



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis:	Institut für Pathologie
Betriebsstättennummer:	474701400
Anschrift:	Schumannstraße 10, 55543 Bad Kreuznach
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2013-0050 NB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH, Frankfurt
Gültig vom:	03.05.2013
bis:	02.05.2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis	10
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	12
4 Sicherheit in der Praxis	14
5 Informationswesen	15
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	16

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), 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 das **Institut für Pathologie in Bad Kreuznach** 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 Erbringung pathologischer und zytologischer Leistungen ist elementarer Bestandteil der medizinischen Diagnostik und bildet die Grundlage für jede sich anschließende Therapie. PathologInnen erstellen anhand eingesendeter Gewebeproben oder Punktate eine endgültige Diagnose und sind somit Weichensteller für die weitere medizinische Versorgung der PatientInnen. Dabei stehen Sie in engem Kontakt mit den einsendenden KollegInnen und sind ihr Ansprechpartner im Arbeitsalltag und in interdisziplinären Tumorkonferenzen.

Das Institut für Pathologie Bad Kreuznach erfüllt diese Funktion in einem Einsendegebiet, das von den Städten Mainz, Koblenz, Kaiserslautern, Trier und Worms begrenzt wird. Die Einsendungen stammen von Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung und Regelversorgung sowie von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten.

Das Institut für Pathologie Bad Kreuznach wurde am 01.01.1984 von Frau Dr. Irene Wagner gegründet.

Seit dem 01.07.2012 wird das Institut von Frau Dr. med. Martina Knöß und Herrn Dr. med. Per Knöß geleitet.

Seit dem 03.05.2007 besteht eine Zertifizierung nach KTQ[®]. Dies ist nun die zweite erfolgreiche Rezertifizierung, mit der die neue Institutsleitung eine Basis für eine zukünftige Akkreditierung schaffen möchte.

Wir sind zertifiziert als Partner der Brustzentren Nahe/Bad Kreuznach und Rhein-Hunsrück/Simmern sowie des Darmzentrums Nahe. Jährlich wird an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Ringversuchen teilgenommen.

Besondere diagnostische Schwerpunkte bestehen in der Prostatapathologie, Hepatopathologie, orthopädischer und Rheumapathologie sowie gynäkologischer und extragynäkologischer Zytologie.

Unser Ziel ist es, eng mit unseren Einsendern zu kooperieren und Ihnen qualitativ hochwertige pathologisch-zytologische Befunde mit hoher Servicequalität in möglichst kurzer Zeit zu übermitteln.

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Untersuchungs- und Befundbearbeitungszeit von Histologie und Zytologie

Zielkennzahl: 90% der Befunde sollen binnen 24 h erstellt werden.

Folgenden Weg beschreiten wir, um dieses Ziel zu erreichen:

1. Ankommende Proben werden am gleichen Tag erfasst und spätestens am nächsten Tag zugeschnitten.
2. Die hergestellten Paraffinblöcke werden am Tag der Herstellung geschnitten.
3. Die hergestellten und gefärbten Schnittpräparate werden am Tag der Herstellung zur Befundung vorgelegt.
4. Die vorgelegten Befunde werden am gleichen Tag abdiktirt.
5. Die Befundschreibung soll am gleichen Tag der Befundung erfolgen.

1.2 Orientierungshilfen und Erreichbarkeit der Praxis

Institut für Pathologie Bad Kreuznach GbR
Dres.med. Martina und Per Knöß
Fachärzte für Pathologie, MIAC
Schumannstr.10
55543 Bad Kreuznach

Besuchen Sie uns unter www.patho-bk.de

Telefon: +49 671 73031
Telefon: +49 671 73032
Telefax: +49 671 76978

Öffnungszeiten Sekretariat:
Montag bis Freitag 7.30 – 17.00 Uhr

Öffnungszeiten Labor:
Montag bis Freitag 8.00 - 17.00 Uhr

1.3 Organisation des Probeneinganges

Für die Probenannahme besteht eine Verfahrensanweisung im QM-Handbuch. Zuständig ist die jeweils im schriftlich festgelegten Dienstplan eingeteilte Mitarbeiterin.

Die Mitarbeiter des Labors arbeiten in verschiedenen Schichten, so dass bis 17:00 Uhr eingehendes Untersuchungsmaterial inklusive Schnellschnitten bearbeitet werden kann.

Es bestehen einheitliche, an die Fachrichtung der Einsender angepasste Untersuchungsanträge.

Informationen zu Fixation und Probenversand sowie Einsendescheinbeispiele finden sich auf www.patho-bk.de.

1.4 Makroskopische Beschreibung und Präparateherstellung

Mit Hilfe eines leitlinienkonformen Zuschnitthandbuches, das Anweisungen in einheitlicher Form und Systematik für den probenspezifischen Zuschnitt von Proben enthält, gewährleisten wir eine konstante Qualität unseres Zuschnitts. Der Zuschnitt wird dabei an Besonderheiten des einzelnen Präparates angepasst, wobei spezielle Wünsche unserer Einsender berücksichtigt werden. Die Dringlichkeit der Präparateherstellung richtet sich nach den Vorgaben der Institutsleitung, der Kennzeichnung der Einsender und dem Fahrplan des Fahrdienstes.

1.5 Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen

Zielkennzahl: 90% der Befunde sollen binnen 24 h erstellt werden. Bei der Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen werden Leitlinien und die jeweils aktuelle TNM-Klassifikation als Grundlage genommen. Auf klinische Fragestellungen wird explizit eingegangen. Bei komplexen Fällen erfolgt eine hausinterne oder externe Interobservierung (Doppelbefundung) des Befundes.

1.6 Befundübermittlung von histologischen, zytologischen und Obduktionsbefunden

Zielkennzahl: 90% der Befunde sollen binnen 24 h übermittelt werden. Mit Hilfe einer speziellen Pathologie-Software werden Befunde per Fax oder Datenfernübertragung versendet. Bei Schnellschnitten, dringenden oder unvorhergesehenen Diagnosen erfolgt eine telefonische Befundübermittlung. Zusätzlich erfolgt ein Befundversand in Papierform per Post und Kurierdienst.

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

Neue Einsender erhalten ein „Starterpaket“, welches aus einheitlichen fachspezifischen Untersuchungsanträgen, Probengefäßen, frankierten Versandtüten und einem Formular zur Versandmaterial-Anforderung besteht. Eine weitere Informationsquelle ist die Institutswebsite www.patho-bk.de. Über Rundbriefe werden die Einsender über Veränderungen im Institut informiert. Für Angehörige bestehen Aufklärungsbögen zur HNPCC-Diagnostik und zur Obduktion.

1.8 Durchführung von Obduktionen und deren Demonstration

Zielkennzahl für Obduktionsbefunde: 3 Wochen. Wir nehmen Obduktionen an Erwachsenen nach einem standardisierten Schema vor und vermitteln die Obduktion von Totgeburten (>500g) und Fehlgeburten (<500g).

Totgeburten (>500g) bzw. Fehlgeburten (<500g) und Kinder obduzieren wir nicht selbst, da es im Institut für Pathologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz hierfür spezielle diagnostische Möglichkeiten gibt. Unsere Einsender bitten wir, die besonderen Vorschriften zum Transport von Totgeburten (>500g) zu beachten.

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Unser Ziel ist es, eng mit unseren Einsendern zu kooperieren und Ihnen qualitativ hochwertige pathologisch-zytologische Befunde mit hoher Servicequalität in möglichst kurzer Zeit zu übermitteln.

Dabei streben wir nach Zufriedenheit und kontinuierlicher Fortbildung von Ärzten und Mitarbeitern und wahren die Würde und Rechte von Patienten, Angehörigen, Bezugspersonen sowie Einsendern und Antragstellern.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Im Institut gibt es im Leitbild verankerte Ziele hinsichtlich der hohen Qualität der Untersuchungsbefunde und hinsichtlich der raschen Bearbeitungszeit.

Bei der Personalauswahl wird mit Augenmerk auf die gewünschte Befundqualität selbstverständlich auf die Bewerberqualifikation großer Wert gelegt.

2.3 Festlegung der Organisationsstruktur

Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind klar geregelt und auf viele „Schultern“ verteilt. Die Delegation von Zuständigkeiten und Verantwortung spiegelt die Wertschätzung und das Vertrauen in die Mitarbeiter wider. Die Mitarbeiter sind über das aktuelle Organigramm informiert.

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Die Institutsleitung wendet das Prinzip der „Führung im Auftrag“ an. Sie gibt mindestens das Ziel, den Zeiteinsatz, die einzuhaltenden Grenzen und ggf. die benötigten Kräfte vor. Auf Basis dieser Rahmenbedingungen sollen die Mitarbeiter das Ziel selbstständig verfolgen und erreichen.

Dies bedeutet, dass der Ausführende in der Durchführung des Auftrages weitgehend frei ist. Ziel ist eine große Flexibilität in der Auftragsdurchführung, eine wesentliche Entlastung der Institutsleitung und eine Bereicherung der Arbeit.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Zielplanung und betriebswirtschaftliches Konzept beeinflussen sich gegenseitig; so können im Rahmen der Zielplanung vorgegebene Ziele nur unter Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Daten erfolgen. Insbesondere in Bezug auf notwendige Investitionen geben die erzielten Einnahmen und ggf. auf deren Basis erhaltene Kredite die Möglichkeiten für die Zielplanung vor. Oberstes Planungsziel des betriebswirtschaftlichen Konzeptes ist es, die permanente Liquidität des Institutes zu gewährleisten.

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

Neuanschaffungen werden im Gespräch mit Mitarbeitern daraufhin geprüft, wie sie sich auf den Arbeitsablauf auswirken. Dabei wird als Idealvorstellung angestrebt, dass ein Gerät in Bezug auf die Leistungsanforderungen günstig ist, wirklich benötigt wird, die Probenqualität erhöht, die Fähigkeiten des Institutes erweitert oder aufrecht erhält und nach Möglichkeit zu einem geringeren Personaleinsatz, Materialverbrauch und zu einer schnelleren Bearbeitungszeit führt.

2.7 Umweltschutz

Die Entsorgung und ggf. das Recycling erfolgt über eine spezielle Entsorgungsfirma.

Wir legen auf eine ressourcenschonende Arbeitsweise Wert.

In der Praxis gibt es keine Prosektur.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften

Es erfolgt eine regelmäßige enge Abstimmung der Institutsleitung untereinander. Die Mitarbeiter werden regelmäßig über Veränderungen und Neuerungen informiert.

2.9 Information der Praxisleitung

Die Mitarbeiter haben Anweisung akute Probleme, die Sie nicht selbst lösen können oder Beschwerden der Einsender unverzüglich der Institutsleitung zu melden. Hierzu besteht eine Arbeitsanweisung im QM-Handbuch.

2.10 Soziale Kompetenzen/ Ethik

Die Würde des Patienten, die Wahrung seiner und der Rechte von Angehörigen, Bezugspersonen sowie Einsendern und Antragstellern sind Teil unserer Qualitätsziele.

Regelungen zum Umgang mit Würde, Rechten und Ansprüchen von Patienten, Angehörigen, Bezugspersonen sowie Einsendern und Antragstellern sind im QM-Handbuch hinterlegt. Besonderen Wert wird auf den Datenschutz gelegt.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Ein Personalmehrbedarf ergibt sich bei Gewinnung neuer Einsender oder Einführung neuer diagnostischer Methoden. Aus diesem Grund wird darauf geachtet, dass das Personal nach Möglichkeit nie völlig ausgelastet ist, sondern noch eine Einsatzreserve erhalten bleibt. Primär wird versucht einen Arbeitsmehrfall mit dem vorhandenen Personal zu lösen.

Ist die Einsatzreserve dauerhaft aufgebraucht (Indikatoren: gleichbleibende Erhöhung von Überstunden und Verzögerungen bei der Befundung), werden neue Arbeitskräfte eingestellt.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Die Festlegung der Qualifikationen orientiert sich an den Vorgaben des Berufsverbandes Deutscher Pathologen. Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen sind in einem QM-Handbuch hinterlegt. Das Personal wird gemäß seiner Stärken eingesetzt. Leistungsschwächer Mitarbeiter werden so eingesetzt, dass Sie nicht überfordert werden und konstruktiv in den Praxisablauf integriert werden.

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Fortbildungsbedarf ergibt sich im Rahmen neuer Anschaffungen oder neuer diagnostischer Methoden sowie bei neuen Aufgabenstellungen im Sekretariatsbereich. Zusätzlich besteht ein kontinuierlicher Fortbildungsbedarf zur Aufrechterhaltung vorhandenen Fachwissens bzw. Fähigkeiten. Darüber hinaus werden Fortbildungslücken von den Mitarbeitern persönlich geäußert oder von der Institutsleitung bei Bewertung der Arbeitsleistung festgestellt. Angestrebt wird mindestens eine Fortbildung/Mitarbeiter im Jahr, wobei eine Freistellung und Kostenübernahme erfolgt.

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Für die beiden Ärzte des Instituts erfolgt eine jährliche Vorausplanung der Fortbildung. Angestrebt wird mindestens eine Fortbildung/IAP-Seminar pro Arzt im Jahr, wobei die tatsächliche Anzahl aus eigenem Interesse und durch Vorgaben im Rahmen der betreuten Brustzentren und des Darmzentrums deutlich höher liegt.

Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Rheinland-Pfalz muss wiederkehrend erworben werden.

Die Institutsleitung verfügt zudem über eine ständig aktualisierte Auswahl an Fachbüchern und hat ein Online-Kombinationsabonnement für Fachzeitschriften abgeschlossen.

3.5 Ausbildung/ Praktikum

MTA-Schülerinnen haben die Möglichkeit im Rahmen Ihrer Berufsausbildung ein Praktikum zu machen. Es bestehen Einarbeitungsformulare mit deren Hilfe der Praktikumsfortschritt und eine Bewertung des Praktikanten anhand einer Notenskala vorgenommen werden.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Arbeitspläne für Ärzte, Labor- und Büromitarbeiter sind festgelegt. Im Labor-, Büro- und Ärzteteam gibt es zum Teil gleitende Arbeitszeiten, um die lange Präsenzzeit der Praxis zu gewährleisten.

Bei Bedarf werden Überstunden erbracht, die zumeist mit den Mitarbeitern im Vorfeld abgesprochen werden.

Überstunden werden dem jeweiligen Zeitkonto gut geschrieben und ab der 11. Stunde im Monat bezahlt oder mit Freizeit ausgeglichen.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung von Mitarbeitern im Laborbereich erfolgt mit Hilfe eines Einarbeitungsplanes in Form einer Checkliste. Mit dem neuen Mitarbeiter wird ein Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch geführt. Die existierenden Verfahrensanweisungen dienen neuen Mitarbeitern als Hilfestellung während ihrer Einarbeitungsphase.

Unterstützung erfahren sie von den Kollegen, fixe Ansprechpartner sind die Leitungen der einzelnen Bereiche. Regelungen sind im QM-Handbuch hinterlegt.

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Es gibt einen Kummerkasten zur kontinuierlichen in-house-Befragung.

Mitarbeiter können sich jederzeit an die Institutsleitung wenden.

Mitarbeiter bekommen die Gelegenheit Ihre Ideen zu testen.

Eine Mitarbeiterbefragung ist für die Zukunft geplant und ein Fragebogen wurde bereits erarbeitet.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Technische Voraussetzungen des Arbeiterschutzes (Augen-, Notfallduschen, Schutzkleidung, usw.) sind vorhanden. In gefährdeten Bereichen werden Schwangere grundsätzlich nicht eingesetzt.

4.2 Verfahren zum Brandschutz

Neben den baulichen Voraussetzungen sind sämtliche Flucht- und Rettungswege gekennzeichnet.
Eine ausreichende und überprüfte Anzahl an Löschmitteln ist vorhanden.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Labor befindet sich ein Erste-Hilfe-Schrank für dessen Vollständigkeit und Ausstattung eine Mitarbeiterin zuständig und verantwortlich ist. Die sehr selten auftretenden Verletzungen und Unfälle werden in einem Verbandsbuch dokumentiert. Ein Notfallhandbuch ist ausgehängt.

4.4 Hygiene in der Praxis

Hygienevorschriften hängen an entsprechenden Orten aus. Hygienevorschriften für den Sektionsbetrieb gibt es nicht, da in der Praxis keine Sektionen durchgeführt werden.

4.5 Umgang mit Labordiagnostika, -chemikalien und Antikörpern

Die Lösungsmittel und Reagenzien sind ordnungsgemäß in Sicherheitsbehältern gekennzeichnet und gelagert.

4.6 Absicherung der Praxisräume

Die Eingangstür des Institutes ist eine Sicherheitstür mit Sicherheitsschloss versehen. Die Schlüssel sind vor Vervielfältigung geschützt. Nur befugte Mitarbeiter erhalten gegen Unterschrift ein Exemplar des Schlüssels und damit die sog. Schlüsselgewalt. Die zuletzt das Institut verlassenden Mitarbeiter überprüfen den sicheren Verschluss.

5 Informationswesen

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

Das Institut für Pathologie verfügt über ein serverbasiertes Pathologie-Datenverarbeitungsprogramm. Die Arbeitsschritte sind im System nachvollziehbar dokumentiert und bauen aufeinander auf: Die Befunde sind in ihrem aktuellen Status einsehbar. Veränderungen und Erstellung von Statistiken dürfen nur von autorisierten Personen vorgenommen werden. Untersuchungsanträge, Schnittpräparate und Paraffinblöcke werden nach Vorschrift archiviert. Materialausgänge und -eingänge werden bei entsprechenden Anforderungen dokumentiert.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Die Schweigepflicht über Patientendaten ist Bestandteil der Arbeitsverträge. Praktikanten müssen eine entsprechende Vereinbarung unterschreiben. Auskünfte am Telefon erfolgen ausschließlich an Kollegen oder den Patienten direkt. Das EDV-System ist professionell gegen den Zugriff Dritter geschützt.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Befundkopien für Patienten werden an den behandelnden Arzt, an den Patienten gegen Vorlage eines Personalausweises und an Angehörige nur mit Vollmacht des Patienten herausgegeben. Hierzu besteht eine Verfahrensweisung im QM-Handbuch.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Es existiert ein speziell auf die Anforderungen der Praxis zugeschnittenes EDV-System. Neue Mitarbeiter werden in dieses Programm eingewiesen und darin geschult. Die Mitarbeiter sind mit gestaffelten Zugriffsberechtigungen darauf ausgestattet. Das EDV-System unterstützt die interne Qualitätssicherung durch automatische, namentliche Dokumentation der eingegebenen Vorgänge und durch die Ausgabe von Statistiken. Die Daten werden systematisch und kontinuierlich von Sicherungssystemen gespeichert und täglich eine Kopie der Daten auf einer Wechselplatte außerhalb des Instituts für Pathologie gelagert.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Ein Partner der Institutsleitung ist Qualitätsmanagementbeauftragter, dem eine Mitarbeiterin als Stellvertreterin zugeordnet ist.

6.2 Interne Qualitätssicherung

Folgende Verfahren kommen zur Anwendung:
Interobservvalidierung (Doppelbefundungen) bei unklaren Befunden oder schwierigen malignen Befunden.
Software gestützte Statistikerstellung für die gynäkologische Zytologie und Befundlaufzeiten.
Ärztliche Kontrolle von 5 % aller gynäkozytologischen Befunde und aller positiven Befunde.
Standardisierte Verfahren in der Präparation des Untersuchungsmaterials und Anfertigung der Färbungen.
Standardisiertes Protokoll bei Einführung neuer Antikörper.
Es werden in unregelmäßigen Abständen Teamsitzungen durchgeführt. Es sind Interne Audits für einzelne Funktionsbereiche geplant.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Folgende Maßnahmen der externen Qualitätssicherung werden durchgeführt:
Qualitätszirkel im Rahmen der Partnerschaft mit Tumorzentren, Teilnahme an Ringversuchen, Zusammenarbeit mit Referenzzentren für Pathologie, sowie Korrelationen klinischer und pathohistologischer Befunde im Rahmen der Teilnahme an wöchentlichen interdisziplinären Tumorkonferenzen.
Im Rahmen der Ringversuche lassen wir nicht nur die Qualität der technischen Leistungserbringung, sondern freiwillig auch unsere Bewertungsfähigkeiten prüfen. Zudem nehmen wir freiwillig an Ringversuchen teil, die uns nicht im Rahmen der Tumorzentren vorgeschrieben sind (z.B. Lymphom-Marker).

6.4 Nutzung von Befragungen

Die Meinung unserer Einsender und Mitarbeiter ist uns wichtig. Daher wollen wir in Zukunft Einsender- und Mitarbeiterbefragungen nutzen, um Stärken und Verbesserungspotential des Institutes zu identifizieren und Veränderungen im Sinne des PDCA-Zyklus, sowie des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVB) voranzutreiben.
Es werden onlinebasierte Einsenderbefragungen durchgeführt.
Eine Mitarbeiterbefragung ist geplant, ein Fragebogen wurde erarbeitet.

6.5 Beschwerdemanagement

Einsender haben die Möglichkeit Beschwerden und Anregungen im Rahmen der regelmäßigen Kontakte, per Telefon, schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Diese Rückmeldungen werden als wichtiges Element der Qualitätssicherung und -verbesserung erachtet, weshalb ihnen unmittelbar Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Beschwerden von Einsendern führen unmittelbar zur Analyse des Anlasses der Beschwerde, Ableitung von Konsequenzen und Umsetzung von Maßnahmen zum Abstellen des Beschwerdegrundes. Im QM-Handbuch gibt es eine Verfahrensanweisung für das Beschwerdemanagement.