



Labor für Histologie  
und Zytologie Cottbus



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

**Praxis:** Labor für Histologie und Zytologie Cottbus

**Betriebsstättennummer:** 804700600

**Anschrift:** Madlower Hauptstraße 50  
03050 Cottbus

  

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>  
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0003 NB

**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche

  

**Gültig vom:** 10.12.2014  
**bis:** 09.12.2017

## **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	8
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	10
4 Sicherheit in der Praxis	11
5 Informationswesen	12
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	13

## 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 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® 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.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, 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 das **Labor für Histologie und Zytologie Cottbus** 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

Das Labor für Histologie und Zytologie Cottbus versorgt als Gemeinschaftspraxis für Pathologie v.a. niedergelassene Ärzte der Region Süd-Brandenburg mit diagnostischen Dienstleistungen.

Neben der Histopathologie der Haut, des Magen-Darm-Traktes, des Knochenmarkes und der Gebärmutter bildet die Screening-Zytologie des Gebärmutterhalses (einschließlich der so genannten Dünnschichtzytologie) einen besonderen diagnostischen Schwerpunkt der Praxis.

Zum Methodenspektrum des Labors gehören die Immunhistochemie und -zytologie, die in situ-Hybridisierung und die direkte Immunfluoreszenz zur Diagnostik entzündlicher Hauterkrankungen.

Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Arbeitsabläufe innerhalb eines modernen Labors für Histologie und Zytopathologie ist ein etabliertes zertifiziertes Qualitätsmanagement zur Aufrechterhaltung und Erhöhung der Leistungsqualität notwendig. Dabei ist die Praxisleitung bestrebt, auf der Grundlage eines zusammen mit den Mitarbeitern der Praxis erarbeiteten Leitbildes und davon abgeleiteter Führungsgrundsätze den strukturellen Rahmen für eine kontinuierliche Verbesserung insbesondere der patientenbezogenen Ergebnisse (Richtigkeit und Vollständigkeit der Befunde, Zeit bis zur Befundfertigstellung etc) zu schaffen.

Diesem Ziel dient auch die kollegiale Zusammenarbeit des Labors für Histologie und Zytologie mit zwei anderen regionalen Praxen\* im Rahmen der "Diagnostik-gemeinschaft Pathologie Lausitz".

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kriterien

## **1 Patientenorientierung in der Praxis**

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

Für alle Funktionsbereiche der Praxis wurden Einsatz- und Arbeitsablauf-pläne mit zeitlichen Vorgaben und Verantwortlichkeiten entwickelt und im elektronischen Handbuch hinterlegt, zu dem jeder Mitarbeiter Zugriff hat. Im Laborbereich sind die Prozessabläufe für Histologie und Zytologie sowie für die Befundbearbeitung verlängernde Zusatzuntersuchungen getrennt erfasst. Der Zeitablauf der mikroskopischen Befundung ist ebenfalls vorgegeben. Die Gesamtbearbeitungszeit für histologische Befunde beträgt ohne Zusatzuntersuchungen einen Arbeitstag nach Eingang.

### **1.2 Orientierungshilfen und Erreichbarkeit der Praxis**

Die Praxis befindet sich unmittelbar an einer Ausfallstraße von Cottbus in Richtung Spremberg an der Bundesstraße 97. Der Autobahnanschluss liegt nur wenige Meter entfernt. In unmittelbarer Nähe gibt es eine Haltestelle der Linie 3. Der Praxiseingang ist beschildert. Ausreichend Parkplätze sind im Hof des Gebäudes vorhanden und mit einem Hinweisschild gekennzeichnet. Dort befindet sich auch der Nebeneingang. Unsere Praxis verfügt über einen Internetauftritt sowie Telefon-, Email- und Fax- Anschluss.

### **1.3 Organisation des Probeneinganges**

Für die organisatorische Regelung der Annahme von Gewebe- und Zellmaterial einschließlich von Schnellschnitten existieren im elektronischen Handbuch hinterlegte Anweisungen. Die systematische Erfassung der Proben erfolgt anhand des Überweisungsscheines, auf dem die Angaben des Einsenders vermerkt sind. Für Knochenmarkbiopsien existiert zusätzlich ein spezieller Untersuchungsantrag, der den Einsendern von der Praxis zur Verfügung gestellt wurde. Einsender werden schriftlich über bestimmte Voraussetzungen zur Entnahme und Fixation von Gewebe unterrichtet.

### **1.4 Makroskopische Beschreibung und Präparateherstellung**

Für alle Materialien liegen hinsichtlich makroskopischer Beschreibung und Präparateherstellung im elektronischen Handbuch hinterlegte Anweisungen vor. Insbesondere ist geregelt, welche Größen- beziehungsweise Mengenangaben bei welchen Präparaten notwendig sind und wie der Zuschnitt unter eventueller Berücksichtigung der Resektionsränder in Abhängigkeit von der Makroskopie und der klinischen Diagnose zu erfolgen hat. Darüber hinaus wird vorgeschrieben, für welche Präparate und Fragestellungen routinemäßig besondere Methoden durchzuführen sind.

### **1.5 Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen**

Die Anwendung der Tumor-Nodes-Metastases (TNM)-Klassifikation ist in unserer Praxis die Norm. Die Nomenklatur, v.a. von malignen Tumoren, richtet sich nach den Tumorklassifikationen der Weltgesundheitsorganisation. Histologische und zytologische Befunde haben einen standardisierten Aufbau. Alle klinischen Fragestellungen werden im Kommentar beantwortet, dazu gehören unter anderem Stellungnahmen zu Differentialdiagnosen und Vergleiche zu Voruntersuchungen. Für häufige Tumoren erfolgt die Befundung entsprechend den im Handbuch hinterlegten Leitlinien.

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

Die histologischen und zytologischen Befunde werden innerhalb eines Werktages nach Annahme des Materials im Labor fertig gestellt. Der praxiseigene Fahrdienst holt die Befunde zu festgelegten Zeiten ab. Per Post zu versendende Befunde werden unmittelbar nach Dienstschluss versandt. Eilige Befunde werden vorab gefaxt. Für bestimmte Einsender erfolgt die

Befundübermittlung auch ausschließlich per Fax. Freigegebene Befunde können von den Einsendern auch telefonisch unter Einhaltung des Datenschutzes abgerufen werden. In unserer Praxis erfolgen keine Obduktionen.

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

Verbindliche Informationen und Aufklärungen für die Einsender sind in Form eines Informationsblattes erstellt worden. Alle Mitarbeiter sind über dieses Angebot durch Zugriff auf das elektronische Handbuch informiert. Der Aufklärungsbogen enthält zum Beispiel Angaben über geeignete Fixierungen, die Koordination der Abholung der Materialien von den Einsendern, Indikationen und Probenbehandlung für Immunfluoreszenz-Untersuchungen, die Möglichkeiten der Befundübertragung und Bearbeitungszeiten.

## **1.8 Durchführung von Obduktionen und deren Demonstration**

In unserer Einrichtung werden keine Obduktionen durchgeführt.

# **2 Führung der Praxis**

## **2.1 Leitbild**

Unser Leitbild wurde von der Praxisleitung entworfen, mit den Mitarbeitern ausführlich besprochen und gemeinsam verabschiedet. Die Mitarbeiter identifizieren sich bei ihrem täglichen Handeln mit den Kernaussagen unseres Leitbildes. Insbesondere sind die von uns gesetzten hohen Qualitätsziele von großer Bedeutung. Dabei haben wir eine höchstmögliche Zufriedenheit unserer Einsender im Blick wohl wissend, dass sich hinter unseren Diagnosen auch Patientenschicksale verbergen.

## **2.2 Entwicklung der Zielplanung**

Wir haben zur Führung unserer Praxis - insbesondere unserer Mitarbeiter - Führungsgrundsätze als Orientierungshilfe im Praxisalltag verabschiedet.

## **2.3 Festlegung der Organisationsstruktur**

Die Zuständigkeiten sind in unserer Praxis eindeutig geregelt. Alle Funktionen sind in einem Organigramm dokumentiert, das jedem Mitarbeiter bekannt und in unserem elektronischen Qualitätsmanagement- Handbuch hinterlegt ist. Sobald es Änderungen in unserer Organisationsstruktur gibt, werden diese unverzüglich umgesetzt. Verantwortlich hierfür sind Dr. Kaufmann und die Qualitätsmanagementbeauftragte Frau Tannhäuser.

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

Sowohl in unserem Leitbild als auch in unseren Führungsgrundsätzen gibt es klare Aussagen zu einem Mitarbeiter orientierten Führungsstil. Die Einbeziehung unserer Mitarbeiter bei wichtigen Entscheidungen ist für uns eine Selbstverständlichkeit. Die Praxisleitung möchte nicht nur Vorgesetzter, sondern auch verlässlicher Partner für die Mitarbeiter sein.

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

Die Existenzsicherung der Praxis ist unser wichtigstes Ziel. Danach richten wir unsere betriebswirtschaftlichen Überlegungen aus. Wir achten auf unsere Kostenstruktur und ergreifen sofort Maßnahmen, wenn wir Fehlentwicklungen feststellen. Unter den betriebswirtschaftlichen Kennziffern spielt der Erhalt der Liquidität eine entscheidende Rolle. Bei der Aufstellung unserer Investitionspläne prüfen wir unsere finanziellen Spielräume. Mit unseren Kollegen in der Arbeitsgemeinschaft stimmen wir Investitionsschwerpunkte ab, um Doppelausgaben zu vermeiden.



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

Die Verantwortlichkeiten für die Beschaffung medizinisch-technischer Produkte, von Inventar sowie von Verbrauchsmaterialien sind schriftlich fixiert und in unserem Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. Für die Ablauforganisation existiert ein Flussdiagramm. Dort sind auch die Zuständigkeiten im Bestellwesen geregelt. Die Mitarbeiter wissen, in welchem Rahmen sie Beschaffungen eigenverantwortlich auslösen dürfen. Bei der Prüfung der Angebote spielt neben der Qualität und Funktionalität eines Produktes auch der ökonomische Aspekt eine wichtige Rolle.

## **2.7 Umweltschutz**

Umweltaspekte werden in unserer Praxis in vielfältiger Weise berücksichtigt. Bereits bei der Beschaffung werden ökologische Aspekte beachtet. Die Mitarbeiter sind zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen verpflichtet. Abfallstoffe werden schon seit Jahren getrennt gesammelt. Für jede Abfallart sind die Entsorgungswege klar geregelt. Diese Regelung ist allen Mitarbeitern bekannt und jederzeit im elektronischen Qualitätsmanagement-Handbuch zugänglich.

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

Die beiden Partner unserer Praxis haben neben der allgemeinen Diagnostik bestimmte Schwerpunkte in spezialisierter Diagnostik und im Praxismanagement. Doppelarbeit oder Kompetenzprobleme sind damit ausgeschlossen. Gleichzeitig ist ein intensiver Informationsaustausch zwingend erforderlich. Die Partner informieren sich täglich gegenseitig über neue und interessierende Sachverhalte in den jeweiligen Spezialgebieten. Darüber hinaus besteht ein reger Informationsaustausch innerhalb unserer Praxisgemeinschaft mit den Kollegen in Cottbus und Hoyerswerda.

## **2.9 Information der Praxisleitung**

Die Praxisleitung wird über relevante Abweichung von Routineabläufen in strukturierter Form beim jeweiligen Auftreten informiert. Hierzu liegt eine entsprechende Dienstanweisung vor, so dass die Mitarbeiter wissen, wie sie sich zu verhalten haben. Danach sind insbesondere sowohl sämtliche relevante Stör- und Schadensfälle als auch Probleme in der Beziehung zu unseren Einsendern zeitnah der Praxisleitung mitzuteilen, um Schäden jedweder Art von der Praxis fern zu halten. Bei Abwesenheit beider Praxispartner erfolgt die Vertretung durch die angestellte Assistenzärztin.

## **2.10 Soziale Kompetenzen/ Ethik**

Die Respektierung und Berücksichtigung von Würde, Rechten und Ansprüchen von Patienten, Mitarbeitern und Einsendern ergeben sich aus gesetzlichen Vorgaben sowie allgemein verbindlichen ethischen Grundsätzen und ihrer spezifischen Ausprägung im Leitbild der Praxis.

### **3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung**

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

Bei qualitativer und / oder quantitativer Erhöhung der Arbeitsbelastung in den einzelnen Funktionsbereichen der Praxis wird mit den betroffenen Mitarbeitern auf der Grundlage bestimmter Kennzahlen nach intensiver Beratung entschieden, ob und in welchem Umfang die Personalstärke erhöht werden muss. Bei Neueinstellungen wird ein geregeltes Verfahren angewandt. Stellenbeschreibungen liegen für jede Stelle vor. Den Mitarbeitern wird die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen ermöglicht, wobei die Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt werden.

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

Die erforderlichen Mitarbeiterqualifikationen sind festgelegt. Arbeitsplatzbeschreibungen für die Mitarbeiter liegen vor und werden in angemessenen Abständen aktualisiert. Sie sind im elektronischen Handbuch frei zugänglich. Für jeden Mitarbeiter wurde eine exakte Stellenbeschreibung erstellt mit klaren Aussagen über die jeweiligen Kompetenzen. Die Mitarbeiter werden nach Qualifikation und Fähigkeiten eingesetzt, beispielsweise für Medizinisch-Technische-Assistenten eine gewisse Spezialisierung mit Schwerpunkten im Zuschnitt oder in der Immunhistochemie.

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

Den Praxismitarbeitern wird die Teilnahme an externen Schulungsmaßnahmen in Abstimmung mit den Dienst- und Urlaubsplänen jederzeit ermöglicht. Von den Mitarbeitern geäußerte Wünsche hinsichtlich Fort- und Weiterbildung werden weitestgehend erfüllt. Für die Zytologieassistentinnen ist die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen verbindlich. Sämtliche anfallende Kosten werden von der Praxis übernommen. Darüber hinaus organisiert die Praxisleitung für bestimmte Problemstellungen Seminare in der Praxis.

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

Fort- und Weiterbildung der ärztlichen Mitarbeiter werden quantitativ und qualitativ wesentlich durch gesetzliche Vorgaben strukturiert. Der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen richtet sich außerdem nach den in den Veranstaltungskalendern der Fachgesellschaften vorgegebenen Themen, wobei für eine Teilnahme die Praxisrelevanz der Angebote im Vordergrund steht. Aus Zeit- und Kostengründen spielen auch Online-Angebote eine zunehmende Rolle.

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

Das Labor beteiligt sich mit dem Angebot von Praktika an der Ausbildung von Medizinisch-Technischen-Labor-Assistenten durch die medizinische Fachschule des CTK (Carl-Thiem-Klinikum). Darüber hinaus wird die praktische Tätigkeit in der Screening-Einheit für die Zulassung als Zytologisch-Technische-Assistenten anerkannt. Die Anforderungen an die Ausbildung der Praktikanten werden von der Fachschule vorgegeben. Diese decken sich mit dem Profil der Praxis. Die leitende Medizinisch-Technische-Assistentin ist die primäre Ansprechpartnerin der Praktikanten.

#### **3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten**

In unserer Praxis sind überwiegend Vollzeitbeschäftigte tätig. Die Arbeitszeiten sind geregelt und dokumentiert, wobei die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt sind. Es ist in jedem Falle sichergestellt, dass geplante Arbeitszeiten im Rahmen des Dienstplanes eingehalten werden. Überstunden werden durch Freizeit ausgeglichen, wobei die Praxisleitung bemüht ist, Überstunden durch entsprechende organisatorische Maßnahmen zu vermeiden.

### **3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern**

Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern ist in unserer Praxis in einem schriftlichen Verfahren geregelt. Für jeden Funktionsbereich liegen detaillierte Einarbeitungspläne vor. Es war uns besonders wichtig, dass einem neuen Mitarbeiter für die Dauer der Einarbeitungszeit ein Ansprechpartner zur Verfügung steht. Nach der Hälfte und am Ende der Einarbeitungszeit ist ein Gespräch mit dem neuen Mitarbeiter beziehungsweise der neuen Mitarbeiterin vorgesehen, um den Erfolg sowohl aus Sicht des Mitarbeiters als auch aus Sicht der Praxisleitung zu überprüfen.

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

Gemäß unseren Führungsgrundsätzen fühlt sich die Praxisleitung verpflichtet, Mitarbeiterideen und -beschwerden konstruktiv zu entgegennen, um das Potential der Mitarbeiter für die Entwicklung der Praxis zu nutzen. Mitarbeiterideen und -beschwerden werden daher geprüft und eine gemeinsame Lösung dokumentiert. Ferner hat die Praxisleitung einen Standard-Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit entsprechend modifiziert und in dessen Auswertung wurden mit den Mitarbeitern geeignete Maßnahmen zur Förderung von Motivation und Teamarbeit ergriffen.

## **4 Sicherheit in der Praxis**

### **4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz**

Der Schutz der Praxismitarbeiter hat einen hohen Stellenwert. Dr. Kaufmann übernimmt die sicherheitstechnische Betreuung im Rahmen der DGUV2. Die Unfallmeldungen an die Berufsgenossenschaft sind geregelt. Den Mitarbeitern sind die Verfahren für die Berufsunfallmeldungen bekannt, diese sind auch im elektronischen Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt und hängen in den Laborräumen aus. Umfangreiche Dienst- und Betriebsanweisungen bezüglich Mutterschutz und Umgang mit Gefahrstoffen liegen vor und hängen ebenfalls aus.

### **4.2 Verfahren zum Brandschutz**

In unserer Praxis sind sämtliche Flucht- und Rettungswege beschildert, so dass sich auch die verschiedenen Besuchergruppen im Brandfall sofort orientieren können. Die Praxisleiter und die Mitarbeitern wissen, wie sie sich im Brandfall verhalten müssen. Es finden regelmäßig Brandschutzunterweisungen für alle Mitarbeiter statt. Die Nachweise hierfür liegen vor.

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

Ein Verfahren zum Notfallmanagement und ein Katastrophenplan sind etabliert. Eine Notfallausrüstung mit festgelegter Verantwortlichkeit hinsichtlich Wartung und Kontrolle liegt vor. Die Mitarbeiter werden diesbezüglich regelmäßig geschult und unterwiesen.

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

Die Verantwortung für Belange der Hygiene einschließlich der Reinigung ist in allen Bereichen geregelt. Diesbezügliche Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie Hygienepläne sind vorhanden. Dort ist insbesondere die Desinfektion der Hände geregelt, sofern nicht ohnehin Schutzhandschuhe und Schutzkleidung vorgeschrieben sind. Alle Flächen werden in einem genau festgelegten Intervall gereinigt und desinfiziert. Die entsprechenden Anweisungen werden einmal jährlich überprüft. Ein Sektionsbetrieb findet in unserer Praxis nicht statt.

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

Chemische Lösungsmittel, die mehr als dem Tagesbedarf entsprechen, sind außerhalb des Labors in einem separaten Lösungsmittelager entsprechend den gesetzlichen Anforderungen gelagert. Der Zugang und die Verantwortlichkeit zu allen Laborlösungen und Chemikalien sind geregelt. Alle gefährlichen Stoffe sind in einem Gefahrstoffkataster erfasst. Eine fachgerechte

Zubereitung von Lösungen ist durch die Qualifikation der Medizinisch- Technischen- Assistenten und durch strukturelle Voraussetzungen, wie zum Beispiel eine Absaugung sichergestellt.

#### **4.6 Absicherung der Praxisräume**

In unserer Praxis ist eine Schließanlage installiert. Es gibt eine eindeutige Regelung in Form einer Dienstanweisung zum Auf- und Abschließen aller Praxiszugänge. Die Schlüsselgewalt in der Praxis wird durch gekennzeichnete dokumentiert. Der Kopierschutz der Schlüssel ist durch eine Schlüsselkarte gewährleistet. Eine Aktualisierung der Schlüsselgewalt beim Ausscheiden und bei Neueinstellung von Praxismitarbeitern ist gewährleistet. Die Verantwortlichkeiten dafür sind geregelt.

### **5 Informationswesen**

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

Die Erfassung der Patientendokumentation ist in unserer Praxis klar geregelt. Die Archivierung von schriftlichen Patientenbefunden ist gesichert. Es gibt eine schriftliche Regelung zur Archivierung von Patientenmaterial, diese ist in unserem elektronischen Qualitätsmanagement-Handbuch hinterlegt. Die Archivierung von histologischen und zytologischen Präparaten ist räumlich abgesichert.

#### **5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes**

Der Datenschutz genießt in unserer Praxis einen hohen Stellenwert. Es gibt eine Dienstanweisung zum Datenschutz. Die Mitarbeiter der Praxis sind über die Schweigepflicht und über die Datenschutzbestimmungen informiert. Sämtliche Regelungen und Verantwortlichkeiten zum Datenschutz sind in der Praxis umgesetzt.

#### **5.3 Einsicht von Patientendaten**

Unsere Praxis ist darauf vorbereitet, dass Patienten Einsicht in Ihre Befundunterlagen nehmen können. Dazu ist es erforderlich, dass sich Patienten vor Ort oder per Fax eindeutig mit Vorlage des Personaldokuments identifizieren lassen. Die Befundgutachten werden ohne Berechnung in Kopie ausgehändigt oder übersendet. Gespräche über Befunde werden nur von den ärztlichen Kollegen geführt. Darüber hinaus wird dem Patienten auf Verlangen sämtliches Material zu seinem Fall übergeben. Der Empfang muss vom Patienten quittiert werden.

#### **5.4 Nutzung einer Informationstechnologie**

In unserer Praxis ist ein EDV-System installiert, das der Praxisgröße entspricht. Pathologie Anwendungssystem und übrige Anwendungen laufen auf getrennten Servern. Die Mitarbeiter sind in das System eingewiesen. Die Datensicherung ist durch ein schriftliches Verfahren geregelt. Auch für den Ausfall der Anlage gibt es eine Verfahrensbeschreibung, damit keine Daten verloren gehen können. Die erfassten Daten werden nach verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet. Hierzu gehören insbesondere Leistungsstatistiken und Daten zur Qualitätssicherung.

## **6 Aufbau des Qualitätsmanagements**

### **6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement**

Nach der Zertifizierung der Praxis im Rahmen des KTQ-Systems legte die Praxisleitung den Schwerpunkt der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems auf die Bereiche Patientenorientierung, Arbeitssicherheit, Informationswesen und externe/interne Qualitätssicherung. Insbesondere im Bereich Sicherheit/Hygiene wurden von den Mitarbeiterinnen des Labors engagiert Verbesserungsvorschläge eingebracht und umgesetzt.

### **6.2 Interne Qualitätssicherung**

Bei den Maßnahmen der internen Qualitätssicherung und -verbesserung konzentrierten wir uns auf den Laborbereich, insbesondere der Immunhistochemie und „in situ Hybridisierung“, die Analyse der Testparameter für die Screening-Zytologie sowie interne Zweitbefundungen durch den jeweilig anderen Praxispartner. Instrumente der internen Qualitätssicherung sind unter anderem Statistiken und Stichproben. Statistische Auswertungen werden für die Screening-Zytologie erstellt, intern ausgewertet sowie an die Kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet.

### **6.3 Externe Qualitätssicherung**

Für die Praxis relevante Maßnahmen der externen Qualitätssicherung umfassen die Beteiligung an verfügbaren Ringversuchen für die Immunhistochemie und „in situ Hybridisierung“ und die Validierung von Diagnosen insbesondere in der Dermatopathologie durch externe Zweitbefundungen in Referenzzentren. Diese werden systematisch und nach bestimmten, im Handbuch hinterlegten, Kriterien eingeholt und ausgewertet. Außerdem stellt die Praxis Daten für den Her2-Monitor der Qualitätsinitiative Pathologie zur Verfügung.

### **6.4 Nutzung von Befragungen**

Wir haben 2008, 2011 und 2014 Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, die insbesondere die Mitarbeiterzufriedenheit feststellen sollten. Wir haben diese zusammen mit den Mitarbeitern ausgewertet, Verbesserungspotential identifiziert und Verbesserungen umgesetzt. 2014 haben wir auch erstmals eine Einsenderbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse werden von der Praxisleitung zusammen mit den Mitarbeitern ausgewertet und Verbesserungen werden umgesetzt.

### **6.5 Beschwerdemanagement**

Zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems werden Reklamationen im Rahmen eines aktiven Beschwerdemanagements dokumentiert und von der Praxisleitung ausgewertet.

Es existiert eine Verfahrensanweisung zur Bearbeitung von Beschwerden, in der Erfassung, Dokumentation, Weiterleitung und Durchführung abzuleitender Maßnahmen explizit geregelt sind. Für jeden Schritt sind die Verantwortlichkeiten festgelegt.