

## Inhalte:

- Erläuterungen Seite 2
- Angaben zum Zertifizierungsverfahren Seite 3 – 5
- Begleitende und supervidierte Visitation Seite 6
- Erklärung zur Umsetzung der Kernziele Seite 7
- Erklärung zur Gliederung des QM-Handbuches Seite 7
- Einwilligung zur Internetveröffentlichung und zur Datenweitergabe an die Kassenärztliche Bundesvereinigung Seite 7

Sehr geehrte Damen und Herren,

um die Zertifizierung effizient zu organisieren, benötigen die Zertifizierungsstellen die in diesem Informationsbogen erfragten Daten. Erläuterungen zu einigen Punkten erhalten Sie nachfolgend. Für Rückfragen steht Ihnen Ihre Zertifizierungsstelle gerne zur Verfügung.

Viel Erfolg im QEP-Zertifizierungsverfahren wünscht Ihnen Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung.

## Erläuterungen zum Ausfüllen des Informationsbogens:

**Erläuterung zu 1.2:** Arztgruppen (Die Zuordnung erfolgt in Anlehnung an die Systematik zur Erhebung der Grunddaten der vertragsärztlichen Versorgung durch die KBV.) Bitte ordnen Sie sich einer Arztgruppe zu.

- Allgemeinärzte (einschl. hä. Internisten, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung)
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen (zuzüglich Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, ohne Orthopädie, ohne Unfallchirurgie)
- Dermatologen (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
- Gynäkologen (Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
- HNO
- Internisten (ohne hausärztliche Internisten)
- Kinderärzte (Kinder- und Jugendmedizin)
- Laborärzte
- Nervenärzte
- Neurologen
- Neurochirurgen
- Nuklearmediziner
- Orthopäden (mit Unfallchirurgie)
- Pathologen
- Radiologen und Strahlentherapeuten
- Urologen
- sonstige Ärzte (Arbeitsmediziner, Sportmediziner, Pharmakologen, Ärzte f. Mikrobiologie, Transfusionsmediziner etc.)
- Psychiater (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Ärztliche Psychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

**Erläuterung zu 1.3 und 2.1:** Diese Daten sind für die Planung der Visitationsdauer und der Aufwandplanung des Visitors erforderlich. Verfügt die Einrichtung über mehr als zwei Standorte, erstellen Sie bitte eine entsprechende Anlage.

**Erläuterung zu 2.2:** Sofern die gleichen Personen wie unter 1.2, genügt ein entsprechender Hinweis.

**Erläuterung zu 3.1/3.2:** Diese Angaben sind für den Visitor und die Zertifizierungsstelle erforderlich, um die Erfahrung der Einrichtung mit QM und der Visitation einschätzen zu können. Des Weiteren sind sie erforderlich für die Planung von Kombinationsverfahren.

Andere Verfahrenskonstellationen können zum Beispiel sein: QEP-Rezertifizierung verbunden mit einer MAAS-BGW-Erstzertifizierung.

## 1. Strukturmerkmale der Einrichtung

### 1.1 Praxis/ MVZ-Daten:

Name:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	
Internet:	
Zulassungsdatum:	
Anzahl Angestellter (ohne Ärzte) Vollzeit:	Teilzeit:
Ø Fallzahl pro Quartal:	

### 1.2 Inhaber, weitere Ärzte/ Psychotherapeuten, QM-Koordinator

Vor- und Zuname:	Arztgruppe: (s. Seite 2)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
QM-Koordinator:	
Leitung (MVZ):	

### 1.3 Rechts-/ Organisationsform der Einrichtung

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- mehrere Standorte (s. Seite 2)
- MVZ
- andere \_\_\_\_\_

### 1.4 Besonderheiten (z. B. Diabetologische Schwerpunktpraxis, Onkologisches MVZ, HIV-Schwerpunktpraxis etc.)

---



---



---



---



---



---

**1.5 Kooperationen der Einrichtung mit anderen Organisationen**  
(z. B.: Mitglied eines Ärztenetzes, Labor- oder Apparategemeinschaften, etc.)

---



---



---



---



---

**2. Daten weiterer Standorte** (nur für Einrichtungen mit zwei oder mehreren Standorten, Nebenbetriebsstätten, Zweigpraxen, etc.)

**2.1 Praxis/ MVZ-Daten:** (s. Seite 2)

Name:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Fax:	
E-Mail:		
Internet:		
Übernahmedatum/Eröffnung:		
Anzahl Angestellter (ohne Ärzte) Vollzeit:		Teilzeit:
Ø Fallzahl pro Quartal:		
Entfernung v. d. Hauptstelle km:		Fahrzeit ca. Min.
Öffnungszeiten:		

---

**2.2 Ärzte/ Psychotherapeuten, QM-Koordinator**

Vor- und Zuname:	Arztgruppe: (s. Seite 2)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
QM-Koordinator am Standort:	
Leitung (MVZ):	

**2.3 Ergänzende Angaben/ Besonderheiten zum Standort:**

---



---



---



---



---



## 3.3 Visitoren Ausbildung – Ihre Unterstützung

Gut ausgebildete und erfahrene Visitoren sind die Grundlage einer guten Visitation. Von ihrer Erfahrung und Urteilsfähigkeit profitiert die Praxis/ das MVZ in besonderem Maße.

Im QEP-Zertifizierungsverfahren müssen die Visitorenanwärter nach der Teilnahme am Visitorenttraining eine **begleitende** und eine **supervidierte** Visitation durchführen. Bei der begleiteten Visitation ist der Visitorenanwärter in einer eher passiven Teilnehmerrolle.

Die supervidierte Visitation ist der letzte Prüfungsabschnitt des Visitorenanwärters. Der Visitorenanwärter führt die Praxisvisitation durch und stellt seine Kompetenz dem Supervisor (ein erfahrener QEP-Visitor) unter Beweis. Der Supervisor ist aber immer für die Visitation verantwortlich; er unterzeichnet auch den Visitationsbericht. Die Qualität der Visitation wird somit immer durch den Supervisor sichergestellt. Sofern eine begleitende oder supervidierte Visitation in Ihrer Einrichtung geplant ist, werden Sie von der Zertifizierungsstelle frühzeitig darüber informiert.

Da Ihnen ähnliche Verfahren aus der medizinischen Ausbildung bekannt sind, hoffen wir auf Ihre Unterstützung und gehen stillschweigend von Ihrer Zustimmung zu einer begleitenden oder supervidierten Visitation aus. Sofern nicht, können Sie nachfolgend widerrufen. Weitere Informationen erhalten Sie auch bei Ihrer Zertifizierungsstelle.

- Nein, wir möchten keine Begleitvisitation zulassen.
- Nein, wir möchten keine supervidierte Visitation zulassen.

Kurze Begründung (freiwillig)

---

---

---

---

---

---

---

---

## 4. Erklärung/Einwilligung des/der Inhabers/Inhaberin

- zur Umsetzung und Anwendbarkeit der Kernziele
- zur Gliederung des QM-Handbuches
- zur Veröffentlichung der Einrichtungsdaten im Internet und Weitergabe der Zertifizierungsinformation an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Ich/wir bestätigen im Rahmen des QEP-Zertifizierungsverfahrens, dass alle für meine/unsere Einrichtung anwendbaren Nachweise/Indikatoren der Kernziele des QEP-Qualitätsziel-Kataloges umgesetzt wurden.

1. Sofern nicht alle Kernziele bzw. Nachweise/Indikatoren anwendbar sind, wurden die Gründe hierfür vermerkt.
2. Sofern das QM-Handbuch nicht nach dem QEP-Qualitätsziel-Katalog gegliedert ist, wurde eine Querverweistabelle erstellt und beigelegt.

Sofern Punkt 1. und/ oder Punkt 2. zutreffen, wurde:

die ausgefüllte Anlage 2 zum Leitfaden für Praxen/ MVZ beigelegt.

eine eigene Querverweistabelle erstellt und beigelegt.

3. Im Falle der Zertifizierung erteile ich/erteilen wir der KBV die Einwilligung Einrichtungsdaten (Bezeichnung, Name, Adresse, Fachrichtung, ggf. Gültigkeitsdauer des Zertifikates) im Internet zu veröffentlichen.

ja, ich/wir willige/n ein

nein, ich/wir willige/n nicht ein

4. Im Falle der Zertifizierung erteile ich/erteilen wir der KBV die Einwilligung, die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über die erfolgreiche Zertifizierung zu informieren.

ja, ich/wir willige/n ein

nein, ich/wir willigen nicht ein

.....  
Datum, Unterschrift Leitung der Praxis/ des MVZ



KV-Stempel