

# Checkliste

## notwendiger Regelungen und Dokumente für QM-Beauftragte

- A: Abfallentsorgung** - Abfallplan, der die Vorgaben der LAGA 2002 berücksichtigt, siehe Broschüre der BG (QEP 4.3.2), gehört zum Hygieneplan
- Auszubildende** - Erstellung eines Ausbildungsplans; Betreuung durch Mentor in der Praxis; regelmäßige Feedbackgespräche und Kontrolle des Berichtsheftes, Einhaltung des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Untersuchungen, restriktive Arbeitszeiten, Schutz vor besonderen Gefährdungen, halbjährliche Unterweisungen), (3.2.1)
- Arbeitsanweisungen / Ablaufbeschreibungen** - für alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, besonders in Bezug auf die von MFA durchgeführten delegierbaren Leistungen (1.2.3, 1.3.3)
- Arbeitsschutz** - Jährliche Mitarbeiterunterweisungen nach den DGUV-Vorschriften, Informationsmaterial (erhältlich bei der BG), Dokumentation der betriebsärztlichen Untersuchungen und Gefährdungsbeurteilung durch Fachkraft für Arbeitssicherheit; Verbandbuch; siehe [www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de) (4.3.1)
- Arzneimittelnebenwirkungen** - sogenannte unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen sind mit einem dafür vorgesehenen Formular des BfArM zu melden (1.3.2)
- B: Bestellwesen** - Festlegung der Mindestvorrats- und Bestellmengen; Bestelladressen (4.2.3)
- Brandschutz** - Jährliche Mitarbeiterunterweisungen, Notfallplan, ggf. Fluchtplan, Wartungsprotokolle Feuerlöscher (2jährlich); Ausbildung Brandschutzhelfer, Schulungsnachweise Team (4.3.1)
- Beschwerdemanagement** - Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Beschwerden von Patienten / Mitarbeitern / Kooperationspartnern, Internetbewertungsportale (5.2.3)
- Behandlungspfade** - Schriftliche Strukturierung der wichtigsten Behandlungsabläufe (1.3.5)
- C: Checklisten** - für wiederkehrende Tätigkeiten, Kontrollen, zur Vorbereitung von Massnahmen (1.1.3, 1.2.3, 1.3.4)
- D: Datenschutz** - Umsetzung der Vorgaben der DSGVO und BDSG, MBO, Datenschutzerklärungen aller Mitarbeiter, siehe auch „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“, BÄK 2018, Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten, Schriftliche Informationen für Patienten und Mitarbeiter (2.3.2)
- E: EDV** - Festlegung der Massnahmen zur Datensicherung und Aufbewahrung der Datensicherungsmedien (brand- und diebstahlsicher), (4.5.2), IT-Sicherheitsrichtlinien der KBV (4.5.1)
- Einwilligung / Aufklärung** - Festlegung der Aufklärungsmassnahmen, Einwilligungsformulare für invasive Leistungen und Selbstzahlerleistungen (2.1.1)
- F: Fehlermanagement** - Dokumentation und Analyse von Fehlern und Beinahefehlern sowie der daraus geschlussfolgerten Vermeidungsmassnahmen  
Fortbildungsplanung - mitarbeiter- und praxisbezogene interne und externe Fortbildungsmassnahmen; Dokumentation der Nachweise (2.1.3)
- G: Gefahrstoffe** - Gefahrstoffmanagement als Teil des Arbeitsschutzes, Auflistung aller in der Praxis vorhandenen Gefahrstoffe, Ersatzstoffprüfung, Gefährdungsbeurteilung, Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen für alle verwendeten Gefahrstoffe  
Dokumentation der jährlichen Mitarbeiterunterweisungen (4.3.1)
- Gerätemanagement** - Medizingerätebuch / Bestandsverzeichnis; Gerätebedienungsanleitungen, Protokolle der sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen (STK, MTK); Einweisungsprotokolle; Dokumentation der Medizinprodukteaufbereitung, Meldepflicht nach MPAMIV (4.2.2)
- H: Hygiene** - praxisindividueller Hygieneplan, Aushänge des Reinigungs- und Desinfektionsplanes, jährliche dokumentierte Unterweisungen; Nachweise der

Mitarbeiterimpfungen; Hände- und Flächendesinfektion mit Mitteln der VAH-Liste; siehe [www.rki.de](http://www.rki.de); [www.hygi.de](http://www.hygi.de); (4.3.3)

- I: Instrumente** - siehe Medizinprodukte (4.3.3)  
**Interne Regelungen** - für alle wichtigen praxisorganisatorischen Prozesse (Terminvergabe, Telefon, Patientenaufklärungspflichten uvm.)  
**Informationsmaterial** - für Patienten zur Praxis, zu den wichtigsten Erkrankungen, zu Selbsthilfegruppen (1.3.6, 1.5.1)
- J: Jugendarbeitsschutzgesetz** - gilt für Praktikanten und Auszubildende o.a. Mitarbeiter unter 18 Jahre, siehe auch Auszubildende (4.3.1)
- K: Kooperation praxisintern** - Regelung der Weitergabe von Informationen (1.4.1)  
**Kooperation praxisextern** - Auflistung aller Kooperationspartner (Facharztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken, Hilfseinrichtungen); Beschreibung der Nahtstellen zu anderen Versorgungsbereichen (1.4.2)
- L: Labor:** Einhaltung der RiLi BÄK für alle Laboruntersuchungen (1.2.3)  
**Lagerung:** Interne Regelung zur Lagerung von Verbrauchsmaterialien, Instrumenten, Arzneimitteln, Salben, Festlegung der Verantwortlichen zur Kontrolle der Lagerfristen (4.2.3)  
**Leistungsspektrum** - Schriftliche Dokumentation des Leistungsspektrum und der Serviceleistungen der Praxis, auch für Selbstzahlerangebote; Dokumentation im QM-Handbuch, Praxisfolder und/oder Internetseite (1.1.1)  
**Leitlinien** - Ablage von aktuellen fachgebietsspezifischen Leitlinien (1.3.5)
- M: Medikamentenaufbewahrung** - Definition der kühlpflichtigen Medikamente und der Lagerfristen (Verfallsdaten); Interne Regelung zur Aufbewahrung und Dokumentation von BTM-Produkten und Rezepten (4.2.3)  
**Medikamentenzubereitung:** Arbeitsanweisungen zur Abgabe von Medikamenten (Rezepte, Wiederholungsverschreibungen), zur Verabreichung von Injektionen und Infusionen (1.3.3)  
**Medizinprodukte** - alle Geräte, Instrumente, Verbandstoffe, Software usw. die zur Diagnostik oder Therapie eingesetzt werden; bei Aufbereitung (Reinigung/ Desinfektion/Sterilisation) Einstufung in Risikoklassen nach RKI; Validierung und Dokumentation des Aufbereitungsprozesses (Arbeitsanweisungen, Sterilisationskontrollblatt, Prozessindikatoren); Schulung der verantwortlichen Mitarbeiter, ab 20 Mitarbeiter MP-Sicherheitsbeauftragter (4.3.3)
- N: Notfallmanagement** - Checkliste der praxisspezifischen Notfallkriterien und Massnahmen; Liste der Notfallmedikamente und der vorhanden Notfallausrüstung; Verantwortlichkeiten; Notfalltraining mindestens 2jährlich; Notfalltelefonnummern (1.3.4)
- O: Organigramm** - Darstellung der Praxisorganisationsstruktur in einem regelmäßig zu aktualisierenden Organigramm (4.1.2)
- P: Patientenakte** - Schriftliche Festlegung, was wo und von wem dokumentiert wird, Aufbewahrungsfristen (2.2.1)  
**Patientenbefragung** - in regelmäßigen Abständen mit validen Instrumenten, ausreichend grosse Patientenzahl, anonym; Auswertungen und daraus abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen dokumentieren (5.2.2)  
**Personalverzeichnis** - Namensliste (Adressen, Telefonnummer), Unterschriftenliste; Verzeichnis der Namenskürzel (4.1.2)  
**PDCA** - Dokumentation von Qualitätsprojekten nach dem PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) unter Angabe der Verantwortlichkeiten (5.2.6)  
**Prävention** - Festlegung der Präventionsleistungen, ggf. mit Recall (1.5.2)
- Q: QM-Beauftragter / QM-Koordinator:** ab 2 Ärzten Benennung eines ärztlichen QMB verpflichtend; bei mehr als 3 Mitarbeitern Benennung einer nichtärztlichen QMB empfohlen  
**QM-Handbuch:** enthält alle Dokumentationen; je nach angewandtem QM-System in der jeweiligen Kapitelstruktur oder allgemein nach Alphabet sortiert; kann in Papierform oder als EDV-Version geführt werden; jährliche Aktualisierung aller Dokumente zwingend (5.3.1)

**QM-System:** Strukturierung der QM-Massnahmen nach einem bestimmten System; z.B. DIN ISO, QEP, EPA, KPQ; keine gesetzliche Verpflichtung zur Festlegung auf ein bestimmtes QM-System, jedoch notwendig, falls Zertifizierung der Praxis angestrebt wird

**Qualitätsziele** - Festlegung von konkreten, messbaren jährlichen Qualitätszielen, daraus resultierenden Massnahmen; Dokumentation der Zielerreichung (siehe auch PDCA) (5.1.2)

**Qualitätssicherung** - Erfassung, Dokumentation und Analyse von Daten aus Verfahren der externen Qualitätssicherung (z.B. DMP, Labor-Ringversuche, Koloskopie, Ultraschall, Arthroskopie, ambulantes Operieren u.a.); Benennung von qualitätsverbessernden Massnahmen (5.2.4)

**R: Rezepte** - Interne Regelung zur sicheren Aufbewahrung von Rezepten und Stempeln

**Risikomanagement:** Festlegungen zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen (erkennen, bewerten, bewältigen, überwachen), (2.1.3)

**Röntgen- und Strahlenschutz** - Schriftliche Interne Regelung zur Umsetzung der Vorschriften; Benennung eines Strahlenschutzbeauftragten; Monatliche Auswertung der zu tragenden Dosimeter aller betroffenen Mitarbeiter; Strahlenschutzuntersuchungen; Jährliche Unterweisungen (4.3.1)

**S: Schmerzmanagement** - Erfassung (z.B. mit Schmerz-Skala), Aufklärung, Therapiemanagement

**Schweigepflicht** - Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht für Patienten, deren Angehörige bzw. Kooperationspartner; auch gegenüber Versicherungen und Kostenträgern (2.3.2)

**Sicherheit** - Festlegung von Massnahmen zur Patientensicherheit (Bauliche und organisatorische Massnahmen in der Praxis; Überwachung bei diagnostischen und therapeutischen Leistungen; Erläuterungen zur Medikation), (1.2.3, 1.3.3, 2.1.3)

**Sturzprävention** - Risikoeinschätzung, Massnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen

**T: Teambesprechung** - regelmäßige strukturierte protokollierte Teambesprechungen (3.1.3)

**Terminvergabe** - schriftlich definierte Praxisregelung (1.1.3)

**Therapieziele** - gemeinsam mit Patienten festgelegte, in der Patientenakte dokumentierte Therapieziele (1.3.7)

**U: Unterweisungen** - Nachweise / Unterschriften der jährlich durchzuführenden Mitarbeiterunterweisungen zu DGUV-Vorschriften, Notfallmanagement, Hygiene, Medizinprodukte/Geräte, Brandschutz, Datenschutz, Arbeitsschutz, Gefahrstoffe (1.3.4, 2.3.2, 4.3.1, 4.3.3)

**V: Verantwortlichkeiten** - in einem Verantwortlichkeitsplan / Qualifikationsmatrix sollten alle wiederkehrenden Aufgaben / Tätigkeiten / Leistungen aufgeführt und entsprechend der Qualifikation der Mitarbeiter einem konkreten Namen (verantwortlich/stellvertretend) zugeordnet sein (4.1.2)

**Verbesserungsmassnahmen** - Dokumentation unter Qualitätszielen und/oder QM-Projektakten (5.2.6)

**W: Wartung** - Erstellung eines Wartungsplanes für alle Geräte (medizinisch-technische und andere, Bspl. Feuerlöscher); Ablage der Wartungsprotokolle im Geräteordner oder QM-Handbuch (4.2.2, 4.3.1)

**Z: Zertifizierung** - gesetzlich nicht vorgeschrieben

**Zweitmeinung** - Regelung, bei welchen Erkrankungen / Massnahmen im Interesse des Patienten eine Zweitmeinung empfohlen bzw. eingeholt werden soll; Dokumentation zur Empfehlung einer Zweitmeinung in der Patientenakte (2.1.1)