

## Peer-Review-Bericht ÖGD

Kopfbogen des Peer Reviews vom:		
Name des Gesundheitsamtes:		
Adresse:		
Telefon, Fax, E-mail:		
Kontaktpersonen	Name	Kontaktdaten (E-Mail)
Amtsleiter:		
Peer-Review-Koordinator: Peer: Peer:		
Ansprechpartner/Teilnehmer seitens der Ärztekammer:		
Übersicht über das Verfahren und den Zeitplan		
Aktivität	Ergebnis	
• Selbstbewertung (ÖGD-Fragen-Bogen)	liegt vor <input type="checkbox"/>	liegt nicht vor <input type="checkbox"/>
Peer Besuch:		
• Fremdbewertung (ÖGD-Fragen-Bogen)	erfolgt <input type="checkbox"/>	nicht erfolgt <input type="checkbox"/>
• Stärken-Schwächen identifiziert	erfolgt <input type="checkbox"/>	nicht erfolgt <input type="checkbox"/>
• Qualitätsziele für Optimierungspotenzial festgelegt	erfolgt <input type="checkbox"/>	nicht erfolgt <input type="checkbox"/>
• Lösungsvorschläge und Maßnahmen festlegen	erfolgt <input type="checkbox"/>	nicht erfolgt <input type="checkbox"/>
Anwendungsbereich für das Peer Review	<input type="checkbox"/> Teilbereiche ggf. einzeln eintragen	

Ort, Datum:

Unterschriften der Peers:

## Peer-Review-Bericht

### Ergebnisse Teil 1: Strukturdaten

(MA-Anzahl, Standorte, Anzahl Ärzte, ...)

	Vorhanden	In Planung	Nicht vorhanden
Fehlermanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichtswesen Finanzdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichtswesen Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einheitliche Hygienepläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### b) Zusammenfassung der Strukturdaten

## Peer-Review-Bericht

### Ergebnisse Teil 2: Stärken-Schwächen-Analyse

Stärken:

Schwächen:

Chancen:

Gefahren:

**Abschließende Bewertung einschließlich festgelegter Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen:**

### **BEST PRACTICE**

Bitte notieren Sie hier Beispiele von Stärken im Sinne der Best Practice, die die besuchte Einrichtung anderen Gesundheitsämtern zur Verfügung stellt: