



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis:	Praxis Dr.med. Malte Leonhardt & Dr.med. Klaus Sallach
Betriebsstättennummer:	
Anschrift:	Medical Center "Neumarkthaus" "Blauer Bereich"- 2. Etage Ahstrasse 2 45879 Gelsenkirchen
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0043 NB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	30.06.2014
bis:	29.06.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung in der Praxis	8
2 Führung der Praxis	11
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
4 Sicherheit in der Praxis	16
5 Informationswesen	18
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	19

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 Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, 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.

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

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 die **Praxis Dr.med. Malte Leonhardt & Dr.med. Klaus Sallach** 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 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

Die Praxis Dr. med. Malte Leonhardt und Dr. med. Klaus Sallach entstand als Gemeinschaftspraxis aus der Einzelpraxis Dr. med. Malte Leonhardt (seit 1996 in Gelsenkirchen) und Dr. med. Klaus Sallach (seit 1993 in Gelsenkirchen) im Jahr 2004 innerhalb des MEDICAL CENTER "Neumarkthaus" in der Innenstadt Gelsenkirchens.

Wir sind eine Gemeinschaftspraxis für die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Geriatrie, Naturheilverfahren sowie Akupunktur mit Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM), Homöopathie und Medi-Taping sowie Verkehrsmedizinische Begutachtung.

Die Praxis ist Mitglied der Qualitätsgemeinschaft Praxisnetz Gelsenkirchen (QPG) und der integrativen Versorgungsstruktur des Prosper-Netzes.

Unsere Praxis

- hat eine eigene und unverwechselbare Identität - diese bestimmt sich dadurch, dass wir dem Mensch als Individuum bei dessen Eigenverantwortlichkeit zur Seite stehen.
- ist eine individuelle fachärztliche Praxis und steht für Kontinuität innerhalb des sich ständig wandelnden Gesundheitssystems.
- ist ein zuverlässiger und kompetenter Partner in der neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung sowie im Bereich alternativer und Methoden entsprechend der diagnostischen Leitlinien und therapeutischer Richtlinien der Fachgesellschaften bei Anwendung einer Evidenz basierten Medizin (EBM).
- steht für Kompetenz, Qualität und Konstanz sowie Innovation.

In diesem Rahmen wird bei neurologischen Krankheitsbildern eine umfassende neurophysiologische Diagnostik mit unterschiedlichen Verfahren durchgeführt und bei psychiatrischen Krankheitsbildern verschiedene psychometrische Methoden angewendet.

Eingerichtet sind ferner Spezialsprechstunden.

Einer der Ärzte ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) mit dem Elektroenzephalografie (EEG)-Zertifikat und dem Elektromyografie (EMG)-Zertifikat.

Im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes der medizinischen Versorgung werden seit mehreren Jahren - bei einer entsprechenden qualifizierten Ausbildung und kontinuierlichen Weiterbildung - die Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) angewendet bei Anerkennungen durch die Ärztekammer. Beide Ärzte führen das Qualitätssiegel der Forschungsgruppe Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin (FATCM) entsprechend regelmäßiger Fortbildung als Mitglieder dieser Gesellschaft.

Einer der Ärzte ist Mitglied des Deutschen Zentralvereins Homöopathischer Ärzte (DZHÄ).

In diesem Qualitätsbericht werden die Strukturdaten der Praxis mit den allgemeinen Leistungsdaten und den häufigsten Diagnosen und Häufigkeiten der Untersuchungen sowie die Informationen zu den Qualifikationen der Ärztlichen Leiter und leitenden Mitarbeiterinnen sowie der Praxisassistentinnen aufgeführt.

Im Rahmen der Umsetzung des Zertifizierungsverfahrens wurden die einzelnen Kriterien bearbeitet und - nach Festlegung eines Ist-Zustandes im Jahr 2007 - schrittweise im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses eine anschließende Qualitätsbewertung erstellt, welche im Rahmen der Visitation im Jahr 2008 überprüft wurde. Im Verlauf erfolgte eine erste Zertifizierung im Juni 2008 sowie eine Re-Zertifizierung im Juni 2011.

Kontinuierlich wurde an den unterschiedlichen Prozessen - unter andauernder Beteiligung der Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeiter als Team der Praxis im Sinne eines gelebten und von allen Beteiligten getragenen Qualitätsmanagements weiter gearbeitet - und führten zu einer erneuten Zertifizierung im Verlauf des Jahres 2014.

Im Folgenden werden Ihnen im Rahmen des KTQ-Qualitätsberichtes die Strukturen und die unterschiedlichen Leistungsspektren der Praxis beschrieben.

Dr. med. Malte Leonhardt

Facharzt für Neurologie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Akupunktur
Homöopathie
Verkehrsmedizinische Begutachtung

Dr. med. Klaus Sallach

Facharzt für Neurologie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinische Geriatrie
Naturheilverfahren
Akupunktur
Verkehrsmedizinische Begutachtung

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Grundsatz einer Terminvergabe - persönliche oder telefonische Terminabsprache.
Zeiten für Notfälle bei festgelegten Notfall-Kriterien (Mind-Maps).
Termine verstehen wir als Zeitorientierungen und Zeitfenster bei einer angestrebten minimalen Wartezeit.
Versorgung mit Medikamenten über vierundzwanzig Stunden bestehende spezielle Telefonleitung.
Rezepte sind - bei Vorliegen der Kranken-Versicherten-Karte – nach Bearbeitungszeit von zwei Werktagen - während der Sprechstundenzeiten und für Facheinrichtungen täglich von elf bis zwölf Uhr zu erhalten.

1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Die Praxis befindet sich innerhalb des Medical-Centers „Neumarkt-Haus“.
Orientierungshilfen mit dem Praxis-Logo und weiteren zusätzlichen Informationen bestehen.
Hinweise auf die Praxis finden sich außerhalb und innerhalb des Medical-Centers sowie in den Praxisräumen mit TV-Systemen zur Information.
Praxis-Homepage und Praxis-Flyer bestehen.
Präsentation in lokalen Medien und im Rahmen von Veröffentlichungen.

1.3 Orientierungshilfen

Beschilderungen außerhalb des Medical Centers, innerhalb des Hauses im Bereich des Eingangs und der Aufzüge sowie im Bereich des Zugangs zur Praxis.
Fenster der Praxis in der zweiten Etage mit Hinweisen und Informationen.
Innerhalb der Praxisräume besteht eine Beschilderung der Anmeldung und der Wartezone sowie der Untersuchungszimmer für Bereiche der Neurophysiologie, des Labors und der Akupunktur.
Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen ein Namensschild mit Hinweisen auf die Funktionen und Aufgaben.

1.4 Organisation der Patientenannahme

Annahme der Patientinnen und Patienten erfolgt in der Anmeldung unter Wahrung der Privatsphäre und Diskretion.
Wartezimmer und den weiteren Wartezonen mit zur Verfügung stehenden Zeitschriften und Informationsmaterialien; zentral im Wartezimmer Wasserspender.
Die Praxisräume sind klimatisiert.
Informationen über das Leitbild und die Praxisabläufe.
Grundsatz des gegenseitigen Respekts und Vertrauens sowie allseitiger Freundlichkeit und Wertschätzung - vor dem Hintergrund der Eigenverantwortlichkeit aller Beteiligten.

1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Anwendung eines spezifischen Befragungsbogens für Patient- innen/en mit Bestätigungen der Leitbilder und Grundsätze der Praxis im Rahmen eines Behandlungsvertrages.
Erhebung der Vorgeschichte und Befunde sowie Dokumentation erfolgt durch die Ärzte.
Standard einer lückenlosen und kontinuierlichen Aufzeichnung.
Elektronische Übermittlung und Speicherung von Labordaten.
Elektronische Sicherung von Fremdbefunden.

1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Therapien und Behandlungen erfolgen entsprechend der geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften sowie der Evidenz basierten Medizin oder aktueller Publikationen unter Abwägen von Nutzen und Risiko. Darstellung der Prinzipien von komplementären oder alternativen Verfahren.
Entwicklung eines "Case-Management" (FOP -Fall Orientierung in der Praxis) und Standard Operating Procedures (SOP) besonders bei akuten Erkrankungen und Notfällen.

1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

Behandlungen nach den Regelungen im Gesundheitssystem und unter ethischen Gesichtspunkten sowie aufgestellten Leitlinien neben gesetzlichen Bestimmungen des Sozial Gesetz Buches (SGB) und der Gesetzlichen Krankenkassen Versicherung (GKV) sowie der kassenärztlichen Vereinigung (KV).
Berücksichtigung des Wissensstandes der aktuellen Forschung auf den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie besonders in Bezug auf die pharmakologische Behandlung.
Aufstellen von Behandlungs- und Versorgungspfade (Mind-Maps).
Beteiligung an wissenschaftlicher Forschung.

1.8 Patientenschulung

Durchführung von Patient- innen/en-Schulungen und Patient- innen/en-Informationen.
Fortbildungen mit den Ärzten als Referenten oder Moderatoren bei Selbsthilfe- und Patientengruppen.
Führung einer Patientenakademie seit 2010.

1.9 Patientenaufklärung und -Information

Information und Aufklärung zu verschiedenen Krankheitsbildern und medizinischen komplementären oder alternativen therapeutischen Behandlungsoptionen.
Umsetzungen persönlicher Gespräche mit dem behandelnden Arzt, dem Praxis-Flyer und die Homepage sowie aktuelle Informationsmedien wie Broschüren und Informationsblätter oder das elektronische Medium des bestehenden TV-Systems.

1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Weiterleitung an Fachkliniken und Fachkollegen mit aktuellen Befunden und Untersuchungsergebnissen

Im Fall einer Einweisung werden die aktuellen Informationen an die weiter behandelnden Kolleginnen und Kollegen im direkten persönlichen Kontakt übermittelt.
Optimierung der Diagnostik und Therapie mit dem Ziel eines Vermeidens von wiederholten Untersuchungsmaßnahmen und Überprüfung der Behandlung und des Erfolges in Hinblick auf mögliche Wechselwirkungen einer medikamentösen Therapie in der Gesamtheit der ärztlichen Verordnungen.

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Bestehendes Leitbild mit Darstellung des Leistungsspektrums, der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, der Mission und Vision sowie der Werte im Umgang nach Außen und Innen mit einem aktiven Umsetzen eines Kontinuierlichen Verbesserungs Prozesses (KVP).
Zentrum und im Mittelpunkt sind Wohlbefinden und Zufriedenheit auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis sowie der Patientinnen und Patienten bei gegenseitigem Vertrauen und Respekt sowie Freundlichkeit und Wertschätzung bei dem Grundsatz der Eigenverantwortung der Betroffenen und Beteiligten.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Konkrete Zielplanung in Bezug auf die Entwicklungen der Praxis existiert mit dem Ziel kontinuierlicher Steigerung der Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
Die Ziele werden in zu überprüfenden und nachvollziehbaren sowie messbaren Größen und Kennzahlen beschrieben, regelmäßig überprüft und festgelegt sowie ständig offen und transparent dargestellt.
Regelmäßige Anpassungen an die Entwicklungen und den Bedarf finden statt.

2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten

Verantwortlichkeiten und Aufgabengebiete der Mitglieder des Praxisteam sind in einem Organigramm erstellt sowie geregelt.
Prinzip einer allgemeinen Verantwortlichkeit aller Mitarbeiterinnen unter Wahrung individueller Schwerpunkte und Fähigkeiten für die gesamte Praxis.
Offene Kommunikation zwischen den einzelnen Mitgliedern der Praxisleitung und Führungsebene.
Ständige Aktualisierung bei einer gegenseitigen vertrauensvollen Interaktion entsprechend des festgelegten Leitbildes.

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Austausch im Rahmen regelmäßiger Teamsitzungen und Teamtage -offene und konstruktive Kommunikation.
Prozess einer andauernden Entwicklung und Anpassung begleitet von einem offenen Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten oder Problemen.
Kontinuierlicher Verbesserungs Prozess (KVP).
Prinzip Plan - Do - Check - Act (PDCA-Zyklus).
Kreislauf Definieren - Reorganisieren - Informieren - Lehren und Lernen - Leistungsbeurteilung (DRILL-System).
Standard Operating Procedures (SOP)
Erstellen von Ablaufdiagrammen mit Mind-Maps.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Festlegen eines Finanz- und Entwicklungsplan im Rahmen der regelmäßigen Strategieplanungen durch die Führungsebene.

Abgleich des aktuellen Standes der finanziellen Situation und des Leistungsspektrums mit festgelegten und wiederholt dem Bedarf angepassten Zielgrößen.

Möglichkeit einer zeitnahen Reaktion auf Fehlentwicklungen.

Zeitintervalle in wöchentlichen, monatlichen, vierteljährlichen und jährlichen Auswertungen.

2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien

Erforderliche Praxismaterialien werden entsprechend der internen Regelungen bestellt und vorrätig gehalten.

Anwendung der Prinzipien des Kaiban und Kaizen bei einer über Jahre bestehenden und sich entwickelnden Zusammenarbeit mit bewährten und vertrauten sowie zuverlässigen Geschäftspartnerinnen und Geschäftspartnern.

2.7 Umweltschutz

Berücksichtigung und Einhaltung moderner Regelungen des Umwelt- und Milieuschutzes.

An den hierfür relevanten Abläufen der Praxis ist ein interner (Dr. Sallach) und externer (Dr. Spivak) Arbeitsschutzbeauftragter beteiligt bei regelmäßigen Fortbildungen und Kontakten.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxisgemeinschaften

Abstimmungen der Arbeitsweisen von Seiten der Führungsebene mit enger Einbindung der Praxisassistentinnen mit ständiger Aktualisierung bei Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems.

In Teamsitzungen offenes Ansprechen entsprechender Themen und Besprechen der Resultate nach dem Prinzip der Bereitschaft zur Innovation und Erreichen eines Konsens.

Möglichkeit kurzfristiger Problemlösungen und Korrekturen mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung und Effektivität sowie Effizienz besonders des Zeitmanagements mit Work-Life-Balance.

2.9 Information der Praxisleitung

Im Rahmen der regelmäßigen Teamsitzungen und Teamtage sowie geplanter Mitarbeitergespräche wird eine kontinuierliche Information und Transparenz sichergestellt bei dem Grundsatz der Freundlichkeit sowie gegenseitigen Vertrauens und Respektes.

Ständige Optimierung und Verbesserung der Kontakte zwischen den Mitgliedern der Praxisleitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik

Von allen Mitgliedern des Praxisteam wurde das Leitbild der Praxis gemeinsam entwickelt - von allen getragen und gelebt im Sinne eines gemeinschaftlichen Handelns bei gegenseitigem Respekt und Vertrauen für die Handlungen und die Zeitressourcen der Beteiligten und der indi-

viduellen Lebensplanungen.

Verantwortung aller für die Präsenz und Darstellung der Praxis nach Außen mit einer entsprechenden Empathie und positiver Emotionalität.

Prinzip eines Verbesserungsmanagements im Umgang mit Fehlentwicklungen und nicht mit dem Standard korrelierenden Abläufen.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Arbeitsabläufe mit spezifischen Bereiche und Verteilungen von Aufgaben und Funktionen.
Individueller Einsatz der Mitarbeiterinnen entsprechend ihrer persönlichen Stärken und Interessen unter Berücksichtigung der beruflichen Qualifikationen und des Wissenstandes sowie der Erfahrungen.
Rücksichtnahme auf die Notwendigkeit der Sicherstellung eines geregelten und qualitativen Praxisstandards.
Priorität der Teamfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinn einer Auswahl der „richtigen“ Praxisassistentin.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Festlegen von Arbeitsplatzbeschreibungen und Aufgabengebieten mit Berücksichtigung der Qualifikation der Mitarbeiterinnen auf Seiten der Mitglieder der Praxisleitung.
Umsetzungen gemeinsam und einvernehmlich mit der jeweiligen Mitarbeiterin festgelegter und dokumentierter Praxisaufgaben unter Berücksichtigung persönlicher und individueller Zielvorstellungen und Zielvorgaben.

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Internes Fortbildungskurrikulum mit kontinuierlicher medizinischer Weiterbildung - continuous medical education (CME).
Umsetzungen externer Weiterbildungen mit dem Ziel des Erreichens spezieller Qualifikationen einzelner Mitarbeiterinnen unter Berücksichtigung der Bedeutung für die Kompetenz der Praxis wie Fachkraft für Multiple Sklerose oder Fachkraft für Demenz-Erkrankung oder Study Assistent.
Zudem werden im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte entsprechende fachliche Weiterbildungen durchgeführt - Good Clinical Practice (GCP).

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Kontinuierliche Fortbildungen auf Seiten der Ärzte als Teilnehmer oder als Referenten und Teilnahme an Qualitätszirkeln.
Zertifizierungen und Qualitätssiegel liegen vor bei ständiger Aktualisierung.
Durchführung wissenschaftlicher Forschungsprojekte mit Umsetzung der dafür erforderlichen Fortbildungen und Erreichen der notwendigen Qualifikationen.
Publikationen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern in Fachzeitschriften und Medien oder auf Fachkongressen.

3.5 Ausbildung

Gegenwärtig bildet die Praxis keine Arzthelferin (Medizinische Fachangestellte) zur Praxis-Assistentin aus. Grundsätzlich wiederholte Überlegungen zur Einstellung einer Auszubildenden.

Ständig aktualisierte Bibliothek mit Fachliteratur und Fachzeitschriften.
Offener Zugang zum Internet zur Bearbeitung aktueller Themen und jeweiliger Fragen.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Praxisorganisation mit flexiblen Regelungen zu Arbeitszeiten und Gestaltungen des Urlaubs und der Freizeiten sowie Ausgleich von Überstunden bei einem durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eigenständig geführten Dienstplan nach den Vorgaben der Praxisleitung. Grundlage ist das Einhalten der festgelegten Wochenarbeitszeit bei individueller Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitszeiten entsprechend der vorgegebenen Abläufe sowie des allgemeinen und aktuellen Bedarfs in der Praxis. Von daher ist ein geordneter Ablauf der Praxisorganisation grundsätzlich gegeben.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Existenz eines Einarbeitungsplans mit Bereitstellung eines Paten für neue Mitarbeiterinnen, Praktikanten oder Praktikantinnen und Studentinnen oder Studenten. Festlegen der einzelnen Arbeitsbereiche und andererseits der innerhalb dieser Bereiche auftretenden Aufgaben und Funktionen im Rahmen von Versorgungs- und Behandlungspfaden (Mind-Maps). Anwenden der Prinzipien eines kontinuierlichen Prozesses zur Verbesserung und einer ständig angepassten Weiterentwicklung vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen und offenen Kommunikation.

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Grundsatz eines offenen Klimas einer Kommunikation mit einem anhaltenden und ständigen Verbesserungsprozess bei einem gegenseitigen Vertrauen und Respekt und Offenheit für eine konstruktive Kritik und lebhaften Diskussionen. Ziel ist eine adäquate und angemessene Problemlösung für alle Mitglieder des Praxis-Teams - Praxisleitung und Praxisassistentinnen. Grundsätzlich gilt das Prinzip des Lobens und einer positiven Bestärkung sowie Motivation.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Zuständigkeit für den Arbeitsschutz (Dr. Sallach)
Regelungen des Arbeitsschutzes offen zugänglich.
Betreuung durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin (Dr. Spivak) im Rahmen eines regelmäßigen Arbeitsschutzes. Durchführung arbeitsmedizinischer Untersuchungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.
Materialien und Informationen der zuständigen Berufsgenossenschaft wie der Umgang mit Kanülen oder Umsetzen von Injektionen oder Vorbereitung von Infusionen liegen vor.

4.2 Verfahren zum Brandschutz

Übungen und Fortbildungen und regelmäßige Begehungen mit Kontrolle der vorhandene Rauchmelder und der installierten Feuerlöscher.
Ausschilderung von Fluchtwege und Fluchtwegen sowie Feuerlöschern.
Benennung einer Brandschutzbeauftragten (Frau Kreuch).
Zertifikate über die Teilnahme an den kontinuierlichen Fortbildungen mit praktischen Brand-schutzübungen.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Definition allgemeiner und spezifischer Notfallkriterien für fachspezifische und fachübergrei-fende Notfälle. Bereithalten der Materialien für eine kurzfristige und zeitnahe Infusionstherapie im Labor
Regelmäßige Unterweisungen im Vorgehen der Reanimation und Erste Hilfe mit Zertifikaten.
Ein fachspezifischer und ein allgemeiner Notfall-Koffer sowie ein Erste-Hilfe-Koffer stehen im Bereich der Anmeldung zur Verfügung - regelmäßige Kontrollen in entsprechenden zeitlichen Intervallen.
Analyse von Notfällen und Anpassung der Abläufe mit Standardisierungen (SOP).

4.4 Hygiene in der Praxis

Benennung einer Mitarbeiterin zur Hygienebeauftragten (Frau Quintana-Cervantes) mit ent-sprechenden Weiterbildungen.
Für den Bereich der Hygiene Weisungsbefugnisse in Zusammenarbeit mit einer Hygieneassis-tentin (Frau Pahl).
Entsprechende Hygienepläne sind erstellt und offen zugänglich bei andauernden Aktualisie-rungen.

4.5 Anwendung von Arzneimittel

Dokumentation zur Pharmakotherapie einschließlich positiven und negativen Wirkungen in elektronischer Form und Karteikarte
Standards zur Vorbereitung von Injektionen oder Infusionen.
Kontrolle (Tag, Woche, Monat und Quartal) in der Praxis befindlicher Medikamente - ein-

schließlich Überwachung der gesonderten Lagerung in einem Medikamentenkühlschrank mit Dokumentation der Temperatur.
Unterweisungen der Mitarbeiterinnen in der Technik der intramuskulären Injektionen oder intravenösen Punktionen.

4.6 Anwendung von Medizinprodukten

Wartung und Inspektion technischer und nicht-technischer Medizinprodukte (Monat und Quartal und Jahr). Untersuchungen nach Medizinischer Geräte Verordnung (MedGV), Medizinischer Produkte Verordnung (MedPV) sowie des Technischen Überwachungsvereins (TÜV). Zentrale Erfassung von Bedienungsanleitungen und die jeweiligen Einweisungen zu den technischen Geräten.

4.7 Absicherung der Praxisräume

Richtlinien für die Sicherung der Praxisräume und den Umgang mit Mitteln wie Schlüssel und Sicherungsmaßnahmen.
Tägliche Check-Listen zur Umsetzung eines hohen Standards der Sicherheit.
Absicherung der Praxis über ein elektronisches Sicherungs- und Schließsystem mit Anbindung an einen zentralen Wachdienst - besonders außerhalb der Praxiszeiten Schutz vor dem Eindringen und Betreten Unbefugter.

5 Informationswesen

5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Dokumentation der Daten mit Eigen- und Fremdbefunden in elektronischen Karteikarte - zeitnah und umfassend durch die Ärzte und in Bereichen der Untersuchungen und externen Befunde durch die Mitarbeiterinnen entsprechende der Abläufe und Diagramme (Mind-Maps). Austausch von relevanten Informationen mit anderen Ärztinnen oder Ärzten und weiteren geschäftlichen Partnern durch Briefe oder Faxe oder Telefonanrufe ist zeitnah und kontinuierlich gesichert.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Ständiges Beachten der Regelungen des Datenschutzes - besonders Bestimmungen der § 203 und § 204 StGB sowie der jeweiligen aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs.
Besonders am Telefon Umsetzung der Regelungen der Schweigepflicht von allen Mitgliedern des Teams der Praxis.
Praxis-Software mit hohem Grad an Protektion der Daten und Schutz vor einem unberechtigten Zugang mit Fire-Wall und Intranet sowie KV Safe Net.
Datenschutzbeauftragte (Frau Kurz) und IT-Beauftragte (Dr. Leonhardt und Frau Kurz) ernannt.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Regelungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs mit uneingeschränktem Einsichtsrecht für Patient- innen/en in die - elektronisch aufgezeichneten und gespeicherten - individuellen Daten und Krankenakte vor dem Hintergrund der Regelungen des § 203 und § 204 StGB im Umgang mit Dritten.
Im Umgang mit Dritten Nachweis einer spezifizierten Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und dem Weitergaberecht der Daten.
Schutz der Rechte der Patientinnen und Patienten.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Modernes und aktualisiertes Computer-Praxissystem mit kontinuierlicher Datensicherung und Erfassung von Statistiken.
Datensicherung auf einer zweiten Festplatte und auf einem externen Wechseldatenträger - täglich, wöchentlich sowie für das jeweilige Quartal.
Regelmäßige Wartung und Aktualisierung erreichen einer Minimierung der Wahrscheinlichkeit eines Ausfalls des Computersystems.
Prinzip einer ohne Papier geführten Praxis.
Eine IT-Beauftragte (Frau Kurz) ist ernannt.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Umsetzung des Qualitätsmanagements seit mehreren Jahren bis zur ersten Zertifizierung nach KTQ® im Jahr 2008 und Re-Zertifizierung 2011 mit einem systematischen und kontinuierlichen QM-Prozess.

Informationen und Schulungen sowie Einleiten und Umsetzen der Maßnahmen mit enger Einbindung und Beteiligung der Praxis-Assistentinnen.

Einleiten eines kontinuierlichen Prozesses mit dem Ziel einer Optimierung der Praxis in allen ihren Belangen und Verbesserung der Abläufe und Organisationen - damit Steigerung der Qualität sowie der Effektivität und Effizienz.

6.2 Interne Qualitätssicherung

Arbeitsbereiche und Arbeitsabläufe.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozesses (KVP) - Bereiche werden andauernd überprüft und bewertet sowie die jeweiligen Abläufe dem aktuellen Bedarf angepasst und fortlaufend aktualisiert.

Anwendung der Prinzipien des Plan - Do - Check - Act (PDCA-Zyklus).

Umsetzung der Regeln zu Abläufen mit Definieren - Reorganisieren - Informieren - Lehren und Lernen - Leistungsbeurteilung (DRILL-System).

Standard Operating Procedures (SOP)

Erstellen von Ablaufdiagrammen mit Mind-Maps.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Leistungsvergleich mit anderen Praxen durch die zur Verfügung gestellten Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Privatärztlichen Verrechnungsstelle sowie externen professionellen Beratern in Form eines Benchmarking.

Überregionale Vernetzung mit anderen ärztlichen und fachärztlichen Praxen sowie mit weiteren Beteiligten außerhalb des Gesundheitssystems

Mitgliedschaften in regionalen und überregionalen Netzwerken wie der Qualitätsgemeinschaft Praxisnetz Gelsenkirchen (QPG) und Prosper Netz.

6.4 Nutzung von Befragungen

Regelmäßige Befragungen der Patient- innen/en sowie der Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Dokumentationen und Auswertungen und Bewertungen.

Anwenden einfacher und ausführlicher Fragebögen sowie standardisierter Interviews.

Entwicklung und Offenlegung von Verbesserungspotentialen.

Basis für ein qualitativ hohes Leistungsniveaus und Standards mit einem Maximum an Effektivität und Effizienz.

6.5 Beschwerdemanagement

Beschwerde- und Beurteilungsmanagement anhand eines anonymisierten Fragebogens durch die Patientinnen und Patienten.

Durchführung von Teamsitzungen und Teamtagen sowie Mitarbeitergesprächen

Unmittelbare Prüfung von Kritikpunkten und Verbesserung und Anpassung.

Umsetzung der festgelegten Leitlinien der Praxis - einerseits in der Kommunikation nach Innen und andererseits in dem Verhalten und dem Umgang mit der Praxis nach Außen.