

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis: Diagnosticum Partnerschaft für Labormedizin und Pathologie
Betriebsstättennummer: 654 760 100
Anschrift: Eppenreuther Straße 9
95032 Hof

Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer: 2017-0027 NB
durch die von der KTQ-GmbH proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,
zugelassene Zertifizierungsstelle: Frankfurt am Main

Gültig vom: 16.06.2017
bis: 15.06.2020
Zertifiziert seit: 16.06.2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis	9
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	11
4 Sicherheit in der Praxis	13
5 Informationswesen	14
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	15

Vorwort der KTQ[®]

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

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

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte vom KTQ-Visitor® gezielt hinterfragt und durch Begehungen überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Praxis das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 44 Kriterien des KTQ-Kataloges 2.0.

Wir freuen uns, dass die **Diagnosticum Partnerschaft für Labormedizin und Pathologie Hof** 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 <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

Die Diagnosticum Partnerschaft für Labormedizin, Mikrobiologie und Pathologie versorgt am Standort Pathologie Hof als Gemeinschaftspraxis neben dem Sana Klinikum Hof als akademisches Lehrkrankenhaus weitere Krankenhäuser der Region. Außerdem kooperiert die Gemeinschaftspraxis mit den zwei zertifizierten Brustzentren der Region, dem Brustzentrum am Sana Klinikum und dem Brustzentrum Weiden-Marktredwitz. Weitere Schwerpunkte bilden die Prostatakarzinomzentren in Hof und Marktredwitz sowie das Darmkrebszentrum in Hof. Auch zahlreiche niedergelassene Ärzte werden von der Praxis betreut. Besondere diagnostische Schwerpunkte bilden dabei neben der Mammopathologie die Uropathologie, die gastrointestinale Pathologie sowie die Dermatopathologie. Wegen der schwerpunktmäßigen Betreuung von Krankenhäusern mit hoher Operationsfrequenz bearbeitet die Pathologie Hof ein aufwändig zu bearbeitendes Untersuchungsgut. Die Einführung und Umsetzung einer internen und externen Qualitätssicherung ist daher ein Anliegen der Praxisbetreiber.

Im Rahmen der Vorbereitung auf die Zertifizierung der Praxis haben sich die Mitarbeiter auf folgendes Leitbild verständigt:

Das Team der Partnerschaft Pathologie versteht sich als Dienstleister für die Einsender und für die gemeinsam betreuten Patienten.

Wir sehen unsere Aufgabe in einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten histologischen und zytologischen Diagnostik.

Unsere Arbeit spielt eine entscheidende Rolle bei der Weichenstellung von therapeutischen Entscheidungen für die Patienten.

"Wir möchten unsere Befunde so erstellen und kommunizieren, wie wir es uns selbst als Patient wünschen würden."

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Untersuchungs- und Befundbearbeitungszeit von Histologie und Zytologie

Eine Bearbeitungszeit von 1 bis 2 Tagen wird bei histologischen und zytologischen Untersuchungen mit Ausnahme großer Operationspräparate und der gynäkologischen Vorsorgezytologien von der Praxis grundsätzlich eingehalten. Die Bearbeitung von besonders eiligen Präparaten wird durch ein Verfahren zur Priorisierung beschleunigt, für eilige Biopsien wie etwa Stanzbiopsien aus Tumoren wird eine Bearbeitung innerhalb eines Arbeitstags in Form einer Schnelleinbettung angeboten.

1.2 Orientierungshilfen und Erreichbarkeit der Praxis

Die Diagnosticum Partnerschaft am Standort Pathologie Hof ist durch ihre zentrale Lage im Sana Klinikum Hof verkehrsgünstig gelegen und optimal mit allen Verkehrsmitteln zu erreichen. Die Praxis verfügt über sämtliche moderne Kommunikationsmittel einschließlich Intranet des Unternehmens mit eigenem Mailserver.

1.3 Organisation des Probeneinganges

In der Praxis sind alle Punkte des Probeneingangs und der Herrichtung der Gewebematerialien in Verfahrensanweisungen für die Annahme und Weiterbearbeitung der Proben festgehalten. In den Verfahrensanweisungen wird detailliert auch das Vorgehen bei Unstimmigkeiten der klinischen Angaben zu den Proben (Fehlermeldungen) geregelt.

1.4 Makroskopische Beschreibung und Präparateherstellung

Die makroskopische Beschreibung und Präparateherstellung erfolgt weitgehend standardisiert unter Berücksichtigung der Leitlinien der Fachgesellschaften. Schriftlich hinterlegte Standards wurden für die häufigsten Tumorpräparate wie Mammakarzinome und Prostatakarzinome geschaffen. Insbesondere für die Versorgung von zwei externen, zertifizierten Brustzentren wurden schriftliche Standards für die Probenbearbeitung geschaffen. Die makroskopischen Befunde werden bei der Befundung der histologischen Präparate bei Einlesen des Barcodes automatisch angezeigt.

1.5 Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen

Bei der Erstellung der Diagnosen werden die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die TNM-Klassifikation angewendet, wobei die klinischen Angaben berücksichtigt werden. Eine Bearbeitungszeit von 1 bis 2 Tagen nach Probeneingang wird angestrebt. Bei der Erstdiagnose von Mamma- und Prostatakarzinomen aus den Zentren erfolgt eine Doppelbefundung von zwei Fachärzten. Eine externe Qualitätssicherung in Form einer Zweitmeinung von Referenzpathologen wird regelmäßig bei seltenen oder differentialdiagnostisch schwierig einzuschätzenden Veränderungen eingeholt.

1.6 Befundübermittlung von histologischen, zytologischen und Obduktionsbefunden

Die Befunderstellung und -übermittlung erfolgt nach einem standardisierten Schema, bei dem die Befunde nach Dringlichkeit und nach den Erfordernissen der Logistik im Datenbanksystem kategorisiert werden. Die Möglichkeiten einer beschleunigten Bearbeitung von Untersuchungsmaterial (Priorisierung) sind den Einsendern bekannt. Bei der Befundüber-

mittlung werden alle modernen Kommunikationsformen einschließlich LDT-Versand verwendet.

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

Die Praxis informiert Einsender durch Rundschreiben über anstehende personelle Veränderungen oder über Veränderungen von Abläufen. So werden zum Beispiel die Einsender über wichtige personelle Veränderungen der Praxis informiert. Auch über geänderte Modalitäten des Postversandes von Gewebeproben (Einführung "unfreier" Versandtaschen) werden die Einsender durch Rundschreiben informiert.

1.8 Durchführung von Obduktionen und deren Demonstration

Die Erstellung der Sektionsdiagnostik erfolgt nach einem Standardprotokoll. Spätestens eine Woche nach der Obduktion sollte der Antragsteller ein vorläufiges Sektionsprotokoll erhalten. Relevante histologische Befunde werden gegebenenfalls in einer nachträglichen Begutachtung ergänzt.

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Die Mitarbeiter der Gemeinschaftspraxis haben gemeinsam ein Leitbild erarbeitet und dabei den Stellenwert der klinisch-pathologischen Diagnostik für die Patienten aus ihrer Sicht in den Vordergrund gestellt. Die entscheidende Rolle der pathologischen Diagnostik für die Weichenstellung der Therapie wird den Mitarbeitern durch das Leitbild veranschaulicht und motiviert die Mitarbeiter zusätzlich.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Die Partner der Diagnosticum Partnerschaft erstellen jährlich eine Zielplanung. Diese umfasst die Bereiche Personal, Leistungen und Service, Fortbildungen und Investitionen. Die Zielvorgaben der Praxisleitung orientieren sich am Leitbild der Praxis, in dem die Patientenorientiertheit der pathologischen Diagnostik stark betont wird. Die jährliche Zielplanung wird dabei von den Praxispartnern im Vorfeld mit der Leitung des Labor und des Sekretariats abgestimmt.

2.3 Festlegung der Organisationsstruktur

Die Gemeinschaftspraxis verfügt über ein aktuelles Organigramm des Instituts, in dem die Verantwortlichkeiten veranschaulicht werden. Das Organigramm ist den Mitarbeitern bekannt und zugänglich, es wird bei personellen Veränderungen oder Veränderungen der Organisationsstruktur aktualisiert. Die Verantwortlichkeiten in der Praxis zwischen den Praxispartnern und innerhalb der einzelnen Bereiche der Praxis (Labor, Sekretariat) sind geregelt.

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Die Praxisleitung pflegt einen kommunikativen Führungsstil und bindet die Mitarbeiter in die Entscheidungen mit ein. Die einzelnen Bereiche der Praxis (Ärzte, Labor, Sekretariat) führen regelmäßige Besprechungen durch und erarbeiten Lösungen für anstehende Aufgaben. Mitarbeitergespräche werden mit dem Ziel der Personalentwicklung und zur Klärung von organisatorischen Fragen bzw. bei auftretenden Problemen durchgeführt. Die Mitarbeitergespräche werden protokolliert.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Diagnosticum Partnerschaft erstellt jährlich einen Finanz- und Investitionsplan für das kommende Geschäftsjahr, der die Belange des Standortes Pathologie Hof berücksichtigt. Die Zielplanung der Gemeinschaftspraxis wird dabei mit dem Finanzplan abgestimmt. Die Planung größerer Investitionen bei Geräten und EDV werden mit den Mitarbeitern der jeweiligen Bereiche abgestimmt. Der Finanz- und Investitionsplan wird zusätzlich mit der Steuerkanzlei im Hinblick auf betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte beraten und abgestimmt.

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

Das Bestellwesen ist in der Praxis klar geregelt und erfolgt über die Bereichsleiter von Labor und Sekretariat. Jeder Mitarbeiter ist an dem jeweiligen Arbeitsplatz für die Anforderung von Arbeitsmaterialien verantwortlich. Die Diagnosticum Partnerschaft plant auch für den Standort Pathologie Hof die Implementierung eines Warenwirtschaftssystems für das durch den zentralen Einkauf gesteuerte Bestellwesen.

2.7 Umweltschutz

Die Abfallstoffe werden getrennt gesammelt und teilweise recycelt. Die Entsorgung erfolgt fachgerecht durch beauftragte Entsorgungsunternehmen. Hierzu liegen Verfahrensanweisungen vor.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen/ Praxisgemeinschaften

Personal- und Investitionsentscheidungen werden von den Praxispartnern gemeinsam in Abstimmung mit dem geschäftsführenden Gesellschafter getragen. Die ärztlichen Partner verständigen sich auf eine fachliche und organisatorische Schwerpunktbildung. Durch wöchentliche und monatliche Besprechungen der Praxispartner werden organisatorische und wirtschaftliche Belange der Praxis geregelt. Die Entscheidungen der Praxispartner werden den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht.

2.9 Information der Praxisleitung

Die Praxisleitung wird laufend von den Bereichsleitern und von den Mitarbeitern über Entwicklungen informiert, eine weitere Schnittstelle bilden dabei auch die regelmäßigen, protokollierten Bereichsbesprechungen. Störungen und Schadensfälle werden der Praxisleitung unverzüglich gemeldet. Die Einsender werden regelmäßig z.B. auf den interdisziplinären Tumorkonferenzen oder durch Infobriefe über Entwicklungen der Praxis informiert.

2.10 Soziale Kompetenzen/ Ethik

Bei Arbeitsbeginn werden neue Mitarbeiter auf die Einhaltung der Schweigepflicht hingewiesen (auch Bestandteil der Arbeitsverträge). Die Mitarbeiter werden von der Praxisleitung zu einem hilfsbereiten und freundlichen Umgang mit Einsendern und Patienten angehalten. Zu den Obduktionen haben Außenstehende und nicht-medizinisches Personal keinen Zutritt. Besonderer Wert wird von der Praxisleitung auf einen pietätvollen Umgang mit den Verstorbenen gelegt.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Der Personalbedarf der Praxis wird von den Partnern der Praxis in Abstimmung mit den Bereichsleitern anhand der Leistungszahlen festgelegt. In den Kernbereichen der Praxis wird ausschließlich qualifiziertes Personal beschäftigt. Die Praxis bildet dabei in Teilbereichen qualifiziertes Personal selbst aus, z.B. zertifizierte Cytologie-Assistenten (CTA). Außerdem beteiligt sich die Praxis bei der Ausbildung von medizinisch-technischen Assistenten (MTA) in Form von Betriebspraktika.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Die erforderlichen Mitarbeiterqualifikationen werden von der Praxisleitung in Abstimmung mit den Bereichsleitungen festgelegt. Arbeitsplatzbeschreibungen sind bisher für den Laborbereich vorhanden. Die Mitarbeiter werden ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt. Für Sonderverfahren wie etwa Immunhistologie kommen ausschließlich langjährig erfahrene Fachkräfte zum Einsatz.

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Die Praxis erstellt jährliche Fort- und Weiterbildungspläne für den Arzt- und Laborbereich. Den MTAs und CTAs der Praxis wird die regelmäßige Teilnahme an den Tagungen und Fortbildungen der Fachgesellschaften ermöglicht, wobei jeder Mitarbeiter mindestens eine Fortbildung pro Jahr besuchen sollte. Interne Fortbildungen finden in den jeweiligen Bereichen statt (z.B. Aufarbeitung von Präparaten im Rahmen der zertifizierten Organkrebszentren). Weitere Fortbildungsaktivitäten wie etwa Hospitationen an Referenzpathologien werden von der Praxisleitung gefördert.

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Die Praxispartner erstellen einen jährlichen Fortbildungsplan und verpflichten sich dazu, mindestens einmal pro Jahr an einem Seminar der Fachgesellschaften (z.B. IAP, Bamberger Morphologietage) teilzunehmen. Dabei müssen für die Zertifizierung der betreuten Brustkrebszentren relevante Themen mit abgedeckt werden. Die Praxispartner verpflichten sich außerdem zu einer regelmäßigen Teilnahme an den interdisziplinären Tumorkonferenzen und Qualitätszirkeln. Auch der Erwerb des Fortbildungszertifikates der Ärztekammer ist für die Praxispartner bindend.

3.5 Ausbildung/ Praktikum

Praktikas von Schülern werden von der Gemeinschaftspraxis ermöglicht. Außerdem sind regelmäßig Praktikanten der regionalen MTA-Fachschulen an der Gemeinschaftspraxis beschäftigt. Mit jedem Praktikanten findet ein Einweisungsgespräch der Laborleitung über Ablauf des Praktikums, Schweigepflicht und Betriebsanweisungen statt.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Die Praxis verfügt über schriftliche Arbeitspläne mit festgelegten Arbeitszeiten der Mitarbeiter. Bei der Ausarbeitung der Pläne werden die Wünsche der Mitarbeiter nach Möglich-

keit berücksichtigt. Anfallende Überstunden werden mit Freizeit abgegolten, in begründeten Ausnahmesituationen auch ausbezahlt.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Praxis verfügt über eine schriftliche fixierte Verfahrensweise bezüglich der Einarbeitung neuer Mitarbeiter sowie über detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen insbesondere im Laborbereich. Neue Mitarbeiter haben feste Ansprechpartner während der Einarbeitung. Für neue Mitarbeiter hat die Praxis einen detaillierten Einarbeitungsplan entwickelt, der auch Mitarbeitergespräche am Anfang, in der Mitte sowie am Ende der Einarbeitungsphase vorsieht.

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Die Mitarbeiter der Praxis haben jederzeit Gelegenheit, Ideen und Beschwerden bei der Praxisleitung in einem vertraulichen Gespräch einzubringen. Ideen und Beschwerden können von den Mitarbeitern auch bei den regelmäßigen Bereichssitzungen vorgebracht werden. Gute Mitarbeiterideen werden in der Praxis umgesetzt.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Die Mitarbeiter des Labors werden von der Laborleitung jährlich über alle wichtigen Betriebs- und Arbeitsschutzanweisungen unterrichtet. Diese Belehrung wird von den Mitarbeitern mit Unterschrift quittiert. Alle notwendigen Arbeitsschutzmaterialien wie Schutzbrillen, Handschuhe und Mundschutz werden an den Arbeitsplätzen bereitgehalten. Die Praxis wird auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes vom TÜV betreut.

4.2 Verfahren zum Brandschutz

Es gibt eine Anweisung über das Verhalten im Brandfall, außerdem liegt ein Alarmplan des SANA Klinikums vor. Eine ausreichende Zahl von Feuerlöschern ist installiert.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Alle Arbeitsunfälle bzw. Verletzungen müssen der Labor- und Praxisleitung mitgeteilt werden. Bei allen Verletzungen wird ein Unfallbericht erstellt. Die Praxis ist außerdem räumlich direkt an die Notfallambulanz des Klinikums angebunden.

4.4 Hygiene in der Praxis

Hygienepläne für die entsprechenden Arbeitsplätze wurden von der Laborleitung erstellt.

4.5 Umgang mit Labordiagnostika, -chemikalien und Antikörpern

Alle Lösungen und Reagenzien sind durch Etiketten gekennzeichnet, die auch Warnhinweise enthalten. Auf den Etiketten sind außerdem Eingangs- bzw. Ansatz- und Öffnungsdatum vermerkt.

4.6 Absicherung der Praxisräume

Die Praxis besitzt definierte Auswahlkriterien für die Schlüsselgewalt und geschützte Zugangsmöglichkeiten zur Praxis. Die Schlüsselgewalt wird mit einem Schlüsselverzeichnis dokumentiert, es werden kopiergeschützte Schlüssel für die Eingangstüren verwendet.

5 Informationswesen

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

Die Praxis verfügt über ein modernes Datenbanksystem mit einer elektronischen Archivierung von Befunden und von eingescannten Antragsformularen. Die Unterlagen werden in elektronischer Form dabei für mindestens 30 Jahre archiviert. Gewebeproben (fixiertes Feuchtmaterial) werden für 4 Wochen asserviert. Paraffinblöcke sowie histologische und zytologische Präparate werden für insgesamt 15 Jahre archiviert.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Die Praxis verfügt über einen umfassenden Schutz vor unbefugtem Zugriff auf Patientenunterlagen, da der Zugang zur Praxis geschützt ist. Die Datenbank mit den archivierten Patientenunterlagen ist durch Passwörter geschützt. Alle Mitarbeiter sind bezüglich der Schweigepflicht aufgeklärt und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet. Praxismitarbeiter dürfen Patientenunterlagen und Materialien grundsätzlich nur nach Genehmigung durch einen Praxispartner herausgeben.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Die Patienten haben jederzeit das Einsichtsrecht in ihre persönlichen Daten. Das Verlangen von Patienten in eine Einsichtnahme wird von der Praxis schriftlich dokumentiert. Obduktionsprotokolle werden an die Antragssteller und auf Wunsch auch an die Hausärzte der Verstorbenen gesandt.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Die Praxis verfügt über ein modernes Pathologie-Datenbankprogramm mit vollständiger Vernetzung aller Praxisbereiche. Das System bietet eine automatisierte Spracherkennung der diktierten Befunde. Eine fortlaufende Datensicherung ist gewährleistet. Das Programm erlaubt weiterhin statistische Auswertungen, zum Beispiel auf dem Gebiet der Vorsorgezytologie.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Die Gemeinschaftspraxis bindet ihre Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement ein und verfügt über QM-Beauftragte für den ärztlichen und nichtärztlichen Bereich. Ausgehend von der Teilzertifizierung der Praxis als Kooperationspartner von zertifizierten Brustzentren wurde in den letzten Jahren schrittweise ein Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das für eine reproduzierbare Ergebnisqualität sorgt.

6.2 Interne Qualitätssicherung

Die Praxis verfügt über eine interne Qualitätssicherung mit standardisierten Protokollen unter anderem für die Makropräparation, Färbungen der Präparate und für immunhistologische Sonderverfahren. Bei ausgewählten Tumoren erfolgt eine routinemäßige Doppelbefundung durch zwei Fachärzte. Auf dem Gebiet der gynäkologischen Vorsorgezytologien werden 10% der Präparate von einem Facharzt nachgemustert (Rescreening), außerdem werden alle zweifelhaften und positiven zytologischen Befunde am Diskussionsmikroskop besprochen.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Die Gemeinschaftspraxis nimmt regelmäßig an den immunhistologischen Ringversuchen des Berufsverbandes der Pathologen teil. Außerdem erfolgt eine externe Qualitätssicherung im Rahmen des Peer Review Verfahrens Sächsischer Pathologen.

6.4 Nutzung von Befragungen

Die Praxis führt informelle Einsenderbefragungen vor allem anlässlich von Telefonaten und im Rahmen der zahlreichen interdisziplinären Tumorkonferenzen und Qualitätszirkel durch. Außerdem wurde Anfang 2011 eine schriftliche Befragung der Kooperationspartner mit einem Fragebogen durchgeführt. Die Diagnosticum Partnerschaft führt außerdem regelmäßige Einsenderbefragungen durch. Die Mitarbeiter werden von der Praxisleitung über die Wünsche und Anregungen der Einsender zeitnah informiert.

6.5 Beschwerdemanagement

Die Praxis führt ein Managementsystem für das Beschwerdewesen ein. Für die zumeist telefonische Annahme von Beschwerden wurden Formblätter (Gesprächsnotiz) geschaffen, Beschwerden werden von den Mitarbeiter unverzüglich an die Praxisleitung zur Bearbeitung weitergegeben. Die Bearbeitung von Beschwerden wird schriftlich dokumentiert. Für eine verbesserte Kommunikation mit wichtigen Einsendern werden den großen Einsendern feste Ansprechpartner aus der Praxisleitung zugeordnet.