

Anlage 9 zum Rahmenvertrag über die Leistungserbringung von individuellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Kompaktkuren bzw. kurortspezifischen Heilmitteln im Rahmen von genehmigten ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vom 26.07.1990 in der Fassung vom 03.02.2012 (gültig ab 01.07.2012)

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

zwischen

dem GKV-Spitzenverband

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

und

dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.

dem Deutschen Heilbäderverband e. V.

dem Deutschen Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten e.V.

dem Kneipp-Bund e.V.

dem Verband Deutscher Badeärzte e. V.

dem Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e. V.

dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V.

- im Weiteren Vereinbarungspartner genannt –

Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Präambel

Von den Vereinbarungspartnern sind nach § 137d Abs. 3 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V zu vereinbaren. Die Vorgaben sind für Einrichtungen / (selbständige) Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nach § 23 Abs. 2 SGB V erbringen, verbindlich. Für nach §§ 9 und 10 an den Kurarztverträgen teilnehmende Vertragsärzte gilt diese Vereinbarung nicht. Die Umsetzung von Qualitätsmanagementmaßnahmen ist in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in der jeweils geltenden Fassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V geregelt. Aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen der einzelnen Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer und der kurortspezifischen Ausgestaltung des Versorgungsangebotes definiert die Vereinbarung nur grundsätzliche Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement.

Die grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-) internes Qualitätsmanagement haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität und damit die Versorgung der Patienten zu verbessern. Insofern sind Leistungsinhalte und Leistungserbringung immer im Kontext zur Gesamtbehandlung der Patienten zu sehen.

§ 1 Grundsätze

(1) Ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V sollen dazu beitragen, eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen, Krankheiten zu verhüten, deren Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die ambulanten Vorsorgeleistungen müssen bedarfsgerecht, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. Sie müssen aus medizinischen Gründen für die Versorgung des Versicherten notwendig sein. Die Abgabe dieser Vorsorgeleistungen erfolgt auf der Basis eines von einem verantwortlichen Kurarzt ausgestellten individuellen Vorsorgeplanes.

(3) Für die Leistungserbringung gelten die jeweiligen Zulassungsbedingungen. Soweit im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistungen Heilmittel verordnet werden, die in den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt sind, sind die dort vorgegebenen Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen. Sonstige gesetzliche Vorschriften und die Regelungen im Kurarztvertrag sind einzuhalten.

§ 2 Ziel und Inhalt des (einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements

(1) Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt in erster Linie dem Patienten zu Gute. Es dient letztlich der Gesamtorganisation des betrieblichen Geschehens und ist insofern Bestandteil der Leistungserbringung als Ganzes. Qualitätsmanagement ist in seiner Gesamtheit eine Aufgabe der Einrichtung / des (selbständigen) Leistungserbringers und ein Ausdruck von Verantwortung für den Patienten im Sinne einer Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten.

(2) Zum internen Qualitätsmanagement zählt insbesondere:

- Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild
- ICF-basierte Behandlungskonzepte
- Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement
- Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche
- Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen
- Regelmäßige Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten
- Beschwerdemanagement
- Fehlermanagement
- Interne Ergebnismessung und -analyse
- Regelmäßige Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse

(3) Die wesentlichen Inhalte eines internen Qualitätsmanagements sind in der als Anlage 1 beigefügten Übersicht enthalten. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Ausschließlichkeit.

(4) Ziel des Qualitätsmanagements ist die patientenorientierte Prozess- und Ergebnisoptimierung. Das Ziel kann nur erreicht werden, wenn es durch alle Beteiligten mit Leben gefüllt und sowohl im Außenverhältnis in der täglichen Arbeit mit Patienten und Angehörigen als auch im Innenverhältnis für die Beteiligten untereinander spürbar wird.

§ 3

Grundsätzliche Anforderungen

(1) Alle an der Versorgung Beteiligten haben sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung für die Beachtung und Realisierung der Regelungen zum Qualitätsmanagement einzusetzen und sich – soweit erforderlich – miteinander abzustimmen.

(2) In Einrichtungen sind die Mitarbeiter zielgerichtet über Qualitätsmanagement zu informieren mit dem Ziel, ihre Aufgaben fachgerecht wahrzunehmen und ein verstärktes Qualitätsbewusstsein entwickeln zu können. Notwendige Fortbildungen sollten mit Unterstützung der Leitung durchgeführt werden.

(3) Maßnahmen des Qualitätsmanagements müssen, wie alle anderen Leistungen auch, der Forderung nach Effektivität und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Erarbeitung von Maßnahmen zum internen Qualitätsmanagement erfordert eine kritische Überprüfung und Beurteilung der alltäglichen Arbeitsabläufe und ist Voraussetzung für die funktionelle Ausgestaltung.

(4) Ausgehend von den heterogenen Strukturen und den kurortsspezifischen Besonderheiten ist ein Optimum an Qualitätsmanagement zu realisieren, das einrichtungsintern und organisatorisch handhabbar sein muss.

§ 4

Nachweis eines(einrichtungs-) internen Qualitätsmanagements

(1) Die Einrichtungen / (selbständigen) Leistungserbringer sind 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. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die schriftliche Selbstbewertung einer Überprüfung unterziehen.

(2) Die Vereinbarungspartner erstellen Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation des Selbstbewertungsberichts nach Abs. 1 (Anlage 3).

(3) Sofern eine Einrichtung / (selbständiger) Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement-Verfahren eingeführt hat, welches die Anforderungen nach Anlage 2 erfüllt, ersetzt dies die Verpflichtung zur schriftlichen Selbstbewertung nach Absatz 1.

(4) Der Nachweis nach Abs. 1 oder Abs. 3 ist erstmalig zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung vorzulegen.

(5) Jede Einrichtung / jeder (selbständige) Leistungserbringer kann den Nachweis nach Abs. 1 oder Abs. 3 öffentlich zugänglich machen.

§ 5 Sonstige Anforderungen

(1) Jeder Mitarbeiter einer Einrichtung und jeder (selbständige) Leistungserbringer muss die für seine Berufsgruppe vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen erfüllen, um Leistungen am Patienten erbringen zu können. Insbesondere ist die Fortbildungsverpflichtung im Heilmittelbereich gemäß den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V einzuhalten.

(2) Die Leistungserbringung durch Einrichtungen oder (selbständige) Leistungserbringer ist in geeigneter Weise nachvollziehbar zu dokumentieren. Das Zusammenwirken der an der Behandlung Beteiligten soll möglichst vom primären Behandler koordiniert werden. Wichtige Erkenntnisse über den gesundheitlichen Zustand des Patienten, die eine Änderung des Vorsorgeplanes oder der Verordnung erforderlich machen, sind dem veranlassenden Kurarzt mitzuteilen.

(3) Die Einrichtung bzw. der (selbständige) Leistungserbringer ist für die operative Umsetzung des Vorsorgeplanes verantwortlich. Der Mitarbeiter hat sich bei der Abgabe von Leistungen an den Vorsorgeplan oder die Verordnung des Kurarztes (Kurarztvertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 5 EKV oder § 2 Abs. 4 BMV) zu halten. Bestehen Unklarheiten bezüglich der Leistung, der Vollständigkeit der Verordnung und/oder der Abgabe, hat er diese mit dem veranlassenden Kurarzt vor der Leistungserbringung abzuklären.

§ 6 Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt zum 01.09.2010 in Kraft.

(2) Die Partner der Vereinbarung werden in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse angepasst werden muss. Ist eine Anpassung erforderlich, erklären sich die Vereinbarungspartner bereit, unverzüglich an der Verabschiedung einer neuen Vereinbarung mitzuwirken. Dies gilt auch bei Gesetzesänderungen, soweit sie die Vereinbarung betreffen.

(3) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit Frist von einem Jahr, frühestens zum 31.12.2011, schriftlich gegenüber den anderen Vereinbarungspartnern gekündigt werden. Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Vereinbarung für die übrigen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

Protokollnotiz zu § 6 Abs. 3

Bei Kündigung durch eine der drei Vereinbarungsparteien (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände der Leistungserbringer) besteht die Verpflichtung innerhalb von sechs Wochen neue Vereinbarungsverhandlungen unter Berücksichtigung des Kündigungsgrundes aufzunehmen.

Berlin, den GKV-Spitzenverband

Berlin, den Kassenärztliche Bundesvereinigung

Bochum, den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.

Berlin, den	Deutscher Heilbäderverband e. V.
Köln, den	Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten /Krankengymnasten e. V.
Bad Wörishofen, den	Kneipp-Bund e. V.
Bad Oeynhausen, den	Verband Deutscher Badeärzte e. V.
Bad Wörishofen, den	Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e. V.
Hamburg, den	Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V.

Anlage 1

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

1. Verbindliches Einrichtungskonzept und Leitbild

- Schriftlich fixiert und öffentlich einsehbar/verfügbar
- Darstellung des Leistungsspektrums (Behandlungen, Therapien und Verfahren)
- Aussagen zur Organisation der Einrichtung (Strukturen und Prozesse)
- Beurteilung der Einrichtungskonzeption: regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse
- Kompatibilität mit Rahmenvorgaben der Leistungsträger (z. B. Kurarztvertrag) und dem anerkannten fachwissenschaftlichen Diskussionsstand
- Entwicklung und Bewertung von Qualitätszielen und die für die Bewertung zu ziehenden Konsequenzen
- Wirksames Schnittstellenmanagement (z. B. Beschreibung der patientenbezogenen, wesentlichen Kernprozesse in den Bereichen Aufnahme, Diagnose, Therapie einschließlich der relevanten Teil- und Unterstützungsprozesse sowie notwendiger Vernetzung vor Ort. Diese Prozesse und Teilprozesse müssen durchgängig beschrieben und in ihren Wechselwirkungen geregelt sein.)
- Regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung des Leitbildes, welches schriftlich fixiert ist

2. ICF-basierte Behandlungskonzepte

- Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Kurarztes (Vorsorgeplan) für alle Beteiligten
- Interdisziplinärer Behandlungsansatz wie im Behandlungskonzept vorgesehen
- Verantwortlichkeiten innerhalb der Behandlungsabläufe sind festgelegt
- Regelmäßige Überprüfung, Anpassung und Aktualisierung auf der Grundlage gesundheits-, präventions- und vorsorgewissenschaftlicher aktueller Erkenntnisse
- Sinnvolle Verzahnung der Behandlung durch die Beteiligten
- Bei der Zeitplanung der Therapien und weiteren verhaltenspräventiven Maßnahmen generelle Berücksichtigung ggfs. zurückzulegender Wegstrecken des Versicherten zwischen einzelnen Behandlungsmaßnahmen und -orten, notwendiger Nachruhe und dergleichen bei Beachtung der jeweils individuellen Disposition (Mobilität)

3. Verantwortlichkeiten für das interne Qualitätsmanagement

- Angaben zur Verantwortung für das Qualitätsmanagement, d. h. Bereitstellung angemessener personeller, sachlicher und zeitlicher Ressourcen
- Schriftliche Benennung eines geeigneten (z. B. in Grundlagen des Qualitätsmanagements geschulten) unternehmensinternen Qualitätsbeauftragten oder schriftliche Bestellung eines qualifizierten, externen Qualitätsbeauftragten

4. Mitarbeiterbeteiligung aller Ebenen und Bereiche, z. B.

- Interne Kommunikationsstrukturen sind festgelegt, transparent und verbindlich
- Mitarbeiterorientierung als Unternehmensziel
- Führungsarbeit nach festgelegten Führungsgrundsätzen
- Umfassende und differenzierte Beteiligung der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement und Einsatz geeigneter Instrumente

- Stellenbeschreibungen oder Anforderungsprofile sowie Beschreibungen der Verantwortlichkeiten für alle Mitarbeiter
- Vertretungsregelungen für die Mitarbeiter
- Regelmäßige, strukturierte Ermittlung des Schulungsbedarfs und Durchführung der Schulungen und andere Informationsmaßnahmen, u. a. zum Qualitätsmanagement

5. Kontinuierliche Dokumentation, Überwachung und Steuerung von Vorsorge-Prozessen

- Ausrichtung des Prozessmanagements an gültigen fachlichen Qualitätsstandards unter Berücksichtigung ggf. zurückzulegender Wege der Versicherten (z. B. Kurarztstandort, Qualifikation von Therapeuten, zeitnaher Therapiebeginn, Nachruhe, Zeitabstände)
- Beschreibung des Dokumentationssystems sowie aller gesetzlichen und behördlich geforderten Dokumentationsanforderungen (z. B. Hygiene, Brandschutz, MPG)
- Grundsätzliche Lenkung der Dokumente (Vorgabe- und Nachweisdokumente)
- Dokumentation der abgegebenen Behandlungen
- Beachtung des Datenschutzes der am Therapieprozess Beteiligten

6. Regelmäßige Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Patienten sowie der am Behandlungsablauf Beteiligten

- Ausreichende Information der Patienten
- Therapiezielvereinbarungen und gemeinsame Auswertung
- Einbeziehung der Wünsche und Bedürfnisse der Patienten (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen)
- Abstimmung möglicher verschiedener Interessenslagen (Patient, Behandler, Leistungsträger)
- Abstimmung und Rückkoppelung zwischen den an der Behandlung Beteiligten
- Interne Kommunikationsstrukturen (z.B. Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel)

7. Beschwerdemanagement

- Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten
- Statistik bzw. schriftliche Auswertung/Aufzeichnung und Analyse
- Konsequenzen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

8. Fehlermanagement

- Einrichtungsspezifische Klärung des Fehlerbegriffes und Umgang mit Behandlungsfehlern
- Beschriebenes Verfahren und beschriebener Prozess einschließlich Verantwortlichkeiten
- Statistik bzw. schriftliche Auswertung/Aufzeichnung und Analyse
- Konsequenzen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

9. Interne Ergebnismessung und –analyse, z.B.

- Angaben zur Patientenzufriedenheit (nur mit Einschränkung bei Minderjährigen)
- Rückmeldungen von verschiedenen Parteien (z. B. Krankenkassen, Kurärzte, weitere Leistungserbinger)
- Leistungen der patientenbezogenen und unterstützenden Prozesse (Prozessqualität)

- Therapiezielerreichung (Ergebnisqualität)
- Ergebnisse zu Qualitätszielen
- Qualitätsbezogene Kennzahlen nach Bedarf des Unternehmens
- Lieferantenbeurteilungen
- Umsetzung wesentlicher gesetzlicher und behördlicher Forderungen
- Ableitung von Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen für Verbesserungen

10. Regelhafte Selbstüberprüfung aller wesentlichen Prozesse, z. B.

- Überprüfungsplan
- Dokumentation der Überprüfung
- Ergebnisse liefern Eingaben für die kontinuierliche Verbesserung und die (Weiter-)Entwicklung von Qualitätszielen, einschließlich Maßnahmenpläne und deren Umsetzung
- Korrekturmaßnahmen

11. Fortschreibung der Anlage 1

Die Fortschreibung dieser Anlage obliegt den Vereinbarungspartnern.

Anlage 2

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

Anforderungen an ein Qualitätsmanagement-Verfahren und ein Zertifizierungsverfahren nach § 4 Abs. 3

1. Zertifizierungs-Zyklus

- Unabhängig vom QM-Modell bzw. Zertifizierungsverfahren soll ein Zertifikat max. drei Jahre Gültigkeit besitzen; nach Ablauf dieses Gültigkeitszeitraums muss eine Re-Zertifizierung erfolgen.
- Innerhalb der Gültigkeitsdauer finden jährliche Überprüfungen statt (z.B. Überwachungs-Audits, Visitationen in Form von Stichproben oder Selbstüberprüfungen). Je nach Art des Zertifikates werden die Überprüfungen durch Institutionen nach Nr. 2 oder durch eigenes qualifiziertes Personal durchgeführt.

2. Anforderungen an Zertifizierungs-Institutionen

- Eine Gesellschaft oder Einrichtung, die Zertifizierungen durchführt (Zertifizierungs-Institution), muss bei der in Deutschland zuständigen Stelle nach ISO/IEC 17021 akkreditiert sein, welche die Multilateralen Abkommen des International Accreditation Forum (IAF) unterzeichnet hat und Mitglied der IAF ist. Die Zertifizierungs-Institution unterliegt dabei einer regelmäßigen Überwachung ihrer Strukturen, Prozesse und fachlichen Qualifikation.
- Die Zertifizierungs-Institution muss über eine Zulassung für den Bereich 38 Gesundheitswesen sowie über entsprechende Zertifizierungs-Erfahrungen verfügen und diese durch Referenzlisten nachweisen.
- Die Zertifizierungs-Institution ist für die Auswahl und den Einsatz fachlich wie methodisch kompetenter Auditoren/Visitoren verantwortlich.

3. Anforderungen an Auditoren/Visitoren

- Die eingesetzten Auditoren/Visitoren müssen über eine Auditorenqualifikation gemäß ISO 19011 und TGA-Leitfaden oder eine andere anerkannte Ausbildung (z. B. KTQVisitor, EFQM-Assessor) verfügen.
- Sie müssen über Kenntnisse des medizinischen Rehabilitationswesens, der entsprechenden administrativen Prozesse sowie angrenzender Versorgungsbereiche (z. B. Hausärzte) verfügen.
- Sie müssen über eigene Führungserfahrung, Moderationsfähigkeiten, analytisches Verständnis und die erforderliche kommunikative Kompetenz verfügen.
- Geeignete Berufsgruppen sind insbesondere Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten sowie Verwaltungsmitarbeiter. Praktiker, deren Einrichtungen selbst zertifiziert sind, werden bevorzugt.

4. Organisation und Dokumentation der Durchführung

- Die entsprechenden Standards sind bei allen bestehenden Zertifizierungsverfahren (siehe Nr. 5) geregelt. Diese Vorgaben sind einzuhalten.
- Die Zertifizierungs-Institution kann bei den Vor-Ort-Besuchen einen System- und einen Fach-Auditor einsetzen. Bei der Zusammensetzung der Auditoren- bzw.

Visitoren-Teams sind die unter 3. genannten Anforderungen im Hinblick auf Ausbildung, Erfahrung und Berufsgruppenzugehörigkeit zu berücksichtigen.

- Wesentlich vor allem ist eine zeitnahe Berichterstellung von den Audits/Visitationen mit klaren Abweichungsregelungen und Terminsetzung zur Abarbeitung von festgestellten Abweichungen gegenüber der Zertifizierungsgrundlage.

5. Qualitätsmanagement-Verfahren

Qualitätsmanagement-Verfahren werden durch die Vereinbarungspartner anerkannt, sofern sie die Anforderungen aus Anlage 1 und Anlage 2 erfüllen. Der Anbieter des jeweiligen Qualitätsmanagement-Verfahrens muss die Erfüllung der Anforderungen dem GKVSpitzenverband schriftlich bestätigen und, falls von den Vereinbarungspartnern verlangt, die entsprechenden Nachweise erbringen. Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht auf seiner Homepage nach Anhörung der Vereinbarungspartner die anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren.

6. Fortschreibung der Anlage 2

Die Fortschreibung dieser Anlage obliegt den Vereinbarungspartnern.

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:

- 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?