innenvertretung & Gemeinschaftspraxis	Es existiert eine Struktur für die Kommunikation der Partner/-innen einer Gemeinschaftspraxis.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
Die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen und Praxiseigentümer/-innen einer Gemeinschaftspraxis wird erhoben.	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	
Die Mitarbeiter/-innen-Vertretung wird in alle relevanten Entscheidungen einbezogen. (Praxisgröße ab 16 Mitarbeiter/-innen)	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	

Einarbeitung	Ein schriftliches Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter/-innen existiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Internetnutzung der Angestellten ist geregelt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es existiert eine schriftliche Dokumentation der Einarbeitung, die gegengezeichnet wird.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Fort- und Weiterbildung	Schulungen für die Mitarbeiter/-innen zur Kundenorientierung (z.B. Freundlichkeit, Verhalten am Telefon) werden angeboten.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Fortbildungsmaßnahmen werden dokumentiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Inhalte von Qualifikationsmaßnahmen bezogen auf den Fort- und Weiterbildungsbedarf der Praxis werden evaluiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT



Teamsitzungen	Die Teilnahme der Mitarbeiter/-innen an internen Praxisveranstaltungen wird erfasst und ausgewertet.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Arbeitszeiten und Vertretungsregelungen	Es existieren Vertretungspläne bei geplanter und ungeplanter Abwesenheit der Mitarbeiter/-innen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Eine Übersicht geplanter und dennoch nicht erbrachter Therapieeinheiten wird für jede/-n Mitarbeiter/-in erstellt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es steht ausreichend vergütete Arbeitszeit für die Dokumentation und Berichterstattung zur Verfügung.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

SICHERHEIT

SICHERHEIT	Arbeitsschutz	Arbeitsplatzbeurteilungen in Bezug auf Arbeitssicherheit und Ergonomie werden durchgeführt.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Brandschutz	Es werden regelmäßig Brandschutzunterweisungen durchgeführt.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Notfälle	Erste-Hilfe-Kurse der Mitarbeiter/-innen werden regelmäßig aktualisiert.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Notfälle	Es existiert ein Ausfallkonzept für technische Einrichtungen sowie Strom und Wasser.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Hygiene	Es gibt Regelungen zur Impfung/Infektionsprävention der Mitarbeiter/-innen.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Falls zutreffend: Medizinprodukte	Ein Bestandsverzeichnis der technischen Medizinprodukte liegt vor.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Medizinproduktebetriebsverordnung ist bekannt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Einweisung in die Anwendung der Medizinprodukte ist geregelt und wird dokumentiert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Prüfprotokolle der Medizinprodukte liegen vor.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die Instandhaltung von Medizinprodukten erfolgt durch qualifiziertes Personal.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	

QM allgemein	Es existiert eine übergeordnete Planung (z.B. mit Zeit und Priorität) aller QM-Maßnahmen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt ein Konzept zur Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt ein Konzept zur Erhebung und Nutzung von Daten im Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die erhobenen qualitätsrelevanten Daten sind mit Zielvorgaben verbunden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die Patient/-innen können sich über die QM-Maßnahmen und die Strategie informieren.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Mitarbeiter/-innen & Qualitätsmanagement	Finanzielle und personelle Ressourcen für das QM werden zur Verfügung gestellt.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Mitarbeiter/-innen & Qualitätsmanagement	Es werden Schulungen der Mitarbeiter/-innen zum QM durchgeführt.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Mitarbeiter/-innen & Qualitätsmanagement	Die Kenntnisnahme von Regelungen und Informationen zum QM wird durch Unterschrift bestätigt.	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein	Es wird eine interne Qualitätssicherung durchgeführt (Befragungen, Begehungen, Auswertung von Daten).	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein	Die Daten der internen Qualitätssicherung werden zur Verbesserung des QM-Systems verwendet.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein	Die Mitarbeiter/-innen werden an der Erstellung der Patient/-innenbefragung beteiligt.	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein	Die Zufriedenheit der Patient/-innen mit dem Behandlungsergebnis wird in einem größeren Abstand nach der Behandlung erfragt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es werden Patient/-innen berücksichtigt, die die Praxis nur gelegentlich oder nicht mehr besuchen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Ergebnisse der Patient/-innenbefragung werden für die Patient/-innen öffentlich gemacht.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt Konzepte zur Befragung der zuweisenden Ärzt/-innen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die Rücklaufquote der Mitarbeiter/-innenbefragung wird erfasst.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
Es existieren Konzepte für das Ideen- und Wissensmanagement.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Dokumente	Es existiert eine Übersicht des aktuellen Standes aller geplanten QM-Maßnahmen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsfristen der internen Dokumente sind festgelegt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die internen Dokumente sind auch digital verfügbar.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Beschwerde-, Fehler- und Risikomanagement	Aus dem Beschwerde-, Verbesserungs- und Fehlermanagement werden Kennzahlen abgeleitet.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Kennzahlen aus dem Beschwerde-, Verbesserung- und Fehlermanagement sind für die Mitarbeiter/-innen transparent.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es existieren Regelungen zur Hinzuziehung anderer Berufsgruppen (z.B. Rücksprache mit dem verordnenden Ärzt/-innen) um Therapierisiken auszuschliessen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

MANAGEMENT			PLAN
			DO
Beschwerde-, Fehler- und Risikomanagement	Ein Fehlermanagement ist vorhanden.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	"Beinahe Fehler" werden definiert, erfasst und sind allen Mitarbeiter/-innen bekannt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt ein Verbesserungsmanagement/ Vorschlagswesen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Beteiligung der Mitarbeiter/-innen am Verbesserungsmanagement/ Vorschlagswesen wird erfasst.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Eine adäquate Anerkennung der Mitarbeiter/-innen für Verbesserungsvorschläge erfolgt.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Die Therapieabbruchquote wird erfasst.		PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Beschwerde...	Es existiert ein Risikomanagement zur Verhinderung von unerwünschten und vermeidbaren Ereignissen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Prozesse	Für die Prozesse der Praxis sind verantwortliche Personen benannt (z.B. für Brand-, Daten- und Arbeitsschutz, Hygiene, Therapie, Beschwerden, Einkauf, Wareneingang)		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die wesentlichen Prozesse der Praxis sind miteinander verknüpft.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die wesentlichen Prozesse der Praxis sind (mit Ablauf und Ergebnis) beschrieben.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Prozesse in der Praxis sind so beschrieben, dass die Art und Weise der Kenntnisnahme der Mitarbeiter/-innen geregelt ist.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Die Mitarbeiter/-innen werden befähigt Prozesse weiter zu entwickeln.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

MANAGEMENT	Prozesse		PLAN
Prozesse	Es gibt Regelungen zur Überprüfung und Bewertung der Prozesse.		DO
			CHECK
			ACT
			PLAN
	Es erfolgt eine Orientierung an Nachweis-basierten Behandlungsmethoden (EBP) und evtl. vorhandenen Leitlinien.		DO
			CHECK
			ACT
			PLAN
	Es existieren interne Behandlungsstandards oder -leitlinien.		DO
			CHECK
			ACT
			PLAN
Falls zutreffend: Vergleich mit anderen Praxen	Die Praxis beteiligt sich am Vergleich von Kennzahlen (Benchmarking) oder an Qualitätszirkeln mit anderen Praxen.		DO
			CHECK
			ACT
			PLAN
	Die Ergebnisse des Vergleichs mit anderen Praxen werden im Team besprochen.		DO
			CHECK
			ACT
			PLAN



Datenschutz	Passwörter werden regelmäßig geändert.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Patient/-innendaten und -dokumentation	Es existiert eine aktuelle Liste der Namenskürzel / Handzeichen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt eine Regelung zum Umgang mit fehlenden und unvollständigen Patient/-innendokumentationen.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Falls zutreffend: Informationstechnologien	PC's mit Praxisinformationssoftware und Patient/-innendaten haben keinen Anschluss an öffentliche Datennetze.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
	Es gibt ein EDV-Ausfallkonzept.		PLAN
			DO
			CHECK
			ACT

Ausbildung	Grundlagen und Zusammenarbeit mit der Ausbildungsinstitution	<p>Es erfolgt eine inhaltliche und organisatorische Koordination der Praktika mit dem Ausbildungsträger.</p>	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
		<p>Es erfolgt ein kontinuierlicher, strukturierter Informationsaustausch zwischen Praxisanleitung und Praktikumsbetreuung.</p>	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
		<p>Die verantwortlichen Mitarbeiter/-innen werden für Ihre Aufgaben im Rahmen der Praktika geschult.</p>	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
		<p>Die Praxis beteiligt sich an der Überarbeitung der Praktikumsstandards.</p>	PLAN
			DO
			CHECK
			ACT
Einarbeiten, praktische Arbeit & Evaluation	<p>Es gibt eine einheitliche Regelung zur Einarbeitung von Praktikant/-innen.</p>	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	
	<p>Der/-m verantwortlichen Mitarbeiter/-in stehen die erforderlichen zeitlichen Ressourcen für die Betreuung der Praktikant/-innen zur Verfügung.</p>	PLAN	
		DO	
		CHECK	
		ACT	



Einarbeiten, praktische Arbeit und abschliessende Evaluation	Es existiert ein praxisrelevanter Ausbildungsplan für Praktikant/-innen.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	Die benötigten Ressourcen zur fachlichen Qualifikation der Praktikant/-innen werden bereitgestellt (Fachliteratur, Supervision, Feedbackgespräche).	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	Praktikant/-innen werden in die regulären Teambesprechungen einbezogen.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
	Praktikant/-innen können an internen Fortbildungen teilnehmen.	PLAN
		DO
		CHECK
		ACT
Die Einarbeitung der Praktikant/-innen wird dokumentiert.	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	
Die inhaltliche und organisatorische Qualität des Praktikums wird evaluiert.	PLAN	
	DO	
	CHECK	
	ACT	

Kriterienübersicht

PATIENT/-IN	Es gibt eine interne Regelung zum Umgang mit Patient/-innen, die Hinweise auf Vernachlässigung oder Missbrauch zeigen.
Zugang zur Praxis	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
Informationen zur Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, Parkplätze etc. sind vorhanden.	Eine Regelung zur Beschaffung und Weitergabe von (Vor-) Befunden besteht.
Die Mitarbeiter/-innen der Praxis sind mit Foto und Qualifikation dargestellt.	Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Erreichen der Therapieziele ist sichergestellt.
Die Patient/-innen werden über die Organisationsstruktur der Praxis informiert.	Es gibt ein systematisches Vorgehen beim Übergang der Patient/-innen in eine andere Versorgungsform (z.B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung).
Zugang zu den Leistungen	Prävention und Gesundheitsförderung bezogen auf die Patient/-innen
Angemessene und aktuelle Unterhaltungsangebote (z.B. Zeitschriften) sind im Wartebereich vorhanden.	Es werden präventive Leistungen angeboten.
Die Termine werden mit größtmöglicher Flexibilität für die Patient/-innen vergeben.	Es gibt aktuelles Informationsmaterial über das Angebot präventiver Leistungen in der Praxis.
Termine werden transparent, nach festgelegten Kriterien und orientiert an den Therapiezielen vergeben.	Die Patient/-innen werden über angebotene Schulungsmaßnahmen informiert.
Termine für Hausbesuche werden mit anderen Berufsgruppen und den Angehörigen abgestimmt.	Patient/-innen werden über lokale Aktivitäten und Angebote zur Gesundheitsförderung informiert und zur Teilnahme ermutigt.
Patient/-innensicherheit	Die Zusammenarbeit mit Patient/-innen- und/oder Selbsthilfeorganisationen ist geregelt.
Wichtige und relevante Vorsichtsmaßnahmen für die Patient/-innen werden gegeben und deren Kenntnisnahme ist dokumentiert.	Der Schulungsprozess der Patient/-innen wird dokumentiert.
Die Mitarbeiter/-innen sind über das Vorgehen bei Haftpflichtschäden informiert. Verantwortliche für die strukturierte Prozessabwicklung sind benannt.	Der Schulungsbedarf der Patient/-innen wird strukturiert erfasst.
Der Schutz des Eigentums von Patient/-innen (z.B. Wertsachen) durch die Praxis ist geregelt.	
Dokumentation und Patient/-innenunterlagen	
Es ist den Patient/-innen möglich, Einsicht in die Dokumentation ihrer Behandlung zu nehmen.	
Die Patient/-innenakten enthalten nur relevante und sachlich formulierte Bemerkungen.	
Es werden regelmäßig Stichproben der Patient/-innenakten auf Einhaltung der Dokumentationsstandards durchgeführt.	
Das Therapieende wird ausreichend dokumentiert und strukturiert aufgearbeitet.	
Die Zurückgabe aller benötigten Unterlagen an die Patient/-innen nach Beendigung der Behandlung ist sichergestellt.	
Befunderhebung, Therapieplanung & -durchführung	
Die kulturellen und ethischen Bedürfnisse der Patient/-innen werden berücksichtigt.	
Die Mitarbeiter/-innen sind in ethischen Fragestellungen speziell geschult.	
Die Therapieziele berücksichtigen die Zielkategorien der „International classification of functioning, disability and health“ (ICF).	
Angehörige werden zur Unterstützung der Therapie einbezogen und entsprechend unterwiesen.	
Die Anwendung von Hilfsmitteln wird beobachtet, deren Anwendung erfasst und dokumentiert.	
Die Beratung und Erprobung von Hilfsmitteln ist sichergestellt.	
Für die wichtigsten Therapieangebote gibt es spezifische Ablaufbeschreibungen.	
Die therapeutischen Maßnahmen werden nach Abschluss der Behandlung in Hinblick auf Ihre Effektivität bewertet.	
Es gibt eine Regelung zum Verfahren, wenn weiterführende diagnostische Maßnahmen erforderlich sind.	
Es gibt eine Regelung zum Verfahren bei Abweichungen zwischen dem Befund und den verordneten Heilmitteln.	

PRAXISLEITUNG
Zielplanung
Die Unternehmensstrategie wird mit den Mitarbeiter/-innen besprochen.
Die Unternehmensstrategie wird durch den Einsatz von personellen und materiellen Ressourcen unterstützt.
Die Unternehmensstrategie enthält Aussagen zum Qualitätsmanagement.
Die Leitung überprüft regelmäßig die Zweckmäßigkeit des QM-Systems und identifiziert den Änderungsbedarf.
Die Stärken und Schwächen der Praxis werden regelmäßig ermittelt.
Leitbild
Das Leitbild ist öffentlich zugänglich.
Das Leitbild wurde gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen erstellt.
Aus dem Leitbild werden überprüfbare Ziele abgeleitet.
Finanzplanung
Die wirtschaftliche Situation der Praxis wird über geeignete Kennzahlen dargestellt.
Wirtschaftliche Risiken werden speziell analysiert.
Der Umgang mit veränderter Mitarbeiter/-innen- oder Budgetsituation ist geregelt.
Nutzungszeiten und -auslastung der Praxisräume und Therapiemöglichkeiten werden ausgewertet.
Eine statistische Auswertung über die Verteilung der Kostenträger (GKV, PKV, Selbstzahler/-innen) wird erstellt.
Eine Kostentransparenz gegenüber den Mitarbeiter/-innen existiert.
Die Mitarbeiter/-innen können Budgetverantwortung für ihren Zuständigkeitsbereich übernehmen.
Es gelten Regeln bei der Auswahl von Lieferant/-innen.
Lieferant/-innen werden nach festgelegten Kriterien bewertet.
Bei der Anschaffung von Therapiematerialien und -geräten werden ökologische Aspekte und Aspekte des Arbeitsschutzes berücksichtigt.
Einstellung
Der Zeitaufwand für Leitungstätigkeiten ist im Arbeitsvertrag vereinbart.
Beendigung eines Arbeitsverhältnisses
Es erfolgt die Erfassung des Zufriedenheitsgrades bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses.
Personalplanung und -entwicklung
Es existieren exakte Stellenbeschreibungen mit Qualifikationsanforderungen.
Es erfolgt eine Analyse des Personalbedarfs entsprechend der Unternehmensstrategie.
Es gibt ein transparentes System der Entlohnung und leistungsorientierter Vergütung.
Die Zahlung tarifgerechter Löhne ist gewährleistet.
Es existiert ein Konzept zur Personalentwicklung.
Ein standardisiertes Beurteilungssystem der Mitarbeiter/-innen ist vorhanden.
Das Mitarbeiter/-innen-Beurteilungssystem ist den Mitarbeiter/-innen bekannt.

In der Personalplanung wird der Ausbildungsbedarf neuer Mitarbeiter/-innen berücksichtigt.
Es werden Maßnahmen ergriffen, um die Personalausfallquote möglichst gering zu halten.
Aussagekräftige Statistiken (Fluktuation, Personalausfallquote, Soll-Ist-Stundendifferenz) werden in die Personalplanung einbezogen.
Teambildung
Es existieren strukturierte Regeln für die Kommunikation mit den Mitarbeiter/-innen.
Die Integration freier Mitarbeiter/-innen in das Team wird von der Praxisleitung gefördert.
Organisationsentwicklung
Es existiert ein Prozessmanagementsystem.
Mit dem Ziel die Patient/-innenversorgung zu verbessern, werden Kooperationen mit anderen Einrichtungen angestrebt.
Neuerungen werden in festgelegten Zeiträumen evaluiert.
Öffentlichkeitsarbeit
Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden unter Beachtung des Heilmittelwerbegesetzes geplant und umgesetzt.
Besondere Leistungen der Praxis werden in der Öffentlichkeit dargestellt (z.B. Auszeichnungen, Veröffentlichungen)
Umweltschutz
Eine Mülltrennung existiert.
Die Mitarbeiter/-innen erfahren von den Regelungen der Mülltrennung/des Recyclings.
Es werden Maßnahmen zur Einsparung von Energie und sonstigen Ressourcen getroffen.
Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/-innen & Leitung
Es gibt Regelungen für die Fürsorgepflicht der Leitung (z.B. Sucht, Mobbing).
Die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen wird bei der Planung von Tätigkeiten und Abläufen berücksichtigt.
Die eigenverantwortliche Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/-innen wird unterstützt.
Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit (z.B. Techniken der Streßbewältigung, Vorbeugung von Überlastung) der Praxisleitung im Sinne des langfristigen Erhalts der Arbeitskraft werden getroffen.
Vorhandene Übungsräume/Trainingsgeräte können von den Mitarbeiter/-innen außerhalb der Arbeitszeit für ihre eigene Gesundheit genutzt werden.
Falls zutreffend: Kriterien zur Mitarbeiter/-innenvertretung & Gemeinschaftspraxis
Es existiert eine Struktur für die Kommunikation der Partner/-innen einer Gemeinschaftspraxis.
Die Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen und Praxiseigentümer/-innen einer Gemeinschaftspraxis wird erhoben.
Die Mitarbeiter/-innen-Vertretung wird in alle relevanten Entscheidungen einbezogen. (Praxisgröße ab 16 Mitarbeiter/-innen)

MITARBEITER/-IN
Einarbeitung
Ein schriftliches Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter/-innen existiert.
Die Internetnutzung der Angestellten ist geregelt.
Es existiert eine schriftliche Dokumentation der Einarbeitung, die gegengezeichnet wird.
Fort- und Weiterbildung
Schulungen für die Mitarbeiter/-innen zur Kundenorientierung (z.B. Freundlichkeit, Verhalten am Telefon) werden angeboten.
Die Fortbildungsmaßnahmen werden dokumentiert.
Die Inhalte von Qualifikationsmaßnahmen bezogen auf den Fort- und Weiterbildungsbedarf der Praxis werden evaluiert.
Teamsitzungen
Die Teilnahme der Mitarbeiter/-innen an internen Praxisveranstaltungen wird erfasst und ausgewertet.
Arbeitszeiten und Vertretungsregelungen
Es existieren Vertretungspläne bei geplanter und ungeplanter Abwesenheit der Mitarbeiter/-innen.
Eine Übersicht geplanter und dennoch nicht erbrachter Therapieeinheiten wird für jede/-n Mitarbeiter/-in erstellt.
Es steht ausreichend vergütete Arbeitszeit für die Dokumentation und Berichterstattung zur Verfügung.
SICHERHEIT
Arbeitsschutz
Arbeitsplatzbeurteilungen in Bezug auf Arbeitssicherheit und Ergonomie werden durchgeführt.
Brandschutz
Es werden regelmäßig Brandschutzunterweisungen durchgeführt.
Notfälle
Erste-Hilfe-Kurse der Mitarbeiter/-innen werden regelmäßig aktualisiert.
Es existiert ein Ausfallkonzept für technische Einrichtungen sowie Strom und Wasser.
Hygiene
Es gibt Regelungen zur Impfung/Infektionsprävention der Mitarbeiter/-innen.
Falls zutreffend: Medizinprodukte
Ein Bestandsverzeichnis der technischen Medizinprodukte liegt vor.
Die Medizinproduktebetrieberverordnung ist bekannt.
Die Einweisung in die Anwendung der Medizinprodukte ist geregelt und wird dokumentiert.
Prüfprotokolle der Medizinprodukte liegen vor.
Die Instandhaltung von Medizinprodukten erfolgt durch qualifiziertes Personal.

MANAGEMENT
Qualitätsmanagement allgemein
Es existiert eine übergeordnete Planung (z.B. mit Zeit und Priorität) aller QM-Maßnahmen.
Es gibt ein Konzept zur Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten.
Es gibt ein Konzept zur Erhebung und Nutzung von Daten im Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis.
Die erhobenen qualitätsrelevanten Daten sind mit Zielvorgaben verbunden.
Die Patient/-innen können sich über die QM-Maßnahmen und die Strategie informieren.
Mitarbeiter/-innen und Qualitätsmanagement
Finanzielle und personelle Ressourcen für das QM werden zur Verfügung gestellt.
Es werden Schulungen der Mitarbeiter/-innen zum QM durchgeführt.
Die Kenntnisnahme von Regelungen und Informationen zum QM wird durch Unterschrift bestätigt.
Patient/-innen- und Mitarbeiter/-innenbefragungen, Überprüfungen allgemein
Es wird eine interne Qualitätssicherung durchgeführt (Befragungen, Begehungen, Auswertung von Daten).
Die Daten der internen Qualitätssicherung werden zur Verbesserung des QM-Systems verwendet.
Die Mitarbeiter/-innen werden an der Erstellung der Patient/-innenbefragung beteiligt.
Die Zufriedenheit der Patient/-innen mit dem Behandlungsergebnis wird in einem größeren Abstand nach der Behandlung erfragt.
Es werden Patient/-innen berücksichtigt, die die Praxis nur gelegentlich oder nicht mehr besuchen.
Die Ergebnisse der Patient/-innenbefragung werden für die Patient/-innen öffentlich gemacht.
Es gibt Konzepte zur Befragung der zuweisenden Ärzt/-innen.
Die Rücklaufquote der Mitarbeiter/-innenbefragung wird erfasst.
Es existieren Konzepte für das Ideen- und Wissensmanagement.
Dokumente
Es existiert eine Übersicht des aktuellen Standes aller geplanten QM-Maßnahmen.
Die Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsfristen der internen Dokumente sind festgelegt.
Die internen Dokumente sind auch digital verfügbar.
Beschwerde-, Fehler- und Risikomanagement
Aus dem Beschwerde-, Verbesserungs- und Fehlermanagement werden Kennzahlen abgeleitet.
Die Kennzahlen aus dem Beschwerde-, Verbesserungs- und Fehlermanagement sind für die Mitarbeiter/-innen transparent.
Es existieren Regelungen zur Hinzuziehung anderer Berufsgruppen (z.B. Rücksprache mit dem verordnenden Ärzt/-innen) um Therapierisiken auszuschließen.
Ein Fehlermanagement ist vorhanden.
„Beinahe Fehler“ werden definiert, erfasst und sind allen Mitarbeiter/-innen bekannt.
Es gibt ein Verbesserungsmanagement/Vorschlagswesen.

Die Beteiligung der Mitarbeiter/-innen am Verbesserungsmanagement/Vorschlagswesen wird erfasst.
Eine adäquate Anerkennung der Mitarbeiter/-innen für Verbesserungsvorschläge erfolgt.
Die Therapieabbruchquote wird erfasst.
Es existiert ein Risikomanagement zur Verhinderung von unerwünschten und vermeidbaren Ereignissen.
Prozesse
Für die Prozesse der Praxis sind verantwortliche Personen benannt (z.B. für Brand-, Daten- und Arbeitsschutz, Hygiene, Therapie, Beschwerden, Einkauf, Wareneingang)
Die wesentlichen Prozesse der Praxis sind miteinander verknüpft.
Die wesentlichen Prozesse der Praxis sind (mit Ablauf und Ergebnis) beschrieben.
Die Prozesse in der Praxis sind so beschrieben, dass die Art und Weise der Kenntnisnahme der Mitarbeiter/-innen geregelt ist.
Die Mitarbeiter/-innen werden befähigt Prozesse weiter zu entwickeln.
Es gibt Regelungen zur Überprüfung und Bewertung der Prozesse.
Es erfolgt eine Orientierung an Nachweis-basierten Behandlungsmethoden (EBP) und evtl. vorhandenen Leitlinien.
Es existieren interne Behandlungsstandards oder -leitlinien.
Falls zutreffend: Vergleich mit anderen Praxen
Die Praxis beteiligt sich am Vergleich von Kennzahlen (Benchmarking) oder an Qualitätszirkeln mit anderen Praxen.
Die Ergebnisse des Vergleichs mit anderen Praxen werden im Team besprochen.

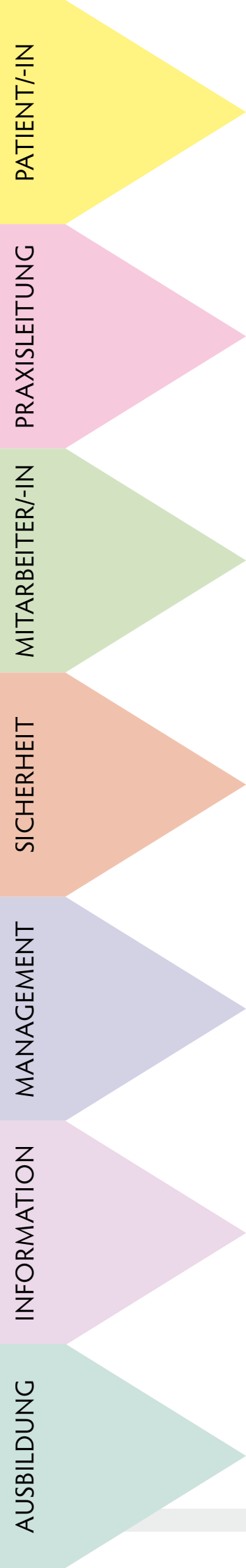
INFORMATION
Datenschutz
Passwörter werden regelmäßig geändert.
Patient/-innendaten und -dokumentation
Es existiert eine aktuelle Liste der Namenskürzel / Handzeichen.
Es gibt eine Regelung zum Umgang mit fehlenden und unvollständigen Patient/-innendokumentationen.
Falls zutreffend: Informationstechnologien
PC's mit Praxisinformationssoftware und Patient/-innendaten haben keinen Anschluss an öffentliche Datennetze.
Es gibt ein EDV-Ausfallkonzept.
AUSBILDUNG
Grundlagen & Zusammenarbeit mit der Ausbildungsinstitution
Es erfolgt eine inhaltliche und organisatorische Koordination der Praktika mit dem Ausbildungsträger.
Es erfolgt ein kontinuierlicher, strukturierter Informationsaustausch zwischen Praxisanleitung und Praktikumsbetreuung.
Die verantwortlichen Mitarbeiter/-innen werden für Ihre Aufgaben im Rahmen der Praktika geschult.
Die Praxis beteiligt sich an der Überarbeitung der Praktikumsstandards.
Einarbeiten, praktische Arbeit & abschliessende Evaluation
Es gibt eine einheitliche Regelung zur Einarbeitung von Praktikant/-innen.
Der/-m verantwortlichen Mitarbeiter/-in stehen die erforderlichen zeitlichen Ressourcen für die Betreuung der Praktikant/-innen zur Verfügung.
Es existiert ein praxisrelevanter Ausbildungsplan für Praktikant/-innen.
Die benötigten Ressourcen zur fachlichen Qualifikation der Praktikant/-innen werden bereitgestellt (Fachliteratur, Supervision, Feedbackgespräche).
Praktikant/-innen werden in die regulären Teambesprechungen einbezogen.
Praktikant/-innen können an internen Fortbildungen teilnehmen.
Die Einarbeitung der Praktikant/-innen wird dokumentiert.
Die inhaltliche und organisatorische Qualität des Praktikums wird evaluiert.



Notizen



Notizen



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 Excellence-Set ermöglicht eine umfassendere Betrachtung des Praxismanagement als sie jeweils mit dem Basis- und dem Erweiterungs-Set möglich ist. Der Praktikabilität eines Selbstbewertungsinstruments, wie Sie im Basis- und Erweiterungs-Set im Vordergrund steht, kommt vor dem Hintergrund begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen einer Heilmittelpraxis ein besonderer Stellenwert zu. Für eine umfassende Selbstbewertung sind alle dargestellten Kriterien des Selbstbewertungsinstruments relevant.



Qualität und Management.