



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 3.0 für Praxen/MVZ

Praxis: MVZ Kompetenzzentrum für Radiologie und
Nuklearmedizin boos-moog

Anschrift: Krankenhausstraße 70, 85276 Pfaffenhofen
Högenauer Weg 5, 86529 Schrobenhausen
Grasweg 7, 85077 Manching

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2021-0018 PRAX/MVZ VB

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

Gültig vom: 06.05.2021
bis: 05.05.2024

5. Zertifizierung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	9
3. Sicherheit - Risikomanagement	11
4. Informations- und Kommunikationswesen	12
5. Unternehmensführung	13
6. Qualitätsmanagement	15

Vorwort der KTQ®

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

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten.

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- das Unternehmensführung,
- 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 sogenannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte vom KTQ-Visitor® gezielt hinterfragt und durch Begehungen überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Praxis das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Praxis in standardisierter Form veröffentlicht. Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 48 Kriterien des KTQ-Kataloges PRAX-MVZ 3.0.

Wir freuen uns, dass das **MVZ Kompetenzzentrum für Radiologie und Nuklearmedizin boos-moog** 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. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

PD Dr. med. Peter Bobbert

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Am 1. Juli 2000 wurde die Praxis - im Rahmen der Übernahme der hauseigenen Radiologie der Ilmtalklinik Pfaffenhofen - durch Dr. Matthias Boos gegründet. Im gleichen Jahr brachte Dr. Florian Moog seinen nuklearmedizinischen Kassenarztsitz mit ein und ergänzte die komplette radiologische Diagnostik um den nuklearmedizinischen Fachbereich.

Die hieraus entstandene Gemeinschaftspraxis versorgte den kompletten stationären und ambulanten Bereich im Landkreis Pfaffenhofen.

Mit einem weiteren radiologischen Kassenarztsitz im Landkreis Neuburg-Schrobenhausen konnte zum 1. Januar 2010 im Krankenhaus Schrobenhausen ein weiterer Praxisstandort etabliert werden. Die optimierte Arbeitsablauforganisation wurde komplett aus Pfaffenhofen nach Schrobenhausen übertragen, so dass das hierfür in 2009 geschulte Personal unmittelbar den Praxisbetrieb aufnehmen konnte.

Zum 1. Oktober 2010 wurde die Praxis in ein medizinisches Versorgungszentrum mit Filiale in Schrobenhausen umgewandelt. Als Standortleiter in Schrobenhausen wurde Dr. Boris Röhl angestellt, der seit 1. April 2014 auch Mitgesellschafter des Kompetenzzentrums ist.

Ferner wurde in Manching 2012 ein ausgelagerter Praxisraum mit einem dritten MRT-Gerät installiert.

In 2019 wurde die bisherige GbR in eine Partnerschaftsgesellschaft umgewandelt und in 2020 in eine MVZ GmbH überführt.

Am 24.11.2020 wurde MVZ GmbH hundertprozentig von der RadX-Gruppe erworben, die neue Gesellschafterin ist die ACURA Kliniken Rheinland-Pfalz GmbH. Die bisherigen Gesellschafter werden als Geschäftsführer durch drei Geschäftsführer der RadX - Gruppe verstärkt und bilden mit der Radiologin Juliane Aichele und der Praxismanagerin Petra Kiesenbauer die Geschäftsleitung.

An den Standorten wurde von Anfang an die Magnetresonanz-Tomographie (1.5 Tesla) eingeführt. In Pfaffenhofen und Schrobenhausen wurde jeweils ein neuer Computertomograph angeschafft (aktuell an beiden Standorten 64-Mehrzeilen-CT- Geräte mit Kardio-CT-Ausstattung). Im letzten Jahr wurde in Pfaffenhofen ein neues 64-Mehrzeilen-CT im Austausch in Betrieb genommen. Im Röntgen finden jeweils digitale Techniken Anwendung. In beiden Standorten wird die strahlensparende Kristalnadeltechnik (DCR) statt der DLR-Technik (Digitale Lumineszenz Radiographie) zusätzlich wird in Pfaffenhofen eine Direktradiographie-Detektor-Technik (DXD) verwendet.

Neben den üblichen radiologischen Anforderungen werden zusätzlich Herz-MRT und Herz-CT, Prostata-MRT, funktionelle Beckboden-MRT und funktionelle Kiefergelenks-MRT angeboten.

Darüber hinaus steht in Pfaffenhofen eine Nuk-Doppelkopf-Kamera für nuklearmedizinische Untersuchungen zur Verfügung. Das Leistungsspektrum der Praxis umfasst damit auch den gesamten nuklearmedizinischen Versorgungsbereich.

An beiden Hauptstandorten ist MTRA-seitig ein 24-h- (Ruf-)Bereitschaftsdienst für die radiologische Versorgung stationärer Patienten und Patienten der Notfallambulanzen sichergestellt.

An allen Standorten wird ein hocheffizientes Terminierungssystem des RIS verwendet. Zur Bildverteilung wird in Schrobenshausen ein Kurzzeitarchiv ergänzend eingesetzt, welches automatisiert Bilder der tagsüber erstellten Studien außerhalb der Spitzenlast-Zeiten über eine 100 Mbit-Standleitung zur Langzeitarchivierung nach Pfaffenhofen versendet.

Automatische Terminabfragen über ein von der Praxis gestelltes Web-Interface unterstützen sowohl die zuweisenden Ärzte (stationär und ambulant) bei der Planung der Untersuchungen ihrer Patienten direkt vor Ort, als auch unsere Mitarbeiter im Service in der direkten Terminvergabe gegenüber unseren Patienten.

Die konsequente Umstellung dieser Prozesse trug erheblich zur Verbesserung der Qualität und Kostenstruktur unserer Patientenversorgung bei. Die gesamte IT-Infrastruktur wurde in den letzten 14 Jahren stets ausgebaut und verbessert.

Unser Bestreben ist auch weiterhin eine ganzheitliche, medizinische Versorgungsstruktur, die unseren Patienten eine angenehme Behandlungsumgebung bietet - wie in unserem Leitbild vorgesehen.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit, Terminvergabe und Patientenaufnahme

Wir sind ein MVZ mit Standorten in Pfaffenhofen an der Ilm und Schrobenhausen, jeweils angegliedert an ein Akutkrankenhaus mit Notfallbereitschaft sowie einem ausgelagerten Praxisraum in Manching.

Unser MVZ ist ausgenommen von Notfällen eine Bestellpraxis.

Für die Terminvergabe sind wir während unserer Öffnungszeiten durchgängig telefonisch zu erreichen.

Auf der Website der Praxis ist der Stadtplan-Link und Anfahrtsbeschreibungen einsehbar. Bushaltestellen befinden sich unmittelbar vor den Praxisräumen, so dass wir mittels ÖPNV gut erreichbar sind.

Wegweiser in der Stadt, den Parkplätzen und in den Gebäuden weisen zu unseren Praxisräumen, die allesamt ebenerdig zugänglich sind.

Termine können bei uns telefonisch, schriftlich oder digital per Mail vereinbart werden. Wir verfügen über eine EDV basierte Terminvergabe mittels RIS (radiologisches Informationssystem). Die Vergabe liegt in der Verantwortung des Serviceteams, welche für die geplante Untersuchung durch die EDV auf den Patienten abgestimmt den bestmöglichen Termin vorgeschlagen bekommen. Die Aufnahme der Patienten in eine kontrollierte Warteliste stellt sicher, dass keine langen Wartezeiten entstehen.

Unser qualifiziertes, erfahrenes Service-Personal begrüßt und verabschiedet freundlich unsere Patienten. Beim Ausfüllen der Anamnese- /Fragebögen leisten sie Hilfestellung, Fragen der Patienten werden umgehend beantwortet.

In unseren Warteräumen sind ausreichend Sitzmöglichkeiten und Bewegungsfreiheit vorhanden. Wasser steht den Patienten kostenfrei zu Verfügung. Es liegen Untersuchungsflyer und Zeitschriften für die Patienten aus.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung der Patienten orientiert sich an aktuellen Leitlinien und Standards.

Die Geschäftsführer und angestellten Ärzte sowie MTRAs nehmen regelmäßig an Fortbildungen und Kongressen teil, so dass Neuerungen und Anpassungen von Leitlinien und evidenzbasierten Untersuchungsabläufen schnell umgesetzt und in den Praxisalltag implementiert werden können.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Website der Praxis ermöglicht es Patienten sich vorab über die Untersuchungsabläufe sowie über Neuerungen des MVZ zu informieren. Untersuchungsflyer und Patienteninformationen liegen in den Wardebereichen für die Patienten aus bzw. erhalten diese bei ihrer Anmeldung.

Vor der Untersuchung erhält jeder Patient ein ausführliches Aufklärungsgespräch durch unsere Ärzte.

Begleiten Angehörige oder Betreuer den Patienten, so werden diese auf Wunsch des Patienten in die Aufklärung und Information gleichermaßen mit einbezogen. Üblicherweise bringen fremdsprachliche Patienten einen eigenen Dolmetscher mit.

1.1.4 Behandlungsumfeld

Die Patienten werden von unserem Service an der Anmeldung empfangen und erhalten die entsprechenden Aufklärungsbögen und allgemeine Informationen zu der geplanten Untersuchung. In den Wartebereichen liegen Zeitschriften und Informationsflyer aus. Wasser steht jedem Patienten frei zu Verfügung. Für Kinder gibt es eine Spielecke. Verlängerte Wartezeiten werden bei Bedarf an den Patienten kommuniziert.

1.2.1 Diagnostisches Procedere

Bei der Terminvereinbarung mit dem Patienten werden die Daten der Überweisung und die Vorgeschichte ausführlich erfragt und im RIS erfasst. Patienten werden gebeten externe Vorbefunde und Voraufnahmen zu der Untersuchung mitzubringen, externe Voraufnahmen können angefordert werden.

Die diagnostischen Maßnahmen unseres MVZs orientieren sich an den Leitlinien bzw. evidenzbasierter Medizin.

Notfälle und Akutpatienten werden in der Regel durch den Zuweiser an uns direkt adressiert, zudem ist unser Servicepersonal bezüglich relevanter Akutdiagnosen geschult und handelt dementsprechend.

Ergibt sich eine behandlungsbedürftige Diagnose, kontaktieren unsere Ärzte umgehend die zuweisenden Ärzte. Je nach Behandlungsbedarf kann der Patient direkt in die Klinik weitergeleitet werden.

1.3.1 Diagnostik und Behandlung

Vor jeder Untersuchung prüft ein Facharzt die rechtfertigende Indikation und legt fest wie die Untersuchung an welcher Modalitäten und unter welchen Bedingungen durchgeführt werden soll. An allen Modalitäten sind SOPs für Standardabläufe hinterlegt.

Vor der Untersuchung wird der Patient - ergänzend zum schriftlichen Informations- und Aufklärungsbogen - mündlich durch den Arzt über die Untersuchung und eine gegebenenfalls notwendige Kontrastmittelgabe/Medikamentengabe aufgeklärt.

Bei Akutbefunden (z.B. Fraktur) wird der Patient, nach Rücksprache mit dem Überweiser zur sofortigen Weiterbehandlung in die entsprechende Ambulanz geschickt. Es werden bei Bedarf weiterführende Untersuchungen und Therapien von unseren Ärzten vorgeschlagen und durchgeführt.

1.4.1 Interdisziplinarität der Behandlung

Wir stehen im engen Austausch mit unseren Zuweisern und prüfen regelmäßig die rechtfertigende Indikation der Untersuchung und halten bei Bedarf Rücksprache.

Die Terminplanung erfolgt im Service in der Regel direkt mit dem Patienten oder den Zuweisern.

Relevante und auch dringliche Befunde werden mit den entsprechenden Zuweisern persönlich kommuniziert.

Interdisziplinäre Falldemonstrationen finden im regelmäßigen Turnus täglich, mehrmals wöchentlich oder wöchentlich je nach Disziplin statt.

Die Haus- und Fachärztekreise der beiden Landkreise veranstalten mehrfach pro Jahr interdisziplinäre Qualitätszirkel, zu denen alle niedergelassenen Kollegen eingeladen werden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Im MVZ werden an therapeutischen Maßnahmen CT - gesteuerte Schmerztherapien angeboten, die in enger Abstimmung mit den zuweisenden Schmerztherapeuten erfolgt. Der Erfolg der Therapie wird anhand einer standardisierten Schmerzskala dokumentiert.

In Ausnahmefällen werden CT gesteuerte diagnostische und therapeutische Punktionen bzw. Drainageanlagen durchgeführt.

1.5.1 praxisübergreifende Organisation

Alle Befundberichte werden digital erstellt. Nach Freigabe erfolgt der Befundversand via Fax an den entsprechenden Überweiser. Dringliche Befunde oder relevante Informationen für unsere Zuweiser werden telefonisch übermittelt.

Nachgereichte Vorbefunde vom Patienten werden in unserem System archiviert und an den entsprechenden Arzt zur Nachbefundung weitergeleitet.

Eine enge Kooperation besteht mit unserem teleradiologischen Dienstleister, welcher die stationäre Versorgung und Notfallversorgung im Dienstfall betreut.

Schmerztherapeutisch behandelte Patienten werden in der Praxis regelhaft mindestens 30 Minuten lang überwacht, bevor sie die Praxis verlassen dürfen.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Personalbedarfsplanung erfolgt durch den Personal-Resortleiter und die Assistenz der Geschäftsführung. Beide arbeiten eng mit den jeweiligen Teamleitern zusammen, die den Resortleiter und die Assistenz der GF bei dem Auswahlverfahren unterstützen.

In diese Kreis finden regelmäßig Personaleinsatzplanungs-Besprechungen (PEP-Planungen) statt. Dabei werden aktuelle Soll-/Ist-Daten besprochen, analysiert und ausgewertet.

In diesem Zusammenhang lassen sich durch unsere eigene entwickelte PEP - Planung Personalausfälle, Überstunden, Fortbildungen, Kündigungen, Krankheitstage und Entwicklungen darstellen. Geplante Personalausfälle (z.B. im Rahmen anstehender Hospitationen) sowie Engpässe lassen sich hierbei simulieren.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung erfolgt in einem strukturierten Kreislauf- und Maßnahmeplan. Dieser umfasst die Personalaquise bis zum Ausscheiden des Mitarbeiters.

Die Führungskräfte werden durch ein persönliches Coaching durch Berater gefördert, im jährlichen Check-Up Tag und den Perspektivtagen die ebenfalls von Experten begleitet werden, kann das Gelernte umgesetzt und angewendet werden. Zudem erhalten die Teamleiter in regelmäßigen Jour fixe eine individualisierte Förderung durch den Ressortleiter.

Individuelle Förderung bzw. Übernahme von Aufgaben und Ressorts von Seiten der Mitarbeiter wird wenn

möglich unterstützt.

Es finden regelmäßige Mitarbeitergespräche inklusive Bewertung aufbauend auf die persönliche Arbeitsweise und den bereichsspezifischen Kernaufgaben.

2.1.3 Einarbeitung

Jeder neue Mitarbeiter erhält bei seinem Einstieg ein Einarbeitungs- und Trainingsplan. Dieser wird in regelmäßigen Abständen zusammen mit der jeweiligen Leitung bzw. dem Trainer eingesehen und überprüft. Zudem liegt für jeden Arbeitsplatz eine Arbeitsplatzbeschreibung vor, an der sich neue Mitarbeiter zusätzlich orientieren können.

Nach 3 Monaten und nach 6 Monaten finden in der Einarbeitung vorab terminierte Mitarbeitergespräche durch die Teamleiter und ggf. dem Personalverantwortlichem statt. In diesem werden personengebundene Fortbildungsschritte sowie Ziele festgelegt und überprüft. Zum Teil werden neuen Mitarbeitern Paten zugewiesen, damit feste und kontinuierliche Ansprechpartner definiert sind.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Neben den Pflichtfortbildungen und Unterweisungen (Strahlenschutz, Datenschutz, Brandschutz, Hygiene, Notfallmanagement) werden Fachweiterbildungen bei MFAs und MTRAs avisiert und ermöglicht. Die Fort- u. Weiterbildungen der Ärzte werden überwiegend in Eigenregie geplant und durch den ärztlichen Leiter unterstützt.

Zwei weiterbildungsbefugte Ärzte (FA Radiologie) können die Ausbildung von Assistenzärzten an zwei Standorten übernehmen.

Das MVZ bildet regelmäßig Medizinische Fachangestellte aus. Eigene Mentoren betreuen diese und überwachen den Auszubildendenplan. Der Auszubildende durchläuft alle "Stellen" unseres MVZ und erhält einen Gesamtüberblick. Nicht eigens vorhandene Fachbereiche werden durch externe Hospitationen abgedeckt.

Das MVZ übernimmt die anfallenden Kosten für Fort- und Weiterbildungen und den Erhalt der Fach- und Sachkunde im Strahlenschutz. Fachweiterbildungen können in Abstimmung mit der GF gefördert werden.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeit wird mit einem digitalen Zeiterfassungssystem erfasst. Die Urlaubsplanung aller Teams findet im I. Quartal statt.

Das MVZ bietet darüber hinaus für Wiedereinsteiger flexible Arbeitszeiten an.

Dienst- und Schichtpläne sind digital und analog für alle Mitarbeiter verfügbar.

2.1.6 Ideenmanagement

Mitarbeiterideen werden gerne entgegengenommen und durch die Teamleiter an die Geschäftsführung weitergeleitet.

Auch Patienten haben die Möglichkeit ihre Anregungen gegenüber dem MVZ anonym oder durch unsere Mitarbeiter zu äußern.

Die Mitarbeiter haben die Gelegenheit im Mitarbeitergespräch Beschwerden vertraulich anzubringen. In den jährlichen Strategietagen der Praxis tauschen sich Teamleiter und Geschäftsführung intensiv über die zukünftige Ausrichtung der Praxis und mögliche Ideen aus.

Mitarbeiter die sich besonders hervorheben oder einbringen werden in der Entlohnung besonders berücksichtigt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des Risikomanagements

Verantwortlichkeiten des Risikomanagements sind in einem eigenen Organigramm festgelegt. Für die meisten Bereiche gibt es ernannte Verantwortliche. Die Qualifikationen werden fristgerecht durch Fachkundeaktualisierungen, Schulungen und Fortbildungen aufgefrischt. Zudem wird die Praxis von externen Beratern supervidiert (z.B. Arbeitsschutz, Medizinphysik - Experten).

3.1.2 Medizinisches Notfallmanagement

Im MVZ gibt es ein Notfallmanagement für interne medizinische Notfälle. Durch die regelmäßige Überprüfung des Notfallwagens und Notfallkoffers ist eine optimale Patientenversorgung gewährleistet.

3.1.3 Hygiene

Das MVZ verfügt über einen Hygiene-Plan. Die Hygienebeauftragten der von uns versorgenden Kliniken stellen für uns entsprechende Belehrungen und Maßnahmen sicher bzw. stimmen diese mit uns ab. Jeder Mitarbeiter ist für Sauberkeit und Ordnung mitverantwortlich, wobei raum- oder modalitätenbezogene Verantwortlichkeiten festgelegt sind.

3.1.4 Arzneimittel

Im MVZ benötigte Arzneimittel werden vorschriftsmäßig gelagert und angewandt. In regelmäßigen Abständen werden die Medikamente und medizinischen Produkte auf ihre Haltbarkeit kontrolliert.

3.1.5 Medizinprodukte

Alle unsere Geräte unterliegen einer ständigen Qualitätskontrolle und werden in regelmäßigen Abständen gewartet. Die Überprüfung erfolgt durch qualifizierte Firmen bzw. entsprechend qualifiziertes eigenes Personal.

3.2.1 Arbeitsschutz

Ein von uns beauftragter externer Facharzt für Arbeitsmedizin kümmert sich um die Belange des Arbeitsschutzes.

Die betriebsärztliche Untersuchung findet im vorgeschriebenen Turnus statt.

Der Umgang mit Arbeits- und Wegeunfälle ist den Mitarbeitern bekannt, die Meldung an die Berufsgenossenschaft ist systematisch geregelt. Betriebsanweisungen mit dem Umgang von Gefahrenstoffen liegen vor.

3.2.2 Brandschutz

Im MVZ sind die Flure und Zugangswege entsprechend gekennzeichnet. Sollte es zu einem Zwischenfall kommen, sind alle Mitarbeiter dazu angehalten, Ruhe zu bewahren. Regelmäßige Brandschutz-

Belehrungen werden über die Kliniken sicher gestellt. Alle Standorte sind mit Feuerlöschern ausgestattet, regelmäßige Brandschutzübungen sollen Abläufe und Nutzung sicher machen.

3.2.3 Datenschutz

Für den Datenschutz ist das gesamte MVZ und jeder einzelne Mitarbeiter verantwortlich. Eine eigene Datenschutzbeauftragte (Zertifizierung durch die IHK Akademie) überprüft Vorgaben und deren Einhaltung. Die Datenschutzbeauftragte wird von einer externen Dienstleister unterstützt und supervidiert.

3.2.4 Umweltschutz

Die Standorte sind an das Abfallentsorgungssystem der Kliniken angeschlossen. Unsere Müllentsorgung erfolgt durch die jeweiligen Kliniken. Für die gemäß der Klinik-Regelungen zu erfolgende Mülltrennung ist das MVZ selbst verantwortlich.

Es wird im MVZ darauf geachtet möglichst wenig Papier zu verbrauchen.

Bei Neuanschaffungen wird die Energie-Effizienz berücksichtigt.

3.2.5 Sicherheit der Praxis, Zugang

Die Praxisräume werden nach Ende der Sprechstunden immer sorgfältig verschlossen. Ein Kopierschutz unserer Schlüssel ist gewährleistet.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

In radiologischen Praxen herrscht schon lange ein hoher Grad an Digitalisierung und Vernetzung. Das Radiologische Informationssystem (RIS), welches elektronische Patientenakten, Termivergabemodule, Gerätemanagement, Zuweisermanagement usw. beinhaltet ist eng vernetzt mit dem notwendigen PACS (picture archiving and communication system), welches die Bilddatenspeicherung, -verteilung und -bereitstellung ermöglicht.

Die Praxis hat einen eigenen hauptamtlichen EDV-Beauftragten. Ein externer Datenzugriff findet nur durch spezialisierte externe Dienstleister statt und niemals unbeaufsichtigt oder ohne vorherige Absprache. Ein Zugriff auf die elektronische Patientenakte ist nur für interne Mitarbeiter möglich. Die IT-Systeme werden redundant und ausfallsicher betrieben.

Telemedizin findet nur mit unseren Vertragspartnern statt. Weitere Vernetzung mit externen Dienstleistern (insb. in Bezug auf medizinische Daten) werden prinzipiell vermieden bzw. auf ein Minimum reduziert.

Spezifische Schulungen für neue Mitarbeiter oder bei Einführung neuer Software finden regelmäßig statt.

4.2.1 Dokumentation

Sämtliche Dokumentationen erfolgen im MVZ digital im RIS. Hier sind patienten - und terminspezifisch alle Informationen der elektronischen Patientenakte, Terminvereinbarung, vorgeschaltete mündliche/telefonische Anordnungen, Prüfung der rechtfertigenden Indikation, Planung und Durchführung der Untersuchungen, Vorbefunde sowie die aktuellen Befunddokumentationen hinterlegt. Die akquirierten Bil-

der werden im PACS mit entsprechender Verknüpfung zum RIS-Datensatz gesichert. So sind zu jedem Zeitpunkt der Behandlungsschritte alle Daten zum Patienten bzw. Untersuchungsvorgang unmittelbar durch die Mitarbeiter einsehbar. Aktionen und Veränderungen durch Mitarbeiter sind aufgrund digitaler Signatur nachvollziehbar.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Archivierung patientenbezogener Daten erfolgt vollständig digital im RIS durch das Service-Personal und ist somit praxisweit zu jeder Zeit für die Mitarbeiter und Ärzte passwortgeschützt verfügbar. Einsichtnahmen der Daten durch Patienten sind jederzeit unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes möglich.

Schnittstellen zu angeschlossenen Krankenhausinformations-Systemen tauschen so viele Daten wie nötig und so wenig Daten wie möglich aus.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Praxis lebt flache Hierarchien, die Geschäftsführung arbeitet eng mit den Teamleitern zusammen (Führungskreis) und tauscht sich regelmäßig in wöchentlich stattfindenden Treffen über relevante Ereignisse aus. Zudem bestehen regelmäßige Jour fixe zwischen Ressortleitern und Teamleitern. Die Teamleiter geben alle relevanten Informationen in ihr Team weiter, zu diesem Zweck finden regelmäßige Teambesprechungen statt. Mindestens viermal im Jahr findet ein Infopoint für alle Mitarbeiter statt, bei dem die Praxis betreffende Informationen direkt an die Mitarbeiter gegeben werden. Jeder Mitarbeiter hat zu dem die Möglichkeit jederzeit das persönliche Gespräch zu einem Geschäftsführer oder der Praxismanagerin zu suchen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Informations- und Kommunikationsstruktur wird von jedem Mitarbeiter gelebt. Hierzu werden regelmäßige Besprechungen in jedem Bereich abgehalten.

Zu diesen zählen der tägliche Abgleich des kanban-Bords, Teambesprechungen, Teamleiter-Besprechungen, Jour fixe, Führungskreis, Infopoint und die Strategietage.

Der Patientenempfang und Telefonzentrale wird durch unser Service-Personal sichergestellt

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild der Praxis spiegelt deren Philosophie wider. Zu den Inhalten des Leitbildes haben alle Mitarbeiter beigetragen und wurde mit den Teamleitern, der Geschäftsführung und den Ärzten final ausgestaltet. In Vorstellungs- und Mitarbeitergesprächen wird immer wieder Bezug darauf genommen und dieses reflektiert. Bei der Perspektivplanung und strategischen Ausrichtung wird das Leitbild von den Führungskräften stets berücksichtigt. Das Leitbild ist an verschiedensten Stellen in der Praxis aufgehängt und ausgelegt sowie auf unserer Homepage einsehbar.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Im Rahmen der gemeinsamen Entwicklung des Leitbildes durch die Mitarbeiter, den Führungskreis und die Geschäftsführung wurde das Thema Führung in das Leitbild mit aufgenommen.

Der Ressortleiter Personal ist zusammen mit der Praxismanagerin für die Entwicklung der Führungskräfte und Teamleiter verantwortlich.

Fehler werden offen und im Rahmen konstruktiver Kritik angesprochen, zudem wird derzeit ein standardisiertes Fehlermanagement in der Praxis etabliert.

Von den Teams werden in regelmäßigen Abständen gemeinschaftlich Aktivitäten, Fortbildungen und Teamevents initiiert. Bei entsprechender Eignung der Themen finden diese auch teamübergreifend statt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Der Patient steht in unserer Praxis nach Leitbild gelebt im Mittelpunkt. Gerne binden wir - auf Wunsch des Patienten - Angehörigen ein, die Behandlung zu begleiten.

Besteht eine Patientenbetreuung handeln wir nur mit Zustimmung und in Absprache mit dem gesetzlichen Betreuer.

Im MVZ haben wir Mitarbeiter mit verschiedenen Religionen aus unterschiedlichen Nationen. Alle Mitarbeiter werden unabhängig von ihrer Glaubensrichtung, Nationalität oder sexuellen Orientierung eingestellt und behandelt.

5.1.4 Marketing, Kommunikation

Die Praxis hat eine immer aktuell gehaltene Homepage mit verlinkten selbst produzierten Informationsfilmen. Verschiedene Informationen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie das Leitbild der Praxis werden als Flyer ausgelegt.

Im Rahmen des Tages der offenen Tür, welche in regelmäßigen Abständen durch die Krankenhäuser initiiert werden, präsentiert sich auch die Praxis an ihren Standorten.

Bei relevanten Ereignissen und Veränderungen nutzen wir die lokalen Printmedien.

Auf Fortbildungsveranstaltungen der Haus- und Fachärzte sowie der Krankenhäuser referieren unsere Ärzte über radiologische Themen.

Standortübergreifend achten wir bei der Außendarstellung auf eine einheitliche Corporate Identity.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Jährliche zweitägige Perspektivtage sowie einmal jährlich einen Check-Up-Tag der Führungskräfte sowie für Mitarbeiter eigene Strategieworkshops ergänzen die regelmäßig stattfindenden Treffen.

Jährlich werden Mitarbeitergespräche geführt, die hierin vereinbarten Zielvereinbarungen besitzen einen zeitlich festen Rahmen und werden vom Teamleiter nachverfolgt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln

Die Finanz- und Investitionsplanung erfolgt im Rahmen einer jährlichen Budgetplanung für alle Bereiche und Ressorts mit monatlicher Zielerfolgskontrolle.

Innerhalb der Gesellschaft gibt es eine klare Ressortzuteilung und Regelung der Verantwortlichkeiten.

5.2.3 Partnerschaften und Kooperationen, auch Lieferanten und Zuweiser

Mit den Krankenhäusern Pfaffenhofen und Schrobenhausen bestehen Kooperationsverträge zur umfassenden radiologischen Versorgung der stationären Patienten.

Daneben besteht eine Geräte - Kooperation mit dem Mammazentrum in Pfaffenhofen.

Wir sind in regelmäßigem Kontakt mit den ortsansässigen Haupt- und Realschulen sowie der Berufsschule in Ingolstadt v.a. um für das Berufsbild der MTRA zu werben.

5.3.1 Innovation und Wissensmanagement

Alle Mitarbeiter der Praxis nehmen regelmäßig an externen und internen Fortbildungen teil und geben neu erworbenes Wissen selbstständig an ihre Kollegen weiter. Alle hierfür nötigen Mittel und Freiräume werden seitens der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.

Die Praxis stellt allen Mitarbeitern kostenfrei Fachliteratur und Fachzeitschriften zu Verfügung. Des Weiteren finden regelmäßig fachspezifische interne Schulungen von und durch Ärzte und Mitarbeitern statt.

Eine interne, stets zugängliche Wissensdatenbank "RadWiki" enthält relevante Informationen zum Praxisalltag aber auch Fachwissen sowie SOPs.

Die Protokolle der Teamsitzungen werden an die Teammitglieder sowie an die Teamleiter und GF der Praxis weitergeleitet.

Mehrmals im Jahr werden alle Mitarbeiter auf einem Infopoint über relevante Neuerungen der Praxis informiert.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement obliegt in der Supervision der Geschäftsführung, diese arbeitet sehr eng mit der hauptverantwortlichen QM-Beauftragten zusammen. Benannte Ansprechpartner für das QM an den einzelnen Praxisstandorten leisten Unterstützung und sind für die Umsetzungen mitverantwortlich. Qualitätsziele werden innerhalb dieser Gruppe regelmäßig geprüft und bewertet.

Spezifische Schulungen können unsere Mitarbeiter jederzeit wahrnehmen, die Kosten übernimmt das MVZ. Bei Bedarf werden durch unsere QM-Beauftragten interne Schulungen für alle Mitarbeiter durchgeführt.

Klinikinterne und externe interdisziplinäre Qualitätszirkel werden seitens der Praxis mitbetreut und besucht.

Regelmäßig finden interne Begehungen und Audits (z.B. Hygiene- und Arbeitsschutzbegehungen) statt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Führungs- und Stützprozesse werden von der Geschäftsführung zusammen mit den Führungskreismitgliedern definiert.

Externe Berater (z.B. Coaching, Ablauforganisation, Hygiene, Arbeitssicherheit, usw.) stehen hierbei unterstützend und beratend zur Seite.

Das MVZ nutzt eine interne Wissensdatenbank und SOPs um geregelte Abläufe jedem Mitarbeiter zugänglich zu machen, Verfahrensanweisungen sind hinterlegt und jedem Mitarbeiter frei zugänglich. Durch gegenseitige Hospitationen in allen Bereichen werden die Abläufe immer wieder hinterfragt, kontrolliert und angepasst.

6.2.1 Patientenbefragung

Das MVZ führt im halbjährlichen Rhythmus Patientenumfragen an allen Standorten durch. Die Befragungsbögen werden anonym von unseren Patienten nach der Untersuchung ausgefüllt und abgegeben. Die Ergebnisse der Befragungen werden im Führungskreis, den Teambesprechungen und im Infopoint präsentiert und diskutiert. Verbesserungen und Kritik in den Abläufen werden identifiziert und umgesetzt. Patientenzitate aus den Befragungen sind exemplarisch auch auf unserer Homepage einsehbar.

6.2.2 Befragung von Zuweisern, externen Einrichtungen und Lieferanten

Die Zuweiserbefragung wird von der Geschäftsführung und dem Praxismanagement mittels eines eigens erarbeiteten Fragebogens durchgeführt.

Ergebnisse dieser Befragung werden intern ausgewertet und Ergebnisse umgesetzt. Mit den Kooperationspartnern der Praxis steht die Geschäftsführung und das Praxismanagement in regelmäßigem engem Austausch.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine Mitarbeiterbefragung findet in einem zweijährigem Rhythmus statt.

Diese erfolgt anonym und computergestützt um eine möglichst hohe Beteiligungsquote zu erhalten.

Die Auswertung der Befragung wird im Infopoint für alle Mitarbeiter präsentiert und im Führungskreis intensiv diskutiert.

Im Rahmen eines Resortwechsel im Bereich Personal wurden im Zeitraum Mai - Juli 2020 mit allen Mitarbeitern persönliche Einzelgespräche von unserem "neuen" Resortleiter Personal durchgeführt.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten

und weiteren Externen

Das Beschwerdemanagement obliegt, in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Leiter des MVZ, der Assistentin der Geschäftsführung. Sie geht jeder Beschwerde nach und sucht persönlichen Kontakt zu den Patienten. Auch für Beschwerden, Anliegen oder Lob der Mitarbeiter steht die Tür der Assistentin der Geschäftsführung unseren Mitarbeitern immer offen (alle Kommunikationswege stehen zur Verfügung). Für einen genauen Überblick wird jährlich eine Zusammenfassung der Patientenbeschwerden durch die QM-Beauftragte erstellt.

Regelmäßige Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, "Kummerkasten" in den Wartezonen und Mitarbeitergespräche stellen wichtige Wege im Beschwerdemanagement dar.

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig im Umgang mit Patienten geschult.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Die externe QM-Zertifizierung wurde durch KTQ im Nov 2017 durchgeführt und erfolgt im Intervall von drei Jahren. Derzeit befinden wir uns im Re-Zertifizierungsprozess als MVZ. Zusätzlich betreut uns eine exter-

ne Arbeitssicherheitsfirma und die Hygienebeauftragte des jeweiligen Krankenhauses. Während der Zeit zwischen der externen Zertifizierung hält die QMB die Geschäftsführung und die Mitarbeiter auf dem Laufenden. Dabei werden sämtliche Auswertungen via Teambesprechungen, Infopoint und Führungskreisbesprechungen an die Geschäftsführung weitergeleitet.

Interne Qualitätssicherung obliegt der Geschäftsführung, unterstützend haben wir Qualitätsbeauftragte in den verschiedenen Bereichen. Die Qualität aller Prozesse wird durch regelmäßige und strukturierte Hospitationsprozesse aller Mitarbeiter kontrolliert und verbessert. Regelmäßige interne Hospitationen ermöglichen eine gute Qualitätssicherung in allen Bereichen.