



## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

<b>Praxis:</b>	Onkologiezentrum Soest-Iserlohn MVZ Kloster Paradiese GbR
<b>Betriebsstättennummer:</b>	183201900
<b>Anschrift:</b>	Im Stiftsfeld 1 59494 Soest
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-0072 NBVN
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
<b>Gültig vom:</b>	01.11.2014
<b>bis:</b>	31.10.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

**Vorwort der KTQ®**

Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Vorwort der Einrichtung**

**3**

**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 Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Krankenhaus, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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 spezifisch entwickelten 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.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

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

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 **Onkologiezentrum Soest-Iserlohn MVZ Kloster Paradiese** 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 [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. 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

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

Herzlich willkommen,

schön, dass Sie unseren Qualitätsbericht lesen und sich für unser MVZ interessieren.  
Das Kloster Paradiese: Hochmodernes medizinisches Zentrum in historischem Ambiente.

Wahrlich historisch zu nennen ist der Grund und Boden auf dem die Praxis und Klinik für Hämatologie und Onkologie heute ihren Sitz hat. Seit seiner Gründung im Jahre 1253 hat das Dominikanerkloster in Soest-Paradiese eine bewegende Geschichte durchlebt.

Im Jahre 1995 beginnt die Sanierung und Neugestaltung der historischen Gebäude für die Nutzung als Medizinisches Zentrum bei Krebserkrankungen.

Heute stehen wir vielfältigen Herausforderungen gegenüber. Medizinische Entwicklungen auf dem Gebiet der Krebsforschung erlauben uns, unseren Patientinnen und Patienten stets neueste Therapieformen anzubieten, ergänzt durch die Erkenntnisse der komplementären Therapien.

Auf der anderen Seite stehen gesellschaftliche und politische Veränderungen der Rahmenbedingungen, die uns immer wieder auf's Neue grundlegende strategische Maßnahmen abverlangen.

Wir stellen uns diesen Herausforderungen gerne und betrachten sie als Möglichkeiten der Weiterentwicklung nicht zuletzt für unsere Patienten und Mitarbeiter.

Dieser Bericht wurde im Rahmen der Zertifizierung unserer Einrichtung erstellt.

Entsprechend unseren flachen Hierarchien, kurzen Entscheidungswegen und unserem familiären Betriebsklima haben wir darauf geachtet, dass sich unser Qualitätsmanagement in diese Strukturen einfügt und sie nicht sprengt.

Wir sind der Meinung, dies ist uns sehr gut gelungen.

Auf den nun folgenden Seiten wollen wir Ihnen unsere Abläufe und Strukturen unseres MVZ darstellen.

Wir wünschen Ihnen viele interessante Informationen.

Ihr Onkologiezentrum Soest-Iserlohn

# Die KTQ-Kriterien

## **1 Patientenorientierung in der Praxis**

### **1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit**

Die Vergabe Ihres Termins haben wir schriftlich geregelt. Hier kommen u.a. die Anweisung "Terminvergabe, Patientenannahme und Vorgehen bei Anrufen mit Arzt-Gesprächswunsch" (gültig für MVZ und Klinik), diverse Arbeitsplatzbeschreibungen, der Standard "Erstversorgung MVZ" und Notfall-Standards zum Einsatz. Weitere Vorgabe-Dokumente: Auditplan, VA Beschwerdemanagement, Patientenfragebogen.

### **1.2 Erreichbarkeit der Praxis**

Die Erreichbarkeit ist uns sehr wichtig. In ausgesuchten Fällen, z.B. in sehr schwierigen Krankheitssituationen, erhalten Patienten auch die Handynummer von Dr. Hamm. Die direkte Erreichbarkeit des MVZ ist während der Geschäftszeiten stets sichergestellt. Die Öffnungszeiten sind auf der Homepage veröffentlicht. Parkmöglichkeiten sind direkt vor dem Haus vorhanden. Das MVZ befindet sich auf dem Gelände der Privatklinik und ist räumlich daran angebunden. Eine Wegeleitung ist im Ort gegeben.

### **1.3 Orientierungshilfen**

In unserem MVZ sind die Wege und Zimmer ausgeschildert. Unsere Mitarbeiter stellen sich schon am Telefon mit ihrem Namen vor. Innerhalb unseres MVZ sind alle Türen beschriftet. An der Anmeldung liegen Flyer aus, auf denen ebenso wie auf unserer Homepage weitere Informationen über unser Leistungsangebot eingesehen werden können. Unsere Mitarbeiter geleiten Sie gerne zur Untersuchung, bzw. zur Behandlung in die jeweiligen Räumlichkeiten.

### **1.4 Organisation der Patientenannahme**

Nachdem Sie sich angemeldet haben, können Sie in unserem Wartebereich Platz nehmen. Dieser ist von der Anmeldung getrennt, damit die Daten bei der Anmeldung vertraulich bleiben. Wir legen großen Wert auf Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft Ihnen gegenüber, nicht zuletzt dafür haben wir ein Leitbild erstellt. Sollten Sie einmal Grund zu Kritik haben, nehmen wir diese gerne entgegen und versuchen, so schnell wie möglich, den Anlass dafür zu beheben.

### **1.5 Anamnese- und Befunderhebung**

Zur Sicherstellung einer vollständigen Befunderhebung wird ein standardisiertes Formular genutzt. Auf die Aktualität Ihrer Vorbefunde wird großen Wert gelegt. Befunde werden bei uns eingescannt, nachdem sie als vom Arzt gesehen markiert wurden. So haben wir schnell alle relevanten Daten zur Verfügung.

### **1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses**

Für Ihre Therapie liegen Behandlungspläne vor. Diese sind abgeleitet von den Fachgesellschaften. Um Ihnen stets die aktuellsten Therapien anbieten zu können, bilden wir uns regelmäßig fort. Behandlungsalternativen werden bereits von Anfang an und in jeder neuen Krankheitssituation aufgezeigt und selbstverständlich können Sie auf die Behandlung Einfluss nehmen.

## **1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung**

Ihre Therapieplanung wird anhand unserer Therapiemöglichkeiten individuell für Sie entworfen und verständlich erklärt. Je nach Art der Behandlung erhalten Sie einen Therapieplan ausgehändigt.

## **1.8 Patientenschulung**

Unter anderem bieten wir Ihnen folgende Beratungen an: Ernährungsberatung durch angegliederte Apotheke, Schulungen bei z.B. Misteltherapie, Umgang mit Port usw. Ihre Beratung wird ausschließlich von qualifiziertem Personal durchgeführt.

## **1.9 Patientenaufklärung und -Information**

Als unser Patient werden Sie vor jeder Untersuchung und Therapie hinreichend aufgeklärt. Darüber hinaus klären wir Sie auch über mögliche Risiken auf. Die Aufklärung bezieht bei Bedarf auch die medikamentöse Therapie und die Diagnostik mit ein. Die Aufklärung wird in Ihrer Patientenakte dokumentiert. Verantwortlich für die Aufklärung sind die Ärzte. Aufklärungsbögen werden unterstützend genutzt.

## **1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche**

Wir arbeiten in enger Kooperation mit den weiterbehandelnden Einrichtungen zusammen. Mit Ihnen wird immer ein Überweisungsgespräch geführt, in dem Ihnen die weitere Vorgehensweise verständlich erklärt wird. Sie erhalten alle notwendigen Unterlagen und es erfolgt eine enge Abstimmung der Versorgungsleistungen.



## **2 Führung der Praxis**

### **2.1 Leitbild**

Unser Ansatz ist christlich-humanistisch geprägt. Diesen Ansatz haben wir in unserem Leitbild festgehalten und versuchen ihn täglich zu leben. Einmal im Jahr findet eine Aktualisierung des Leitbildes statt und in den Mitarbeitergesprächen gehen wir auf die Umsetzung des Leitbildes ein.

### **2.2 Entwicklung der Zielplanung**

Unsere Ziele definieren wir anhand von Kennzahlen, die regelmäßig bewertet werden. Dies dient unserem Anspruch des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Regelmäßige Treffen mit den Leitungen dienen unter anderem dazu, die Erreichung der Ziele zu prüfen.

### **2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten**

Wir haben die Verantwortlichkeiten sowohl in unserem Organigramm als auch in Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen festgelegt. Alle schriftlichen Festlegungen sind unseren Mitarbeitern über ein spezielles EDV-Handbuch zugänglich. Die regelmäßige Überarbeitung der Vorgaben gewährleistet stets aktuelle Dokumente.

### **2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

Unser mitarbeiterorientierter Führungsstil ist geprägt von unserem christlich-humanistischen Ansatz einerseits und dem familiären Miteinander andererseits. Diese Ansprüche finden sich in den erarbeiteten Führungsgrundsätzen wieder. Mitarbeitergespräche werden jährlich geführt, dokumentiert und auf Zielerreichung hin überprüft.

### **2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes**

Unser Ziel ist es, weiter zu wachsen und stabil zu bleiben. Hierzu werden die Betriebswirtschaftliche Auswertung und die Umsatzzahlen herangezogen. Die ärztliche Leitung plant die strategische Entwicklung. Die neu eingeführte Kennzahlenbewertung wird einmal pro Jahr durchgeführt (seit 2014).

### **2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien**

Für die Beschaffung von Medizinprodukten und Praxismaterialien haben wir eine Beauftragte benannt. Die Arbeitsplatzbeschreibung und das Medizinprodukte-Handbuch regeln das Vorgehen.

### **2.7 Umweltschutz**

Bei der Beschaffung finden neben ökonomischen auch ökologische Anforderungen Berücksichtigung. Abfallstoffe werden getrennt gesammelt. Zudem gibt es eine verbindliche Vorgabe, die den Umgang mit Abfallstoffen regelt. Darin ist auch der Umgang mit medizinischem Sondermüll, der besonderen Bestimmungen unterliegt, geregelt.

## **2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxisgemeinschaften**

Es finden tägliche Besprechungen unter den Ärzten statt. Die im Rahmen der QM-Bewertung erstellten Vorgaben gelten für alle Ärzte. Die Kommunikation relevanter Informationen erfolgt über die Leitungsrunde und tägliche Besprechungen unter den Ärzten.

## **2.9 Information der Praxisleitung**

Die Kommunikationswege sind in der Geschäftsordnung der Leitungsrunde sowie weiteren Geschäftsordnungen (Hygiene, Arbeitssicherheit) geregelt. Dr. Hamm nimmt an allen Leitungsrunden teil und gibt deren Inhalte an die ärztlichen Kollegen weiter. Themensammlung erfolgt vor den jeweiligen Besprechungen. Weitere Information durch: Projektreportings, Kennzahlenbewertung.

## **2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik**

Im Leitbild sind ethische Aspekte berücksichtigt. Für die gesamte Einrichtung wurde ein Ethikkonzept erarbeitet und eingeführt. Bei ethischen Fragestellungen können die Mitarbeiter an die Leitungen wenden, welche diese Frage dann in die Leitungsrunde mitnehmen. Supervisionen werden ebenfalls angeboten.

## **3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung**

### **3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung**

Die Leitungen des MVZ und der Klinik werden in die Personalauswahl mit einbezogen. Planstellen wurden definiert und aufgrund dessen wird die Personalplanung vorgenommen. Die Qualifikationen unserer Mitarbeiter sind in den Stellenbeschreibungen definiert. Z.B. werden in der Chemo-Ambulanz nur examinierte Kräfte eingesetzt.

### **3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis**

Wir haben für unsere Mitarbeiter Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen definiert. Diese sind in unserem EDV-gestützten Handbuch allen zugänglich.

### **3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals**

Die Fort- und Weiterbildungen regelt die entsprechende Verfahrensanweisung. Ein einrichtungsweiter Fortbildungskalender liegt vor. Wir ermitteln den Bedarf an Fortbildungen unterjährig je nach Angeboten und strukturiert in den Mitarbeitergesprächen.

### **3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern**

Pflichtfortbildungen sind schriftlich geregelt und gelten auch für die Ärzte. Weitere Maßnahmen: regelm. Teilnahme an Tumor-Konferenzen, Kongressen. Die Vorgabe der Fortbildungspunkte wird erfüllt (50). Die Abstimmung, wer welche Fortbildung / welchen Kongress besucht, erfolgt unter den Ärzten. Die Ärzte nehmen jährlich an den bedeutsamen ontologischen Kongressen teil (Dt. Krebskongress, DGHO, ESMO, Onko-Update)

### **3.5 Ausbildung**

Ausgebildet werden bei uns: MFA und Schüler (Krankenpflege) im Ambulanzbereich. Ein Tätigkeitskatalog für Schüler liegt vor, ebenso die Ausbildungsverordnung (BÄK). Unsere Auszubildenden bekommen einen Mitarbeiter an die Seite gestellt, der auch als Hauptsprechpartner dient.

### **3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten**

Regelungen für die Arbeitszeiten oder das Nehmen von Urlaub oder Überstunden liegen vor und sind für alle Mitarbeiter einsehbar.

### **3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern**

Für unsere neuen Mitarbeiter halten wir Einarbeitungskonzepte vor. Diese sind aufgeteilt in einen allgemeinen Teil, der alle betrifft, und einen speziellen Teil, der je nach Bereich gilt. Rückmeldungsgespräche finden statt. Auch für neue Ärzte liegt ein Einarbeitungskonzept vor.

### **3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden**

Für die Vorschläge und Beschwerden stehen die regelm. Teamsitzungen oder unser hausweit gültiges Beschwerdemanagement zur Verfügung. Da wir neben den Kommunikationsstrukturen auch spontane Gespräche, auch unter vier Augen, fördern, kann ein vertrauliches Gespräch auch kurzfristig und unter vier Augen durchgeführt werden. Die Vertraulichkeit ist dabei selbstverständlich.

## **4 Sicherheit in der Praxis**

### **4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz**

Der Schutz unserer Mitarbeiter während der Arbeit ist uns sehr wichtig. Wir haben eine leitende Mitarbeiterin zur Beauftragten für Arbeitssicherheit benannt. Sie kümmert sich um die Belange der Arbeitssicherheit im MVZ und in der Klinik. Regelmäßige Begehungen und Kommissions-Sitzungen finden ebenso statt wie die Unterweisungen für die Mitarbeiter als Pflichtveranstaltung.

### **4.2 Verfahren zum Brandschutz**

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in Brandschutz unterwiesen. Unser Brandschutzbeauftragter der Klinik ist auch für den Brandschutz des MVZ zuständig und überprüft regelmäßig alle relevanten Wege und Feuerlöscher. Rettungswege und der Sammelplatz sind ausgeschildert.

### **4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement**

Ein Notfallstandard ist vorhanden, dieser regelt das Vorgehen bei Notfällen. Notfallequipment ist ebenfalls vorhanden, die regelmäßige Kontrolle erfolgt und wird dokumentiert. Für die relevanten Mitarbeiter finden Notfall-Schulungen statt (Pflichtfortbildungen), die im Fortbildungskalender veröffentlicht werden.

### **4.4 Hygiene in der Praxis**

Die übergreifende Verantwortung liegt bei der Hygiene- und Arbeitsschutzkommission bzw. bei der Hygienebeauftragten. Die Aufgaben, die Zusammensetzung und die Sitzungsintervalle sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission geregelt. Termine der Sitzungen und Begehungen sind im Jahresplan fixiert. Die Hygienekommission erarbeitet Hygienestandards nach den Vorgaben der RKI, der KRINKO sowie anderen einschlägigen normativen Regelungen. Ein Hygienehandbuch liegt vor.

### **4.5 Anwendung von Arzneimitteln**

Die Regelungen für die Schnittstelle Apotheke / Onkologiezentrum Soest sind allen Mitarbeitern des Onkologiezentrums in Nexus zugänglich. Anwenderspezifische Anforderungen werden durch spezielle Bevorratung der Apotheke gewährleistet. Eine Arzneimittel-Liste liegt vor (Apotheke). Die Arzneimittelanamnese erfolgt durch den aufnehmenden Arzt. Die Zubereitung der Zytostase erfolgt unter Erfüllung aller behördlichen Auflagen. Ein separates QM-Handbuch für die Zubereitung / den Arbeitsplatz der Zytostase liegt in der zertifizierten Apotheke vor.

### **4.6 Anwendung von Medizinprodukten**

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des Medizinprodukte-Gesetzes sowie der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist im Medizinprodukte-Handbuch geregelt und im Intranet hinterlegt. Darin enthalten sind alle Grundsätze. Außerdem ist dort der Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Medizinprodukte-Verantwortlichen, der Anwender und die Beschaffung und Veränderung von Medizinprodukten geregelt. Zu Umgang und Lagerung von Sterilgut sind eine gesonderte Verfahrensanweisung sowie ein Hygienehandbuch vorhanden.

## 4.7 Absicherung der Praxisräume

Die Mitarbeiter erhalten einen Schlüssel, die Herausgabe wird dokumentiert. Bei Austritt aus dem Beschäftigungs-Verhältnis bei uns wird der Schlüssel zurückgegeben und in die Liste eingetragen.

## **5 Informationswesen**

### **5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Zur Archivierung liegt eine Archivordnung vor, die Dokumentation der patientenrelevanten Informationen regelt eine gesonderte Anweisung. Musterakten liegen vor. In internen Audits werden sowohl Archiv als auch die Dokumentation überprüft. Die Befunderstellung erfolgt zeitnah.

### **5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes**

Wir haben eine Datenschutzbeauftragte benannt. Ein Datenschutzhandbuch liegt vor und ist allen Mitarbeitern zugänglich. Darin sind alle relevanten Informationen und Anweisungen enthalten. Es finden regelmäßige Unterweisungen für alle Mitarbeiter, auch des MVZ, statt. Die Datenschutz-Begehungen werden jährlich durchgeführt und sind kombiniert mit den internen QM-Audits.

### **5.3 Einsicht von Patientendaten**

Die vollständige Information unserer Patienten ist uns wichtig. Aus diesem Grund kann jeder Patient von seinem Einsichtsrecht in seine Patientenakte Gebrauch machen.

### **5.4 Nutzung einer Informationstechnologie**

MVZ und Klinik sind miteinander vernetzt, die Vernetzung gewährleistet ein Server. Die Betreuung unserer IT wird von einer externen Firma übernommen. Die komplette Server-Struktur ist zur Sicherheit gespiegelt, sodass es keine Ausfälle geben kann: Fällt ein Server aus, übernimmt automatisch der andere. Für die Mitarbeiter liegt ein Rechte-Rollen-Konzept vor. Grundlage unserer IT-Struktur ist ein Strategiepapier, das bereits mehrfach angepasst wurde (zuletzt in 2013). Der Aufbau einer elektronischen Patientenakte ist seit 2007 bereits abgeschlossen.

## 6 Aufbau des Qualitätsmanagements

### 6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Für QM-Themen sind grundsätzlich alle Mitarbeiter zuständig. Hauptverantwortlich ist jedoch der QMB. Dies ist in unserem Organigramm festgelegt. Darüber hinaus werden alle qm-relevanten Themen in den Leitungssitzungen diskutiert (z.B. Ergebnisse der Befragungen, das Beschwerdemanagement, Überarbeiten von Anweisungen usw.). Die Besprechungen werden protokolliert.

### 6.2 Interne Qualitätssicherung

Qualitätsrelevante Daten liegen uns sowohl als Routinedaten (z.B. Auslastung) als auch in Form von eigens erhobenen Daten (z.B. Beschwerden, Befragungsergebnisse) vor. Wir nutzen die Daten, um Prozesse messbar und dadurch verbesserbar zu machen. Hierfür haben wir die Kennzahlenbewertung eingeführt, die gemeinsam mit den Leitungen durchgeführt wird.

### 6.3 Externe Qualitätssicherung

Die Einrichtung führt diverse Beteiligungen an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen durch, z.B. innerhalb der Zentren-Arbeit oder der WINHO. Die Maßnahmen sind im QM-Konzept enthalten.

### 6.4 Nutzung von Befragungen

Befragungen werden bei uns anhand des Befragungsplan und der "VA Befragungen" geplant und analysiert. Die Zuweiser- und Mitarbeiterbefragung wird über die WINHO durchgeführt und lässt einen Benchmark zu. Alle Befragungsergebnisse werden in der Leitungsrunde besprochen und über diverse Kanäle, wie Newsletter oder Mitarbeiterversammlungen intern vorgestellt.

### 6.5 Beschwerdemanagement

Beschwerden sollen möglichst bei uns vor Ort geäußert werden. Nur so haben wir die Chance, den Auslöser einer Beschwerde zu beheben. Wir haben unser Beschwerdemanagement in einer Anweisung geregelt, die allen Mitarbeitern zur Verfügung steht. Beschwerden können über einen Flyer abgegeben werden, der an vielen Stellen zugänglich ist. Unsere Beschwerdebeauftragte nimmt sich der Beschwerde an und leitet sie an die entsprechende Abteilung weiter. Das Beschwerdemanagement ist Teil unseres Risikomanagements.