

## Rückantwort

KZV \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

## Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (QM-Berichtsbogen)

Berichtsjahr \_\_\_\_\_

### Rechtsgrundlage

§ 6 Abs. 2 i. V. m. Anlage 2 QM-RL des GBA, zuletzt geändert am 17.09.2020, in Kraft getreten am 09.12.2020

### Ausfüllhinweise

- Füllen Sie den Erhebungsbogen bitte vollständig aus (Pflichtangaben).
- Bitte kreuzen Sie die jeweils zutreffende Antwort an (wenn nicht extra gekennzeichnet, bitte keine Mehrfachantworten).
- Setzen Sie bitte kein Kreuz zwischen die Antwortmöglichkeiten.
- Streichen Sie bitte keine Frage durch.

Ihre Abrechnungsnummer: \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner für Fragen

Frau / Herr \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Erhebungsbogen bis zum xx.xx.202x an die o. g. Adresse zurück – vielen Dank!**

## A. Praxismerkmale (Pflichtangaben)

Seit wann besteht Ihre Praxis / Einrichtung? Sie besteht zum Zeitpunkt der Erhebung

- weniger als 3 Jahre
- 3 Jahre oder länger

## B. Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements

Fragen zur regelmäßigen Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Anlage 2 QM-RL) - **(Pflichtangaben)**

1. **Definieren Sie regelmäßig praxisinterne Qualitätsziele** zur Patientenversorgung oder Praxisorganisation?

- ja
- nein

2. **Erheben und bewerten Sie** regelmäßig die **Zielerreichung** Ihrer praxisinternen Qualitätsziele im Rahmen einer **Selbstbewertung**?

- ja
- nein

3. **Dokumentieren Sie** für interne Zwecke das Ergebnis der Selbstbewertungen?

- ja
- nein

### 4. Zu welchen praxisinternen Qualitätszielen **erfassen Sie Kennzahlen**?

Mehrfachnennungen möglich:

- Ihr Qualitätsziel: \_\_\_\_\_
- Ihr Qualitätsziel: \_\_\_\_\_
- Ihr Qualitätsziel: \_\_\_\_\_

weitere praxisinterne Qualitätsziele z.B.:

- Verkürzung der Wartezeiten in der Praxis,
- Reduzierung der Anzahl von Beschwerden,
- Reduzierung der Anzahl von kritischen Ereignissen,
- Ausbau des Präventionsangebotes
- Reduzierung von durch Patienten nicht abgesagten Terminen

### 5. Haben Sie aus den Ergebnissen der Selbstbewertungen in der Vergangenheit **Konsequenzen für Ihre Praxis** gezogen (z. B. Veränderungen von Prozessen oder Strukturen)? Denken Sie dabei an die letzten 12 Monate

- ja
- nein

### 6. Wie sind in Ihrer Praxis **Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten** festgelegt?

- schriftlich
- schriftlich und mündlich
- nur mündlich

### 7. Sind in Ihrer Praxis **wesentliche Prozesse und Abläufe schriftlich** festgelegt?

- ja
- nein

8. Für welche der folgenden Themen sind in Ihrer Praxis die **wesentlichen Prozesse / Abläufe schriftlich** festgelegt?

Mehrfachnennungen möglich:

- erstmalige Vorstellung von Patientinnen und Patienten
- der Ablauf der häufigsten Behandlungen
- Notfallversorgung / Erste Hilfe
- Patientenaufklärung
- Terminmanagement
- Umgang mit personenbezogenen Daten
- Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Organisation der Praxis (z. B. Abrechnung, Materialbestellung)
- sonstige: \_\_\_\_\_

9. Zu welchen der folgenden Punkte haben Sie Regelungen zur koordinierten Zusammenarbeit aller Beteiligten (**Schnittstellenmanagement**) getroffen?

Mehrfachnennungen möglich:

- Rückfragen beim Hausarzt (z. B. aktuelle Medikation, Begleiterkrankungen)
- Mitbehandlung durch andere Einrichtungen oder Behandelnde (z. B. Überweisungen an Kieferorthopädinnen und -orthopäden oder Zahnkliniken)
- Kontakt mit anderen Bereichen ohne Patientenkontakt (z. B. Zahntechnik)
- Kontakt mit Pflegepersonen oder -einrichtungen (z. B. Angehörige)
- sonstige externe Schnittstellen (z.B. KZVen, Krankenkassen)
- Es sind keine Schnittstellen geregelt.

10. Werden in Ihrer Praxis zu einem oder mehreren der folgenden Themen **Checklisten** genutzt?

Mehrfachnennungen möglich:

- Patientenanamnesebogen
- Kontrolle der Notfallausstattung
- Übergabe von Informationen an Schnittstellen der Versorgung
- Vorbereitung von Eingriffen (z. B. Zahnextraktionen)
- Hygienemanagement
- sonstige Tätigkeiten ohne unmittelbaren Patientenbezug (z. B. Reinigung der Praxis, Dosierung von Reinigungsmitteln)
- Nein, es werden keine Checklisten eingesetzt.

11. Werden in Ihrer Praxis **operative Eingriffe** unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen/Ärzten oder unter Sedierung durchgeführt?

- ja
- nein *(dann weiter mit Frage 13)*

12. Werden **OP-Checklisten** eingesetzt (z. B. zur Erkennung von Eingriffsverwechslungen oder von OP-Risiken)?

Mehrfachnennungen möglich:

- ja, bei allen operativen Eingriffen
- ja, bei einem Teil der operativen Eingriffe (z. B. bei hohem Risiko)
- ja, bei operativen Eingriffen unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen/Ärzten
- ja, bei operativen Eingriffen unter Sedierung
- nein

*Wenn in Ihrer Praxis außer Ihnen keine weiteren Personen tätig sind, machen Sie bitte mit Frage 16 weiter.*

13. Werden in Ihrer Praxis **Teambesprechungen** durchgeführt?

- ja, regelmäßig in festgelegten wiederkehrenden Abständen
- ja, unregelmäßig
- nein

14. **Bilden sich Ihre Mitarbeiter** regelmäßig mit unmittelbarem Bezug zu ihrer Tätigkeit fort?

- ja
- nein

15. Wie wird der **Fortbildungs- und Schulungsbedarf** in Ihrer Praxis erhoben?

Mehrfachnennungen möglich:

- Einschätzung durch die Praxisleitung
- Meldung des Bedarfs durch einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- individuelle Mitarbeitergespräche
- Teambesprechungen
- sonstiges: \_\_\_\_\_
- Es erfolgt keine Erfassung des Fortbildungs- und Schulungsbedarfs.

16. Führen Sie **Patientenbefragungen** durch?

- ja, fortlaufend
- ja, regelmäßig in festgelegten wiederkehrenden Abständen
- ja, unregelmäßig
- nein

17. Wie häufig hat Ihre Praxis in den letzten 3 Jahren **Patientenbefragungen** durchgeführt?

- mehrfach
- einmalig
- in den letzten 3 Jahren wurde keine Patientenbefragung durchgeführt

18. Gibt es in Ihrer Praxis Regelungen zum Umgang mit Patientenbeschwerden (**Beschwerdemanagement**)?

- ja
- nein

19. Für welche der folgenden Themen werden den Patientinnen und Patienten in Ihrer Praxis **schriftliche, zuverlässige und verständliche Informationen** zur Verfügung gestellt?

Mehrfachnennungen möglich:

- für die häufigsten Erkrankungen
- für Behandlungsoptionen
- vor operativen Eingriffen
- zur Prophylaxe
- zu Angeboten von Selbsthilfeorganisationen
- zu Angeboten von Beratungsstellen
- sonstige Themen: \_\_\_\_\_
- Es werden keine schriftlichen Patienteninformationen zur Verfügung gestellt.

20. Wie stellen Sie sicher, dass die **schriftlichen Patienteninformationen verständlich** sind?

Mehrfachnennungen möglich:

- eigene Beurteilung
- Nachfrage bei den entsprechenden Patientinnen und Patienten
- Nutzung von Rückmeldungen aus der Patientenbefragung
- externe Unterstützung bei der Beurteilung (z. B. Nutzung von Informationsmaterialien der zahnärztlichen Körperschaften)
- sonstiges: \_\_\_\_\_
- Bisher sind keine Maßnahmen zur Sicherstellung der Verständlichkeit festgelegt.

21. Haben Sie in Ihrer Praxis **Regelungen zum Umgang mit potentiellen Risiken** (z.B. zur Vermeidung von Verwechslungen, zum Erkennen von Risikopatienten, wie Diabetikern und multimorbiden Patienten)?

- ja
- nein

22. Wie besprechen Sie in Ihrer Praxis **Fehler oder kritische Ereignisse**?

Mehrfachnennungen möglich:

- anlassbezogen (z. B. direkt, wenn ein Fehler oder kritisches Ereignis aufgetreten ist)
- unregelmäßig als Thema in Besprechungen
- regelmäßig als fester Tagesordnungspunkt (z. B. in der Teambesprechung)
- hierzu gibt es keine Regelung

23. Nutzen Sie in der Praxis ein **Fehlerberichts- und Lernsystem (Fehlermeldesystem)**?

- ja, CIRS dent- Jeder Zahn zählt!
- ja, sonstiges: \_\_\_\_\_
- nein

24. Haben Sie Regelungen für medizinische **Notfallsituationen**?

Mehrfachnennungen möglich:

- Vollständigkeit und Aktualität der Notfallausstattung (z. B. Prüfung von Verfallsdaten und auf fehlende Utensilien)
- Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Erkennen von Notfällen
- Durchführung eines Notfalltrainings, (z. B. Handhabung der Notfallausstattung, Kommunikation bei Notfällen, Notfallbehandlung)
- sonstige: \_\_\_\_\_
- keine spezifischen Regelungen zu Notfällen

25. Zu welchen der folgenden Aspekte von **Hygiene und Infektionsschutz** gibt es in Ihrer Praxis Regelungen?

Mehrfachnennungen möglich:

- Sterilisation von Geräten, die direkt an der Patientin oder direkt am Patienten verwendet werden
- Indikation zur Händedesinfektion
- Durchführung der Händedesinfektion
- Reinigung und Desinfektion von Räumlichkeiten und Ausstattung
- Hygieneplan für die gesamte Praxis
- Umgang mit Patientinnen und Patienten mit meldepflichtigen Erkrankungen (z. B. separater Wartebereich)
- sonstige Aspekte: \_\_\_\_\_



26. Was nutzen Sie in Ihrer Praxis, um den **Umgang mit Arzneimitteln** sicherer zu machen?

Mehrfachnennungen möglich:

- Arzneimittelanamnese vor Verordnung von Arzneimitteln (z. B. Lokalanästhetika, Schmerzmittel, Antibiotika, Bisphosphonate)
- Prüfung auf Arzneimittelrisiken (z. B. Frage nach Allergien, Wechselwirkungen mit Vormedikation oder Kontraindikationen)
- Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten zur sicheren Arzneimitteltherapie (z. B. vor Gabe von Lokalanästhetika, bei Verordnung von Antibiotika)
- keine der Genannten

27. Gibt es in Ihrer Praxis Regelungen zum **Schmerzmanagement**?

- ja
- nein

28. Haben Sie Ihre Praxis in den letzten zwei Jahren auf **Sturzrisiken** analysiert (z.B. Stolperfallen)?

- ja, alle Bereiche
- ja, manche Bereiche
- nein

**C. Ergänzende Angaben**

1. Soweit Sie bei den vorhergehenden Fragen in Abschnitt B angegeben haben, dass Sie ein QM-Instrument nicht einsetzen, keine Regelung dazu haben oder „nein“ angekreuzt haben, geben Sie bitte die Nr. der Frage / Instrument an und begründen Sie bitte wieso (ggf. verwenden Sie ein weiteres Blatt)!

Nr. \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

2. Wir / Ich möchte(n) zu folgenden QM-Themen durch die KZV beraten werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Basiert Ihr QM auf einem spezifischen QM-System? Wenn ja, auf welchem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Welche Methoden und Instrumente des QM aus Abschnitt B haben sich für Sie als besonders hilfreich erwiesen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Haben Sie weitere Anregungen / Anmerkungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D. Datum und Unterschrift (Pflichtangaben)

#### **Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Ich versichere außerdem, dass meine Einrichtung die Abläufe an den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen, insbesondere

- den Allgemeinen Behandlungsrichtlinien, IP-Richtlinien, FU-Richtlinien, ZE-Richtlinien, Festzuschuss-Richtlinien, KFO-Richtlinien, PAR-Richtlinien
- dem Bundesmantelvertrag BMV-Z
- dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) bzw. der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)
- den Vorgaben zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen für Zahnarztpraxen

ausgerichtet hat.

Eine Dokumentation zum QM liegt für interne Zwecke in der Einrichtung vor.

Mir ist bekannt, dass meine Selbstauskunft durch entsprechende Unterlagen belegt sein muss und nach Aufforderung durch die zuständige KZV eine Kopie dieser Unterlagen einzureichen ist.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen der QM-Stichprobenprüfung nach den Vorgaben der QM-Richtlinie und für die Weiterentwicklung unseres Dienstleistungsangebotes verwendet. Es erfolgt keine personen- oder praxisbezogene Weitergabe Ihrer Daten.