

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis: Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH
Betriebsstättennummer: 797441500, 797444500, 830056600, 830056700
Anschrift: Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH •
Dallgower Straße 9 • 14612 Falkensee
Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH •
Ketziner Straße 20 • 14641 Nauen
Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH •
Lindenallee 4 • 14641 Nauen / OT Wachow
Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH •
Behnitzer Dorfstrasse 46 • 14641 Nauen / OT Groß Behnitz

Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer: 2016-0073 NBVB
durch die KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle: proCum Cert GmbH, Frankfurt

Gültig vom: 31.12.2016
bis: 30.12.2019
Zertifiziert seit: 31.12.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis.....	9
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	11
4 Sicherheit in der Praxis	13
5 Informationswesen	15
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	16

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf die

- Patientenorientierung,
 - die Praxisführung,
 - die Mitarbeiterorientierung,
 - die Sicherheit in der Praxis,
 - das Informationswesen und das
 - Qualitätsmanagement
- der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Praxis zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch einen KTQ®-Visitor eine externe Prüfung der Praxis – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte vom KTQ-Visitor® gezielt hinterfragt und durch Begehungen überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Praxis das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Praxis in standardisierter Form veröffentlicht.

¹zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 44 Kriterien des KTQ-Kataloges 2.0.

Wir freuen uns, dass das **Medizinische Dienstleistungszentrum Havelland** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



MEDIZINISCHES DIENSTLEISTUNGSZENTRUM HAVELLAND KLINIKEN UNTERNEHMENSGRUPPE



Liebe Patientinnen und Patienten,

unser Medizinisches Dienstleistungszentrum (MDZ) wurde mit dem KTQ-Qualitäts-Zertifikat ausgezeichnet. Wir freuen uns sehr darüber, denn das Qualitätssiegel bestätigt unsere tagtäglichen Anstrengungen im Qualitätsmanagement.

Qualität bedeutet für uns nicht nur medizinische Diagnostik und Therapie auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, sondern umfasst viele weitere Aspekte, die für unsere Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige wichtig sind. Angefangen von der Sicherheit in der Praxis, den Hygienemaßnahmen, der Fortbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis hin zur Ausstattung und Organisation unserer Praxen.

Der nachfolgende „KTQ-Qualitätsbericht“ zeigt, wie viele Details unserer Praxen hinsichtlich ihrer Qualität überprüft wurden und welche Anstrengungen wir unternehmen, um kontinuierlich besser zu werden. Wir hoffen, dass Sie damit einen guten Einblick in unsere Praxen erhalten. Falls Sie Fragen dazu haben, stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Unsere Praxisteams behandeln und betreuen jährlich mehr als 35.000 Patientinnen und Patienten.



Wir arbeiten eng mit den anderen Gesellschaften der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe und dabei besonders mit den Kliniken in Nauen und Rathenow zusammen.

Sollte also einmal ein Krankenhausaufenthalt nötig sein, so profitieren unsere gemeinsamen Patienten von einem besonders reibungslosen Behandlungsablauf und einer abgestimmten Vorbereitung und Nachsorge.

Gleichzeitig planen und realisieren wir im Rahmen der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe ein unternehmensweites Qualitätsmanagement, so dass unsere ambulanten Praxen im MDZ in vielerlei Hinsicht dieselben Qualitätsstandards erfüllen, wie sie sonst in stationären Einrichtungen gelten, beispielsweise im Bereich Hygiene und im Bereich Arbeitsschutz.

Wir wollen, dass Sie von unserer Qualität profitieren. Aber vor allem anderen wollen wir, dass Sie gesund werden und bleiben!

Ihr Team des Medizinisches Dienstleistungszentrums

Jörg Grigoleit, Geschäftsführer

Dr. med. Sören Stolper, Geschäftsführer

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Die Terminvergabe, unter Berücksichtigung angemessener Wartezeiten, ist geregelt und erfolgt persönlich oder telefonisch in der Praxis. Die Verantwortung tragen die medizinischen Fachangestellten oder Servicekräfte im Patientenservice. Mit dem Patienteneinbestellsystem können wir die Termine einhalten. Für Notfallpatienten besteht Vorrang. Je nach Fachrichtung finden auch Sprechstunden für unbestellte Patienten statt. Die Frequenz der Terminvergabe wird durch den praxisleitenden Arzt festgelegt. Jährlich erfolgt eine stichprobenartige Wartezeitenerhebung.

1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Die örtliche, telefonische und persönliche Erreichbarkeit ist während der Sprechstundenzeiten der MDZ Praxen sichergestellt. Außerhalb der Sprechzeiten erhalten unsere Patienten per Anrufbeantworter die aktuellen Notfall- und Vertretungsrufnummern. Im Internet steht ausreichend Informationsmaterial bzgl. Erreichbarkeit der Praxen (Anfahrtsskizze) zur Verfügung. An allen Standorten herrscht Barrierefreiheit.

1.3 Orientierungshilfen

Die Räumlichkeiten in den Praxen sind durch Symbole und Raumbezeichnungen beschildert. Unsere Mitarbeiter sind durch ihre einheitliche Arbeitsbekleidung und ihr Namensschild erkennbar. Informationsmaterial liegt im Wartezimmerbereich aus. Dieses gibt Auskunft über das Leistungsspektrum aller MDZ Praxen sowie aktuelle Informationen zum Praxisstandort.

1.4 Organisation der Patientenannahme

Unsere Patienten werden im Patientenservice von einer medizinischen Fachangestellten oder einer Servicekraft empfangen. An jedem Standort wird durch einen Diskretionsabstand die Intimsphäre des Patienten gewahrt. Im räumlich getrennten Wartebereich befinden sich ausreichend Sitzgelegenheiten, Getränke, Zeitschriften und Informationsmaterial. Kinder haben im MDZ Falkensee die Möglichkeit, die Wartezeit im separaten Kinderwartebereich zu verbringen. Im MDZ Nauen, Wachow und Groß Behnitz ist eine kleine Spielecke im Wartezimmer eingerichtet.

1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Eine Betriebsanweisung regelt den Umgang mit Vorbefunden und die Weiterleitung eigener Befunde. Für die Behandlung unserer Patienten bitten wir um Überbringung von vorhandenen Voraufnahmen und Befunden. Ansonsten erfolgt eine Anforderung beim bislang behandelnden Arzt mit Einverständniserklärung durch den Patienten. Im Arzt-Patienten-Gespräch wird durch einen standardisierten Erstanamnesebogen bei jedem neuen Patienten die Krankheitsvorgeschichte erfragt. Maßnahmen der Diagnostik und Therapie werden ausführlich erklärt.

1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Der Behandlungsprozess wird anhand der individuellen Bedürfnisse und der besonderen Situation des Patienten festgelegt. Die ärztliche Behandlung orientiert sich an den Leitli-

nien der jeweiligen Fachgesellschaften. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden entsprechend eingeleitet, nachdem der Patient ausführlich aufgeklärt wurde. Weiterhin besteht die Möglichkeit des Aufzeigens von alternativen Behandlungsmöglichkeiten.

1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

Jeder Patient erhält die ihm zustehende Therapie angemessen und zeitnah. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln erfolgt direkt über die Praxis oder mittels entsprechender Rezepte, die in einer Kooperationsapotheke, dem Apothekenservice sowie in einem ansässigen Sanitätshaus eingereicht werden können. Weiterhin werden Physio- und Ergotherapie vor Ort angeboten. Für die korrekte Einnahme der Medikamente erhalten unsere Patienten sowohl mündlich als auch schriftlich die Einnahmemodalitäten benannt. Die Kontrolle der Therapie erfolgt im Arzt-Patienten-Gespräch.

1.8 Patientenschulung

Unseren Patienten und Angehörigen bieten wir im Rahmen von Disease-Management-Programmen Schulungen in Kooperation mit externen Schulungsanbietern an. Weiterhin können die allgemein zugänglichen Klinikveranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür, Pflegetag) genutzt werden. Zudem besteht die Möglichkeit der Vermittlung an Selbsthilfegruppen.

1.9 Patientenaufklärung und -Information

Die Aufklärung erfolgt umfassend durch den Arzt mittels standardisierten Aufklärungsbögen im Arzt-Patienten-Gespräch. Das Gespräch wird in der Patientenakte dokumentiert. Diagnostische Ergebnisse können in der Telefonsprechstunde oder mit dem Arzt besprochen werden. Eine Patientenaufklärung vor operativen Eingriffen erfolgt durch den behandelnden Arzt anhand eines standardisierten OP-Aufklärungsbogen. Zur Behandlung von Kindern wird die Einverständniserklärung der Eltern bzw. des Bevollmächtigten eingeholt. Impfaufklärungen liegen an allen Standorten aus.

1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Bei der Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung werden unseren Patienten alle für sie relevanten Befunde in Kopie mitgegeben. Auf Wunsch geben wir den Patienten Empfehlungen und händigen notwendige Telefonnummern und Adressen aus. Je nach Dringlichkeit erfolgt die direkte Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus. Im Projekt "Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte, Systematische Intervention 2" erfolgt ein Schnittstellen- und Fallmanagement.

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Unsere Ziele sind die Gesundheit und das Wohl des Menschen. Die Bedürfnisse des Einzelnen bilden dabei den Ausgangspunkt unserer Arbeit. Eine individuelle medizinische und pflegerische Versorgung sowie eine persönliche Betreuung ist für uns selbstverständlich. Sie bilden die Maxime unseres Handelns und die Grundlage der Versorgung und Betreuung des Menschen. Wir handeln auf Grundlage unseres Leitbildes. Wir respektieren die Würde, Rechte und Ansprüche der Patienten.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Der Zielplanungsprozess erfolgt für das gesamte Medizinische Dienstleistungszentrum in Strategiesitzungen. Die Basis für unsere Zielplanung ergibt sich aus den Zielvereinbarungsgesprächen mit den Führungskräften, Qualitätsmessungen wie Befragungen, unserem Wirtschaftsplan und weiteren Planungsinstrumenten. Führungsgrundsätze sind schriftlich fixiert.

2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten

Die Verantwortlichkeiten sind im Medizinischen Dienstleistungszentrum eindeutig geregelt und in einem Organigramm abgebildet. Unsere Mitarbeiter sind entsprechend ihrer Verantwortungsbereiche und Aufgabengebiete fachlich qualifiziert. Es liegen hierfür Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen sowie Verfahrensanweisungen vor. Die Regelungen der Verantwortlichkeiten sind unseren Mitarbeitern bekannt und jederzeit im Intranet einsehbar.

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Verantwortlich für die Sicherstellung eines MA-orientierten Führungsstils ist die Betriebsleitung. Leitbild, Führungsgrundsätze und -richtlinien bilden die Basis im Umgang miteinander. Jeder Mitarbeiter wird im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten und seiner Qualifikation in den Praxisbetrieb integriert und eingesetzt. Mit Hilfe von Zielvereinbarungen werden unsere Mitarbeiter entsprechend der individuellen Fähigkeiten gefördert. Im Unternehmen ist ein Verfahren zur strukturierten Rückmeldung von Lob, Kritik und Verbesserungsvorschlägen implementiert.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Verantwortlich für die Festlegung einer Strategie hinsichtlich Finanz- und Investitionsplanung ist die Geschäftsführung. Es wird jährlich ein Wirtschaftsplan für das Folgejahr im Unternehmen erstellt. Darin enthalten sind der Erfolgsplan, der mittelfristige Investitions- und Finanzplan sowie der Stellenplan. Der Wirtschaftsplan basiert auf den einzelnen Erlös- und Kostenpositionen gesamt und wird auf die Kostenstellen (Arztpraxen) heruntergebrochen. Der Bedarf für Investitionen wird jährlich ermittelt und im Wirtschaftsplan berücksichtigt.

2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien

Die ablauforganisatorischen Regelungen für die Bestellung von Medizinprodukten und Praxismaterialien sind in einer Beschaffungsordnung geregelt. Die nötigen Formulare ste-

hen den Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung. Wir pflegen einen ökonomisch ressourcenorientierten Umgang bei der Beschaffung.

2.7 Umweltschutz

Die Berücksichtigung ökologischer Anforderungen bei der Beschaffung und Entsorgung von Produkten und Materialien erfolgt nach den gültigen Vorschriften. Unsere Mitarbeiter werden im Rahmen dieser Vorschriften geschult und unterwiesen. Eine Anweisung zur Organisation der Abfallwirtschaft liegt vor.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxisgemeinschaften

Eine wirkungsvolle Arbeitsweise zwischen den ärztlichen Partnern wird durch den permanenten Austausch in den Dienstberatungen sichergestellt. Regelmäßig finden übergreifende Dienstberatungen mit dem Geschäftsführer, dem Ärztlichen Leiter und der Verwaltungsleitung statt. Die Ergebnisse der Besprechungen werden allen Mitarbeitern zur Kenntnisnahme in den Teambesprechungen zur Verfügung gestellt. Die Struktur, Verantwortlichkeiten und Dokumentationspflicht der Dienstberatungen sind in einer Geschäftsordnung geregelt.

2.9 Information der Praxisleitung

Die Kommunikationsstruktur folgt der festgelegten Organisationsstruktur, die im Organigramm festgelegt ist. Entsprechend sind die Mitarbeiter verpflichtet, die Leitung über alle relevanten Vorgänge zu informieren. Dies ist in Stellenbeschreibungen geregelt. In einer Anweisung ist die Kommunikationsstruktur der Dienstberatungen bis zu den Teamsitzungen festgelegt. Ein Reporting zu betriebswirtschaftlichen Daten wird durch die Verwaltungsleitung regelmäßig erhoben und ausgewertet. Besondere Vorkommnisse sind meldepflichtig.

2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik

Im Leitbild sind die Werte für die Grundhaltung der Mitarbeiter gegenüber anderen Personengruppen formuliert. Den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten werden wir durch unsere hochwertige Versorgung, Betreuung und einen respektvollen Umgang gerecht. Ein unternehmensgruppenweites Ethikkomitee ist etabliert, ein Mitarbeiter des Medizinischen Dienstleistungszentrums ist dort vertreten. Die Mitarbeiter können die regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen zu Themen wie Umgangsformen, Kommunikationsmanagement, Stressbewältigung und Burn-Out nutzen.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Der Personalbedarf wird auf Grundlage des Wirtschaftsplans, der Ist-Besetzungspläne und der geplanten Leistungsentwicklung festgelegt. Bereits bei Personalauswahl wird großer Wert auf die Kombination persönlicher und betrieblicher Belange gelegt. Ein einheitliches Einarbeitungskonzept wird genutzt. Es wird fachlich ausgebildetes und qualifiziertes Personal beschäftigt. Im Rahmen der Personalentwicklung werden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten in Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gesprächen eruiert.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Die Mitarbeiterqualifikation ist in den Arbeitsverträgen festgehalten. Zudem liegen Stellenbeschreibungen in schriftlicher Form vor. Aufgabenbereich sowie klare Aussagen über Kompetenzen und delegierbare Leistungen sind geregelt. Die Mitarbeiter werden entsprechend ihrer Qualifikation und Fähigkeiten in den Praxen eingesetzt.

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Wir legen großen Wert auf die Fort- und Weiterbildung unserer nichtärztlichen Mitarbeiter in den Praxen. Hierfür steht den Mitarbeitern der Fortbildungskatalog der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe zur Verfügung. Dieser wird jährlich aus den Pflichtfortbildungen, Mitarbeiterwünschen und arbeitgeberseitigen Anforderungen ermittelt. Im Rahmen des bestehenden Budgets und unter Einhaltung des Genehmigungsverfahrens können externe Fortbildungen wahrgenommen werden. Fachliteratur ist allen Mitarbeitern zugänglich.

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Die ärztliche Fort- und Weiterbildung hat einen hohen Stellenwert im Medizinischen Dienstleistungszentrum. Wir bieten unseren Ärzten ein breit gefächertes permanentes Fortbildungsangebot an. Damit halten wir das Fachwissen auf einem sehr hohen Niveau. Neben den internen Angeboten bestehen vielfältige externe Angebote, die individuell in Anspruch genommen werden können. Weiterhin ist in den Praxen die notwendige Fachliteratur vorhanden und zugänglich.

3.5 Ausbildung

Eine Praxiskoordinatorin ist verantwortlich für die Sicherung der Ausbildung(-splanung). Diese ist schriftlich geregelt. Wir bilden medizinische Fachangestellte nach einem hausinternen Ausbildungskonzept aus. Darin sind die Mentoren und die Fachbereiche festgelegt. Demnach stehen dem Auszubildenden immer eine ausgebildete Arzthelferin und ärztliches Personal als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Auszubildenden werden in die relevanten Themengebiete eingearbeitet. Protokollierte Feedbackgespräche finden statt.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Monatlich werden Dienstpläne für den ärztlichen und nichtärztlichen Bereich erstellt. Darin sind die Arbeitszeiten festgelegt. Wünsche unserer Mitarbeiter werden bei der Dienstplanerstellung berücksichtigt. Überstunden können je nach Vereinbarung als Freizeitausgleich

abgegolten werden. Vertretungen bei Engpässen erfolgen durch die Mitarbeiter untereinander.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt auf der Basis eines schriftlichen Einarbeitungskonzeptes. Dazu gehört, dass neuen Mitarbeitern ein/e erfahrene/r Kollegin/Kollege als Mentor zur Seite gestellt wird. Mit einem detaillierten Einarbeitungsplan wird der neue Mitarbeiter an sein Tätigkeitsfeld herangeführt. In der Mitte und am Ende der Einarbeitungsphase führt der ärztliche Leiter ein Mitarbeitergespräch.

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Uns ist eine offene Kommunikation und gute Teamarbeit sehr wichtig. Es existiert ein geregelter Rückmeldesystem für Beschwerden, Lob und Verbesserungen, welches mittels Betriebsanweisung geregelt ist. Ideen und Beschwerden unserer Mitarbeiter können diese zusätzlich in den monatlichen Teamsitzungen und alle zwei Jahre in Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gesprächen benennen. Zudem können persönliche Belange im persönlichen Kontakt zum Praxisleiter oder auch anonymisiert per Kummerkasten vorgetragen werden.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist bestellt. Zusätzlich ist für jeden Standort des MDZ ein Sicherheitsbeauftragter benannt. Wir sorgen dafür, dass alle Mitarbeiter den speziellen Umgang mit Kanülen, Spritzen und Blut kennen. Es sind schriftliche Regelungen und Verfahrensweisen zum Arbeitsschutz ausgearbeitet. Monatlich stehen verschiedene Unterweisungsthemen zum Arbeitsschutz im Intranet. Anweisungen zu Gefahr- oder biologischen Arbeitsstoffen sind allen Mitarbeitern zugänglich. Der Meldeweg für Arbeits- und Wegeunfälle ist geregelt.

4.2 Verfahren zum Brandschutz

Für unsere Mitarbeiter finden regelmäßig Brandschutzunterweisungen statt. Darin werden ihnen Maßnahmen zur Vermeidung von Bränden vermittelt. Weiterhin werden sie mit den nötigen und einzuleitenden Maßnahmen im Brandfall betraut. Dazu zählen beispielsweise die Kenntnisse zum Schutz des Patienten im Brandfall und zur Evakuierung anhand des Flucht- und Rettungswegeplanes.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Für medizinische Notfallsituationen gibt es ein schriftlich geregeltes Notfallmanagement, wozu unsere Mitarbeiter fortgebildet sind. Schulungen zur Reanimation werden dokumentiert. Eine regelmäßig kontrollierte Notfallausrüstung bzw. Notfallkoffer werden im MDZ für Notfälle bereitgehalten.

4.4 Hygiene in der Praxis

Zur Sicherstellung der Hygiene sind Hygienepläne aufgestellt und allen Mitarbeitern bekannt. In Hygieneschulungen vermitteln wir wichtiges Wissen, z.B. zur Vermeidung von Infektionen und zum Umgang mit ansteckenden Erkrankungen unserer Patienten. Eine bestellte Hygienefachkraft arbeitet unternehmensgruppenübergreifend.

4.5 Anwendung von Arzneimitteln

Grundsätzlich wird mit Arzneimitteln besonders sorgfältig umgegangen. Sollte es in der Anwendung der Arzneimittel zu Unverträglichkeiten kommen, liegt ein geregelter Meldeweg im MDZ vor. Des Weiteren sind die Lagerung, der Zugang sowie die Entsorgung von Arzneimitteln einheitlich geregelt, so dass alle Mitarbeiter fachgerecht agieren können.

4.6 Anwendung von Medizinprodukten

Im Umgang mit Medizinprodukten werden die Anforderungen streng eingehalten. Eine Betriebsanweisung regelt Verantwortlichkeiten, Betrieb und Umgang mit Medizinprodukten. Unsere Mitarbeiter werden bei technischen Medizinprodukten in die Handhabung durch eine vom Betreiber beauftragte Person eingewiesen. Zudem liegen für alle Geräte die Gebrauchsanweisungen vor. Zusätzlich werden die Medizinprodukte hinsichtlich ihrer Funktionalität geprüft und gewartet. Ein Bestandsverzeichnis liegt vor.

4.7 Absicherung der Praxisräume

Zur Absicherung der Praxisräume gibt es eine schriftliche Regelung, welche Maßnahmen und Vorkehrungen zu beachten sind. Weiterhin wird der Kopierschutz der Schlüssel gewährleistet. Beim Ausscheiden von Mitarbeitern und Neueinstellungen erfolgt eine Dokumentation der ausgegebenen und zurückerhaltenen Schlüssel.

5 Informationswesen

5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation der Patientenbehandlung und die Organisation der Archivierung erfolgt unter der Beachtung des Datenschutzes. Eine schriftliche Anweisung hierzu liegt vor. In der teilweise EDV-gestützten Patientenakte werden Patientendaten sorgfältig erfasst. In der Zusammenarbeit mit anderen Fachkollegen sorgen wir dafür, dass Untersuchungsergebnisse umgehend übermittelt werden.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Um unsere Patienten vor dem Missbrauch von Daten zu schützen, bedienen wir uns spezieller Vorkehrungen, wie der Schweigepflichterklärung aller Mitarbeiter. Der Zugriff auf Bildschirmarbeitsplätze ist passwortgeschützt. Auch gibt es eine Betriebsanweisung zum Datenschutz. Ein Datenschutzbeauftragter überprüft die Einhaltung der Regeln. Zusätzlich ist auf unternehmensgruppenebene eine externe Datenschutz-Beauftragte bestellt. Diese führt regelmäßig Datenschutz-Kontrollen und Begehungen durch.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Das Einsichtsrecht unserer Patienten haben wir intern geregelt. Unsere Patienten haben selbstverständlich jederzeit die Möglichkeit, in ihre Patientenakte Einsicht zu nehmen, jedoch nicht in die handschriftlichen Arztdokumentationen.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Wir arbeiten mit einem EDV-System. Mit diesem sind unsere Praxen untereinander vernetzt, so dass die Dokumentation in der Patientenakte und die Informationsweitergabe zügig funktionieren. Zur Sicherung der Daten wird eine fortlaufende elektronische Archivierung vorgenommen. Wir haben zudem Schutzmechanismen gegen den Zugriff Unbefugter implementiert. So ist z.B. jeder Rechner passwortgeschützt und mit einer automatisch aktivierenden Bildschirmschoner-Funktion versehen.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Über die QM-Lenkungsgruppe sind alle Praxen in das QM mit eingebunden. Das Qualitätsmanagement wird durch eine Qualitätsmanagementbeauftragte koordiniert. Diese hat auch den Vorsitz der regelmäßig tagenden Lenkungsgruppe. In ihrer Verantwortung liegt weiterhin die Bearbeitung aller qualitätsrelevanten Aufgaben, in Zusammenarbeit mit dem konzernweit tätigen Referat Qualitätsmanagement. Wir binden unsere Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement durch Schulungen sowie Arbeits- und Projektgruppen mit ein. Ein Beauftragtenwesen ist etabliert.

6.2 Interne Qualitätssicherung

Wir bieten unseren Patienten ein qualitativ hochwertiges Angebot an Diagnostik und Therapie an. Um dies abzusichern, arbeiten wir nach internen Regelungen, die kontinuierlich überprüft und aktualisiert werden. Weitere Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sind Begehungen, Befragungen und Fach-Audits. In regelmäßigen Team- und Mitarbeitergesprächen kommunizieren wir mögliche Verbesserungsmaßnahmen. In der MDZ ist ein regelmäßiges Reporting etabliert, welches ggf. auch dem Erkennen von Fehlentwicklungen dient.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Die Praxen des Medizinischen Dienstleistungszentrums nehmen an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Qualitätszirkeln, externen Fortbildungen teil. Diese Informationen werden in den Teambesprechungen eingebracht.

6.4 Nutzung von Befragungen

Um Verbesserungsmaßnahmen innerhalb unseres Medizinischen Dienstleistungszentrums zu ermitteln, führen wir regelmäßig Patientenbefragungen durch. Zudem haben Patienten jederzeit die Möglichkeit, uns ihre Anliegen anhand des etablierten Rückmeldesystems mitzuteilen. Die Ergebnisse werden mit allen Mitarbeitern besprochen. Die Maßnahmen werden entsprechend zur Zufriedenheit unserer Patienten umgesetzt. Im Abstand von drei Jahren, zuletzt 2014, führen wir Mitarbeiterbefragungen durch.

6.5 Beschwerdemanagement

Patienten können uns jederzeit ihre Anregungen, Lob und Kritik über den Feedbackbogen, der in jeder Praxis ausliegt, mitteilen. Unsere Mitarbeiter nehmen Lob und Kritik auch persönlich entgegen. Alle Rückmeldungen werden systematisch ausgewertet. Das Verfahren ist in einer Betriebsanweisung beschrieben. Verbesserungsvorschläge werden nach einheitlichem Verfahren, welches in einer Betriebsvereinbarung geregelt ist, geprüft und ggf. umgesetzt.