



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

<b>Praxis:</b>	Institut für Pathologie Dr. med. Stephan Wagner, Dr. med. Siegfried Bartho, Dr. med. Krisztina Zels, Dr. med. Uta Kerlikowski
<b>Betriebsstättennummer:</b>	794701400
<b>Anschrift:</b>	Köpenicker Straße 29 15711 Königs Wusterhausen
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0005 NB
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	18.02.2015
<b>bis:</b>	17.02.2018

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis	9
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	11
4 Sicherheit in der Praxis	12
5 Informationswesen	13
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	14

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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 Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> 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) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> eine externe Prüfung der Praxis – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

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

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.

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 **Institut für Pathologie Königs Wusterhausen** 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

## **Vorwort der Einrichtung**

In unserem Institut für Pathologie werden von 4 Fachärzten und 24 Mitarbeitern sämtliche morphologische Basis- und Spezialuntersuchungen durchgeführt. Hierbei handelt es sich in erster Linie um gastroenterologische, dermatohistologische, urologische und gynäkologische Routine- und Spezialdiagnostik sowie die gynäkologische und extragenitale Zytologie. In der Immunhistologie gewährleisten moderne Vollautomaten die standardisierte Methodik mit verlässlichem Ergebnis.

Wir bieten eine präzise, schnelle und moderne Diagnostik. Die Befundfertigstellung innerhalb von 24 Stunden nach Eintreffen des Untersuchungsmaterials in unserer Praxis ist die Regel.

Alle Tumorfälle sowie diagnostisch schwierige Fälle werden im Rahmen des institutsinternen Qualitätsmanagements von mindestens zwei Fachärzten unabhängig voneinander befundet (Vier-Augen-Prinzip).

Bei besonderen Fragestellungen ist die Zusammenarbeit mit Referenzpathologien selbstverständlich.

Die kontinuierliche Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ständige Überprüfung der Abläufe und der Einsatz moderner Technik garantieren eine hohe Qualität unserer Arbeit.

### **Kontakt:**

Institut für Pathologie  
Dr. med. Stephan Wagner  
Dr. med. Siegfried Bartho  
Dr. med. Krisztina Zels  
Dr. med. Uta Kerlikowski

Köpenicker Straße 29  
15711 Königs Wusterhausen

[www.pathologie-kw.de](http://www.pathologie-kw.de)

Tel. 03375 - 526010  
Fax. 03375 - 5260111  
Mail [praxis@pathologie-kw.de](mailto:praxis@pathologie-kw.de)

# Die KTQ-Kriterien

## 1 Patientenorientierung in der Praxis

### 1.1 Untersuchungs- und Befundbearbeitungszeit von Histologie und Zytologie

Wir bieten eine präzise, schnelle und moderne Diagnostik. Die Befundfertigstellung innerhalb von 24 Stunden nach Eintreffen des Untersuchungsmaterials in unserer Praxis ist die Regel. Eingehende Proben werden am gleichen Tag erfasst. Dringende Fälle werden bevorzugt behandelt.

### 1.2 Orientierungshilfen und Erreichbarkeit der Praxis

Institut für Pathologie  
Dr. med. Stephan Wagner  
Dr. med. Siegfried Bartho  
Dr. med. Krisztina Zels  
Dr. med. Uta Kerlikowski  
Fachärzte für Pathologie

Köpenicker Straße 29  
15711 Königs Wusterhausen

Homepage: [www.pathologie-kw.de](http://www.pathologie-kw.de)

Telefon: 03375 52601-0  
Fax: 03375 52601-11  
Mail: [praxis@pathologie-kw.de](mailto:praxis@pathologie-kw.de)

Sprechzeiten/Materialannahme/Befundauskunft:  
Montag bis Freitag 7.00 bis 17.00 Uhr

Schnellschnitte: Montag bis Freitag von 8 bis 16 Uhr

### 1.3 Organisation des Probeneinganges

Die Probenannahme ist in unserem Institut Montag bis Freitag in der Zeit von 07:00 bis 17:00 Uhr möglich.

Schnellschnittbereitschaft besteht von 08:00 bis 16:00 Uhr.

Für die Probenannahme und Durchführung von Schnellschnitten bestehen Verfahrensanweisungen in unserem QM-Handbuch. Die zuständigen Mitarbeiter sind dem schriftlich festgelegten Dienstplan zu entnehmen.

Unseren Einsendern werden einheitliche Untersuchungsanträge zur Verfügung gestellt. Auf unserer Homepage befinden sich ausführliche Hinweise zur Einsendung von Untersuchungsmaterialien.

#### 1.4 Makroskopische Beschreibung und Präparateherstellung

Eine konstante Qualität unseres Zuschnittes sichern wir mit Hilfe unserer leitliniengerechten Zuschnittsvorschriften sowie den Verfahrens- und Arbeitsanweisungen unseres QM-Handbuches. Spezielle Anforderungen der Einsender bzw. Besonderheiten der vorhandenen Probe werden beim Zuschnitt berücksichtigt. Die Dringlichkeit der Präparateherstellung richtet sich nach den Vorgaben der Institutsleitung, eventuelle Kennzeichnungen der Einsender und dem Fahrplan der Kurierdienste.

#### 1.5 Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen

In der Regel erfolgt die Befundfertigstellung innerhalb von 24 Stunden. Bei der Erstellung der histologischen und zytologischen Diagnosen werden die aktuellen Leitlinien und TMN-Klassifikationen sowie die klinischen Fragestellungen der Einsender berücksichtigt. Zur Diagnosesicherung und bei Berücksichtigung von Einsenderanforderungen ist intern die Durchführung der Immunhistochemie möglich. Bei Malignomen und komplizierten Fällen erfolgt eine interne Zweitbegutachtung bzw. gegebenenfalls eine externe Begutachtung durch einen Konsilpartner.

#### 1.6 Befundübermittlung von histologischen, zytologischen und Obduktionsbefunden

Die Befundübermittlung erfolgt nach Freigabe per Post, Kurierdienst, Fax, LDT und/oder Mail.

Bei Schnellschnitten, dringenden und unvorhergesehenen Diagnosen erfolgt die telefonische Befunddurchgabe durch den Facharzt.

#### 1.7 Aufklärung und Information von Antragstellern über Untersuchungen unter Einbeziehung von Patienten und Angehörigen

Neue Einsender erhalten neben einer telefonischen Aufklärung über die Möglichkeiten der Einsendung und Befundübermittlung ein Starterpaket, welches Probengefäße, Versandtaschen, Untersuchungsanträge und ein Bestellformular für weitere Verbrauchsmaterialien enthält.

Wichtige Hinweise finden alle Einsender, Patienten und Interessierte auch auf unserer Homepage [www.pathologie-kw.de](http://www.pathologie-kw.de).

Bei aktuellen Anlässen bekommen die Einsender Informationen per Rundschreiben oder werden zu internen Veranstaltungen eingeladen.

#### 1.8 Durchführung von Obduktionen und deren Demonstration

Die Durchführung von Sektionen und die Erstellung der Sektionsbefunde erfolgt nach einem standardisierten Verfahren. Spätestens 4 Wochen nach der Obduktion erhält der Antragssteller ein Sektionsprotokoll.



## 2 Führung der Praxis

### 2.1 Leitbild

Es wurde gemeinschaftlich ein Leitbild (Qualitätspolitik) erstellt. Dieses Leitbild ist im QM-Handbuch festgehalten und allen Mitarbeitern vorgestellt worden.

Respekt, Offenheit und Lernbereitschaft sind die Grundlage unseres Teamgeists. Alle Mitarbeiter helfen mit ihrer Arbeit Krankheiten zu erkennen und behandelbar zu machen. Wir sind uns dieser hohen Verantwortung bewusst.

Die Geschäftsführung fördert mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln die hohe Qualität in unserem Institut.

Qualität muss leben, sich entwickeln und angewendet werden!

### 2.2 Entwicklung der Zielplanung

Die Festlegung unserer Qualitätsziele erfolgt jährlich und wird im QM-Handbuch festgehalten.

Alle Mitarbeiter können bei der Festlegung der Ziele mitwirken und werden abschließend über diese Ziele informiert.

### 2.3 Festlegung der Organisationsstruktur

Alle Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind in unserem Institut geregelt und dem Organigramm zu entnehmen. Die Mitarbeiter sind über das aktuelle Organigramm informiert.

Die Delegation von Zuständigkeiten und Verantwortung spiegelt die Wertschätzung und das Vertrauen in unsere Mitarbeiter wieder.

### 2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Eine offene Kommunikation des gesamten Teams unseres Instituts ist uns wichtig. Der Teamgedanke hat einen hohen Stellenwert und wird durch die gemeinsamen Aktivitäten gefördert.

Mitarbeitergespräche finden jährlich statt. Ziele werden vereinbart und die Gespräche protokolliert.

Das Einbringen von Anregungen, Ideen und Wünsche durch die Mitarbeiter wird in unserem Institut sehr geschätzt. Leistung und Engagement des Teams und des Einzelnen erfahren jederzeit Anerkennung und Wertschätzung.

### 2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Geschäftsführung plant und entscheidet über Art und Umfang aller Investitionsvorhaben, finanzielle Mittel, Miet-, Pacht- und Leasingvorhaben und stellt die erforderlichen materiellen und immateriellen Ressourcen für die Erfüllung der Dienstleistungen bereit. Die Überwachung erfolgt durch monatliche Auswertung der Finanzkennzahlen und regelmäßige Auswertung der Leistungskennzahlen. Kurzfristige betriebswirt-

schaftliche Entscheidungen sind auf Grundlage wöchentlicher Beratungen der Geschäftsführung mit den Teamleitern möglich.

## 2.6 Bereitstellung von medizinisch-technischem Hilfs- und Verbrauchsmaterial bzw. Diagnostika

Über unser zentrales Bestellwesen ist die Beschaffung von Verbrauchsmaterialien klar geregelt. Jeder Mitarbeiter ist verantwortlich Materialbestände zu prüfen und den gegebenen Bedarf an das zentrale Bestellwesen zu melden.

## 2.7 Umweltschutz

Die Abfallstoffe werden fachgerecht gesammelt bzw. gelagert. Die Ver- und Entsorgung erfolgt durch zertifizierte Firmen.

Sicherheitsdatenblätter existieren für alle Stoffe und sind den Mitarbeitern frei zugänglich.

## 2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen/ Praxisgemeinschaften

Die kaufmännischen, personellen und technischen Aufgaben sind unter den Gesellschaftern aufgeteilt. Entscheidungen werden gemeinsam in regelmäßig stattfindenden Besprechungen diskutiert und getroffen. Die Mitarbeiter werden über Entscheidungen/Neuerungen informiert. Gegenseitige Vertretungen sind geregelt.

## 2.9 Information der Praxisleitung

Aufgrund einer intensiven und engen Zusammenarbeit des gesamten Teams des Instituts sind die Kommunikationswege sehr kurz. In wöchentlich stattfindenden Besprechungen werden aktuelle Themen und Entscheidungen zwischen der Praxisleitung und den Abteilungsleitungen behandelt. Störungen, Schadensfälle und Beschwerden werden der Praxisleitung unverzüglich gemeldet. Ein Fehlermanagement ist etabliert und im QM-Handbuch beschrieben.

## 2.10 Soziale Kompetenzen/ Ethik

Die Würde des Patienten, die Wahrung seiner und der Rechte von Angehörigen, Bezugspersonen sowie Einsendern und Antragsstellern sind Teil unserer Qualitätspolitik. Alle Mitarbeiter sind über die Einhaltung der Schweigepflicht und der Datenschutzbestimmungen belehrt.

Ein freundlicher Umgang untereinander und beim Kontakt mit Einsendern oder Patienten ist für alle Mitarbeiter selbstverständlich.

### **3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung**

#### **3.1 Planung des Personals – Personalentwicklung**

Das Arbeitsvolumen und die Erfahrungen aus der Vergangenheit bestimmen die Personalplanung und Personalentwicklung. Neue Mitarbeiter werden aufgrund ihrer Qualifikationen und nach Durchführung von Probearbeitstagen in Rücksprache mit dem gesamten Team ausgewählt. Eine sorgfältige Einarbeitung ist durch strukturierte Einarbeitungspläne und die Bereitstellung von Mentoren gesichert. Fort- und Weiterbildungsangebote in den verschiedenen Bereichen werden genutzt und deren Teilnahme durch Freistellung und Kostenübernahme durch die Praxisleitung gefördert.

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

Für alle Bereiche liegen Funktionsbeschreibungen vor. Die Mitarbeiter werden nach ihren Qualifikationen und Fähigkeiten nach sorgfältiger Einarbeitung eingesetzt. Je nach Eignung und entsprechender Fortbildung können zusätzliche Aufgabengebiete und Verantwortlichkeiten übernommen werden.

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

In unserem Institut werden jährliche Fort- und Weiterbildungspläne erstellt. Der Bedarf wird anhand von Mitarbeitergesprächen, eigenen Bedürfnissen, Übernahme neuer Aufgabengebiete und zur Aufrechterhaltung vorhandenen Fachwissens bestimmt. Neben den externen Weiterbildungen finden auch interne Schulungen in einem umfangreichen Rahmen statt. Alle Mitarbeiter sind zur Weiterbildung verpflichtet und werden diesbezüglich durch die Institutsleitung durch Freistellung und Kostenübernahme unterstützt.

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

Die ärztliche Fortbildung wird in Abhängigkeit von Kurs- und Tagungsangeboten sowie unter Berücksichtigung der Aufrechterhaltung von Qualifikationen (z. B. Mammographie-Screening) jährlich geplant. Die Praxisinhaber vertreten sich zur Ermöglichung von Fortbildungen gegenseitig. Außerdem bietet die vorhandene Fachliteratur (Fachbücher, Fachzeitschriftenabonnements) eine Möglichkeit zur Fortbildung. Ein weiterer Bereich bietet die regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen und Qualitätszirkeln.

#### **3.5 Ausbildung/ Praktikum**

Es wird mit mehreren Ausbildungsstätten für MTA´s zusammen gearbeitet. Die Einteilung der Praktikanten und deren Einsatzzeiten erfolgt durch die jeweiligen Ausbildungsschulen in enger Zusammenarbeit mit den im Institut vorhandenen zwei Mitarbeiterinnen, die für die Praktikanten zuständig sind. Mit jedem Praktikanten findet eine Begrüßungsgespräch zur Erläuterung des Ablaufs, der Schweigepflicht und Betriebsanweisungen sowie ein Abschlussgespräch statt. Die Praktikanten werden vollumfassend betreut.

### 3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Für alle Mitarbeiter und in allen Bereichen unseres Institutes gibt es schriftlich festgehaltene Dienstpläne/Zuschnittpläne. Bei der Erstellung der Dienstpläne werden soweit wie möglich die Wünsche und Erfordernisse der Mitarbeiter miteinbezogen. Bei Bedarf werden Überstunden erbracht. Für die Erbringung und Abgeltung der Überstunden gibt es festgelegte Regelungen.

### 3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt mit Hilfe detaillierter Einarbeitungspläne. Jedem neuen Mitarbeiter wird ein Mentor zur Verfügung gestellt. Die existierenden Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (QM-Handbuch) sowie ein Leitfaden im Histologielabor dienen als Hilfestellung während der Einarbeitungsphase.

### 3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit mit Ideen, Beschwerden und Problemen jederzeit auf die Abteilungs- und/oder Praxisleitung zuzukommen. Das Einbringen der Mitarbeiter und ein starkes Teamgefühl ist unserem Institut wichtig. Diesbezüglich finden auch regelmäßige Mitarbeitergespräche, Teambesprechungen und Teamaktivitäten statt. Leistung und Engagement des Teams und des Einzelnen erfahren jederzeit Anerkennung und Wertschätzung.

## 4 Sicherheit in der Praxis

### 4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Technische Voraussetzungen des Mitarbeiterschutzes (Augenduschen, Notfalldusche, Schutzkleidung etc.) sind vorhanden. In gefährdeten Bereichen werden Schwangere grundsätzlich nicht eingesetzt.

### 4.2 Verfahren zum Brandschutz

Beschilderung und Flucht- und Rettungswege-Plan des Klinikums Dahme-Spreewald gelten auch für unsere Praxis. Es finden jährliche Brandschutzbelehrungen durch unseren Brandschutzbeauftragten statt. Feuerlöscher sind vorhanden und gekennzeichnet.

### 4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Alle Arbeitsunfälle bzw. Verletzungen müssen der Abteilungsleitung und ggf. der Praxisleitung mitgeteilt und in einem Verbandsbuch dokumentiert werden. In der Praxis existieren neben den ärztlichen Mitarbeitern zusätzlich noch drei Ersthelfer, welche in

regelmäßigen Abständen entsprechende Fortbildungen wahrnehmen. Verbandskästen sind vorhanden und werden regelmäßig auf Vollständigkeit und Aktualität überprüft.

#### 4.4 Hygiene in der Praxis

Hygienepläne sind erstellt und hängen an den entsprechenden Stellen aus.

#### 4.5 Umgang mit Labordiagnostika, -chemikalien und Antikörpern

Die Lösungsmittel und Reagenzien sind ordnungsgemäß in Sicherheitsschränken gekennzeichnet und gelagert. Auf den Etiketten sind Ansatz- und Öffnungsdatum sowie Warenhinweise vermerkt. Reagenzien, die den Tagesbedarf überschreiten, werden in einem externen Lager aufbewahrt. Die Sicherheitsdatenblätter zu jeglichen Gefahrenstoffen sind allen Mitarbeitern frei zugänglich.

#### 4.6 Absicherung der Praxisräume

Die Eingangstür zum Institut ist durch eine Schließanlage mit Zahlencode gesichert. Alle befugten Mitarbeiter haben Zugang zu den Praxisräumen. Unbefugten Personen ist der Zutritt nur durch Anmeldung über eine Klingel und Mikrofon möglich. Zu gegebenen Anlässen und in regelmäßigen Abständen erfolgt eine Neuvergabe des Zahlencodes.

### **5 Informationswesen**

#### 5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sowie von Patientenmaterial

Das Institut verfügt über ein serverbasiertes Pathologie-Datenverarbeitungsprogramm. Die Befunde und Begleitscheine werden in diesem Programm archiviert und können jederzeit abgerufen werden. Die Archivierung von Patientenmaterial erfolgt innerhalb der Praxisräume für festgelegte Zeiträume.

Archivierung von Nass-/Restmaterial für 4 Wochen, Schnitt-/Ausstrichpräparate für 10 Jahre, Paraffinblöcke für 4 Jahre (Paraffinblöcke von Krebsfällen unbegrenzt).

#### 5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Das Institut verfügt über einen umfassenden Schutz vor unbefugtem Zugriff auf Patientenunterlagen, da der Zugang zur Praxis und die Datenbank mit den archivierten Patientenunterlagen durch Passwörter gesichert ist. Alle Mitarbeiter sind bezüglich der Schweigepflicht aufgeklärt und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet. Patientenunterlagen und Materialien sowie Befunde dürfen nur nach festgelegten Verfahren (QM-Handbuch) herausgegeben werden.

#### 5.3 Einsicht von Patientendaten

Patienten haben jederzeit Einsichtsrecht in ihre persönlichen Daten. Sie können ihr Einsichtsrecht auch wahrnehmen, wenn sie eine andere Person mit der Einsicht beauftragen und eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt.

#### 5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Wir verfügen über ein Pathologie-Programm, welches über das gesamte Institut vernetzt ist. Die Datensicherung ist zentral gesichert. Statistiken können über das System generiert werden.

Alle Mitarbeiter werden in die Benutzung des Programmes eingewiesen, da sie im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit unterschiedlichen Zugriffsrechten damit umgehen können müssen.

### **6 Aufbau des Qualitätsmanagements**

#### 6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Das Institut bindet ihre Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement ein und verfügt über einen QM-Beauftragten sowie eine Vertretung dessen. Ziele werden regelmäßig erarbeitet, dokumentiert und allen Mitarbeitern kommuniziert. Die Erfordernisse des Qualitätsmanagements sind regelmäßig Thema in den Teambesprechungen.

#### 6.2 Interne Qualitätssicherung

Zur internen Qualitätssicherung werden u. a. regelmäßig interne Audits, Schulungen, Einsenderbefragungen durchgeführt. Das Erstellen von Statistiken ist ein weiteres Mittel der internen Qualitätssicherung. Ebenso erfolgen Doppelbefundungen bei Malignomen oder unklaren Fällen sowie das Rescreening in der gynäkologischen Zytologie. Die Ergebnisse der internen Qualitätssicherung werden in den Teambesprechungen bzw. innerhalb der Institutsleitung kommuniziert, Abweichungen analysiert und gegebenenfalls Maßnahmen abgeleitet.

#### 6.3 Externe Qualitätssicherung

Die externe Qualitätssicherung ist in unserem Institut durch Teilnahmen an Ringversuchen der Swiss Histotech und QUIP, Qualitätszirkeln sowie prä- und postoperativen Konferenzen im Mammographie-Screening gewährleistet.

Die Institutsinhaber sind u. a. Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, Internationalen Akademie für Pathologie, Arbeitsgemeinschaft Dermatologie, Berufsverband Deutscher Pathologien, Deutsche Gesellschaft für Zytologie.

#### 6.4 Nutzung von Befragungen

Alle zwei Jahre wird eine Einsenderumfrage durchgeführt. Die Auswertung (inklusive Berücksichtigung der Entwicklung zur vorhergehenden Umfrage) wird innerhalb des Praxisteam diskutierte und Konsequenzen festgelegt.

Jährlich erfolgt ebenso eine interne Mitarbeiterbefragung.

## 6.5 Beschwerdemanagement

Beschwerden oder Anregungen können unsere Einsender im Rahmen der regelmäßigen Kontakte per Telefon, schriftlich oder elektronisch mitteilen. Das ist für uns ein wichtiges Element der Qualitätssicherung und -verbesserung. Zur Abschaffung und Vermeidung von Beschwerden, werden diese innerhalb des Teams erörtert und gemeinsam Lösungs- und Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. Die Zusammenarbeit mit unseren Einsendern ist für die Qualität unserer Arbeit ein wichtiger Faktor.