

Qualitäts- management- Handbuch



Gastrocentrum
Oldenburg

Dr. Jens Behrends
Dr. Lars Paulenz
Dr. Anke Schütte

Fachärzte für Innere Medizin | Gastroenterologie
Partnerschaft

Ofener Straße 30
26121 Oldenburg



Dr. Jens Behrends
Dr. Lars Paulenz
Dr. Anke Schütte
Fachärzte für Innere Medizin /
Gastroenterologie | Partnerschaft



Handbuch Exemplar Nr. 01

Praxis Dr. J. Behrends / Dr. Lars Paulenz / Dr. Anke Schütte
Ausgabedatum: 01.02.2017
Unterliegt dem Änderungsdienst

Hiermit wird das vorliegende Handbuch in Kraft gesetzt.
Oldenburg, den 01.02.2017

Unterschrift der Praxisleitung



Kapitel	Titel
1.	Inhaltsverzeichnis
2.	Funktion und Geltungsbereich des Qualitätsmanagement-Handbuch
2.1.	Ziel und Geltungsbereich
2.2.	Benutzerhinweise
2.3.	Erläuterungen, Begriffe, Abkürzungen
3.	Das Qualitätsmanagementsystem (Allgemein)
3.1.	Prozessarten
3.2.	Dokumentationshierarchie
4.	Das Qualitätsmanagementsystem (Speziell)
A	Vorstellung der Praxis für Innere Medizin-Gastroenterologie
B	Leitbild unserer Praxis für Magen-, Darm- und Lebererkrankungen
C	Prozessstruktur der Praxis
D	Der Kernprozess
E	Führungsprozesse
F	Unterstützungsprozesse
5.	Organigramm
	Beauftragtenorganisation
6.	Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen
7.	Externe und interne Kommunikation
8.	Messung und Überwachung der Qualitätsziele
9.	Fehlermanagement
10.	Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
11.	Interne Audits
12.	Anhang: DVL



2. Funktion und Geltungsbereich des QM-Handbuches

2.1. Ziel und Geltungsbereich des QM-Handbuches

Dieses vorliegende Handbuch ist ein Teil des Qualitätsmanagement-Systems der Arztpraxis für Gastroenterologie in Oldenburg. Die Regelungen des QM-Systems sind mit diesem Qualitätsmanagement-Handbuch systematisch dokumentiert.

Das QM-System umfasst die Gesamtheit aller Maßnahmen (Aufbau, Organisation, Verantwortlichkeiten, Prozesse, Verfahren und Ressourcen) zur Verwirklichung der Qualitätspolitik und Qualitätsziele. Dabei entspricht das QM-System auch den Forderungen des international anerkannten Standards DIN EN ISO 9001:2008, was regelmäßig im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens bestätigt wird.

Der Geltungsbereich des QM-Systems umfasst die gesamte Arztpraxis mit den jeweils angebotenen Leistungen.

Das Qualitätsmanagement-Handbuch ist die Basis-Dokumentation des QM-Systems, d.h. es enthält Festlegungen zu Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung sowie die Beschreibung der Maßnahmen zur Qualitätsförderung.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017



2.2. Benutzerhinweise

Die Verteilung des Managementhandbuches bzw. einzelner Kapitel erfolgt als Papiausdruck durch den Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB). Die gültige Fassung wird entsprechend der Unterschriftenleiste unterzeichnet und damit verbindlich in Kraft gesetzt. Die Praxisleitung stellt sicher, dass alle Mitarbeiter Zugriff auf das Qualitätsmanagement-Handbuch und die gültigen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen haben.

Papierversionen, die ungültig sind, dürfen nicht mehr verteilt werden. Ungültige Versionen sind systematisch aus dem Umlauf zu ziehen, als ungültig erklärte Dokumente und Versionen zu kennzeichnen und als Referenzexemplar aufzubewahren. Die Verantwortlichkeiten für die Kennzeichnung und Archivierung ungültiger QM-Dokumente liegen bei dem QMB.

Der QMB ist Herausgeber und Ansprechpartner für dieses QM-Handbuch. Es wird von dem QMB laufend geprüft und den neuen Gegebenheiten angepasst. Aktualisierungen des Qualitätsmanagement-Handbuches werden vom QMB nach Inkraftsetzung eingepflegt und den Mitarbeitern kundgetan.

Um Änderungen einzelner Passagen möglich zu machen, sind die Seiten des Handbuches kapitelweise durchnummeriert. Bei jedem Kapitel ist der gegenwärtige Änderungsstand aus der Revisionsnummer und dem Freigabedatum der aktuellen Version ersichtlich. Der QMB ist für die Zusammenstellung, Änderung, Nummerierung und Verteilung des Handbuchs sowie für die Aufbewahrung veralteter Versionen zuständig. Die Praxisleitung prüft das QM-Handbuch und gibt einzelne, aktualisierte Kapitel jeweils frei.

Der Revisionsindex der ersten freigegebenen Fassung ist 1 und erhöht sich fortlaufend in ganzen Zahlen. Das betroffene Kapitel und das aktualisierte Inhaltsverzeichnis werden ausgedruckt, gemäß Unterschriftenleiste unterzeichnet und die aktualisierte Form im gültigen Handbuch ausgetauscht. Die Mitarbeiter setzen sich dann selbständig über den Inhalt der Änderungen in Kenntnis. Überprüft wird dies in den internen Audits.

Das Qualitätsmanagementhandbuch hat vertraulichen Charakter und ist Eigentum der Praxis. Es darf nicht ohne Zustimmung des QMB in seiner Funktion als Beauftragter der Leitung kopiert und weiter verteilt werden. Lediglich Informationsexemplare können mit Zustimmung der Praxisleitung an Externe herausgegeben werden. Es darf Kunden, Lieferanten und Kooperationspartnern als Dokumentation unseres Qualitätsmanagements ganz oder auszugsweise zur Einsichtnahme übergeben werden. Die Einwilligung hierzu ist beim QMB einzuholen, der jeweils Rücksprache mit der Praxisleitung hält.

In den QM-Dokumenten wird bei Personen zumeist die männliche Form verwendet. Dies dient allein der textlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit. Weibliche Personen sind selbstverständlich gleichermaßen angesprochen.



2.3. Erläuterungen, Begriffe, Abkürzungen

Folgende Abkürzungen werden in diesem Qualitätsmanagementsystem benutzt. Die angefügten Erläuterungen sollen den Umgang mit diesem Handbuch und die Umsetzung der Inhalte für alle Beteiligten erleichtern.

A	= Arzt/Ärzte
AA	= Arbeitsanweisung
AH	= Arzthelferin / medizinische Fachangestellte
DIN	= Deutsche Industrie-Norm oder Deutsches Institut für Normung
EN	= Europäische Norm
FB	= Formblatt
ISO	= International Organization for Standardization
KVP	= kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MA	= Mitarbeiter/in
QM	= Qualitätsmanagement
QMB	= Qualitätsmanagementbeauftragte/r
QMH	= Qualitätsmanagementhandbuch
QMS	= Qualitätsmanagementsystem
US	= Untersuchung
VA	= Verfahrensanweisung

Abweichung

Nichterfüllung einer Forderung. Abweichungen können sowohl Beschwerden (im Sinne von extern festgestellter Abweichung) als auch Fehler im Rahmen von Kern- oder Unterstützungsprozessen sein. Die Nichterfüllung von gesetzlichen, anderen rechtlichen oder normativen Anforderungen gilt als Abweichung in diesem QM-System.

Arbeitsanweisung (AA)

Der Begriff Arbeitsanweisungen umfasst qualitätsrelevante Unterlagen, die eine definierte Vorgehensweise im Detail vorgeben. Arbeitsanweisungen beinhalten detaillierte Handlungsanweisungen für Tätigkeiten, an denen nur eine Person beteiligt ist, bzw. für einzelne Arbeitsplätze. Es kann sich sowohl um ausführliche textliche Beschreibungen als auch um kurze abzuarbeitende Listen (z.B. Checklisten oder Formblätter) handeln.

Aufzeichnungen

Nachweis über ausgeführte Tätigkeiten oder erreichte Ergebnisse.

Audit

(von lat. „hören“; synonym Qualitätsaudit)

Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Nachweisen über die Normkonformität eines QM-Systems und zur Überprüfung von dessen Wirksamkeit und Aktualität im Hinblick auf festgelegte Qualitätsziele.



Auditoren

Auditoren werden die Personen genannt, die die regelmäßigen Untersuchungen (Audits) des QM-Systems durchführen. Sie müssen für diese Tätigkeit (intern oder extern) geschult sein und sollten nicht aus dem zu auditierenden Bereich stammen.

Dienstleistung

Immaterielles Produkt, das das Ergebnis mindestens einer Tätigkeit ist, die an der Schnittstelle zwischen dem Lieferanten und dem Kunden ausgeführt wird.

Entwicklung

Entwicklung im Sinne der referenzierten Norm findet bei uns nicht statt.

Externe Dokumente

Regelwerke und Empfehlungen wie Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Normen und Leitlinien, die einschlägig sind oder aus internen Überlegungen heraus als gültig anerkannt werden (z.B. auch vorgegebenen Formblätter von Kostenträgern oder externen Dienstleistern).

Fehler

Nichterfüllung einer Forderung

Formblatt

Formblätter dienen der einheitlichen Aufzeichnung eines spezifischen Vorganges. Sie können inhaltlich mehreren Verfahrens- oder Arbeitsanweisungen zugeordnet sein. Eine Auflistung aller gültigen Formblätter ist diesem Handbuch beigelegt.

Konformität

Erfüllung einer Forderung

Kunde

Organisation oder Person, die ein Produkt empfängt. Beispiel: Verbraucher, Klient, Endanwender, Nutznießer und Käufer.

Lieferant

Organisation oder Person, die ein Produkt bereitstellt.

Management-Review

(in Anlehnung an DIN EN ISO 9001:2008, 3.8.7)

Tätigkeit zur Ermittlung der Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des QM-Systems in Bezug auf das Leitbild und die Ziele durch die Praxisleitung.

Merkmal

Kennzeichnende Eigenschaft



PDCA-Zyklus

PDCA bedeutet Plan, Do, Check, Act. Er wird gewöhnlich auch als „Deming-Zyklus“ bezeichnet. Der PDCA-Zyklus ist das Herzstück des Qualitätsmanagements und sollte sich in den Abläufen aller risiko-, qualitäts-, ökonomisch- und servicerelevanten Prozesse wiederfinden.

Politik und Strategie

Grundlegende Taktiken zur Führung der Praxis und ihrer Mitarbeiter hin zu den gesetzten Zielen.

Produkt

Ergebnis eines Prozesses

Prozess

In Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehende Tätigkeiten, die Eingaben in Ergebnisse umwandeln.

Prozessbesitzer

Verantwortlicher für Verfahren, er übernimmt die Verantwortung für Gestaltung, Qualität und Verbesserung eines Prozesses in Abstimmung mit der Praxisleitung

Qualität

Grad, in dem ein Produkt oder eine Dienstleistung eine festgelegte Anforderung erfüllt.

Qualitätsaufzeichnungen

Qualitätsaufzeichnungen sind Unterlagen, die bei der Durchführung eines Prozesses entstehen und Aufschluss über dessen Verlauf und Ergebnis geben können.

Qualitätsmanagement

(in Anlehnung an DIN EN ISO 9001:2008)

Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität

Qualitätsmanagement-Bewertung (QM-Bewertung)

Die QM-Bewertung ist die Prüfung der Eignung des QM-Systems im Hinblick auf definierte Ziele und externe Erfordernisse (vgl. Management-Review)

Qualitätsmanagement-Dokumente (QM-Dokumente)

Als QM-Dokumente werden solche Unterlagen verstanden, die Qualitätsvorgaben und Qualitätsforderungen sowie ablauf- bzw. aufbauorganisatorische Regelungen zum QM-System enthalten. Im Einzelnen zählen dazu:

- das QM-Handbuch
- die Verfahrensanweisungen
- die Arbeitsanweisungen



Qualitätsmanagementhandbuch (QM-Handbuch, QMH)

Das QM-Handbuch enthält neben der Qualitätspolitik die grundlegenden Vorgaben zur Verwirklichung der aus der Qualitätspolitik abgeleiteten Qualitätsziele wie Begrifflichkeiten, Organigramm, Führungs- und Behandlungsprinzipien sowie Angebote und Zielsetzungen der einzelnen Inhaltsbereiche.

Insofern beschreibt es die grundsätzliche Aufbau- und Ablauforganisation der Praxis und des QM-Systems. Es dient als ständige Referenz für die Verwirklichung, Aufrechterhaltung und Verbesserung des QM-Systems. Im QM-Handbuch wird auf die nachgeordneten QM-Verfahrensweisungen verwiesen.

Qualitätsmanagementsystem (QM-System, QMS)

System zum Leiten und Lenken einer Organisation im Hinblick auf Qualität durch das Festlegen von Politik und Zielen sowie von Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele.

Qualitätspolitik= Leitbild

Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wurden.

Rückverfolgbarkeit

Fähigkeit, den Werdegang, die Verwendung oder den Ort des Betrachteten zu verfolgen

Verbesserung

Aktivität zur Erreichung eines optimierten Zustandes. Verbesserungsmaßnahmen können sein: Korrekturmaßnahmen, Vorbeugungsmaßnahmen und Optimierungsmaßnahmen.

Verfahren

Festgelegte Art und Weise eine Tätigkeit oder einen Prozess auszuführen.

Verfahrensweisungen (VA)

Verfahrensweisungen konkretisieren die grundsätzlichen Festlegungen des Qualitätsmanagement-Handbuches. Sie regeln Tätigkeiten, an denen mehrere Personen beteiligt sind, und enthalten Verweise auf Arbeitsanweisungen, externe Regelwerke, Formblätter und Qualitätsaufzeichnungen.

Ziel

Ziele müssen klar definiert sein, d.h. überprüfbare Zielerreichungskriterien und ein klares Zeitlimit enthalten.

Zielarten:

- Praxisziele (z. B. Einführung eines neuen Behandlungsangebotes bis Termin X)
- Qualitätsziele
- Ziele der Mitarbeiter



Dr. Jens Behrends
Dr. Lars Paulenz
Dr. Anke Schütte
Fachärzte für Innere Medizin /
Gastroenterologie | Partnerschaft

2. Funktion und Geltungsbereich des QM-Handbuches

2.3. Erläuterungen, Begriffe,
Abkürzungen

Zur Zielerreichung benötigt man Mittel, die entsprechend der Ziele geplant und eingesetzt werden. Für die aktuellen Ziele müssen die Verantwortlichkeiten, Maßnahmen und Überprüfungszyklen festgelegt sein.



3. DAS QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM (ALLGEMEIN)

3.1. PROZESSARTEN

Das Qualitätsmanagementsystem (QMS) der Praxis für Gastroenterologie orientiert sich an den praxiseigenen Abläufen. Es basiert auf den unten genannten Prozessen und ist unter Beachtung der Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2008 aufgebaut.

Das Qualitätsmanagementsystem der Praxis enthält Regelungen für alle qualitäts-, risiko- und kostenrelevanten Prozesse. Es umfasst alle Bereiche und ist für Praxisinhaber und die Mitarbeiter bindend.

In diesem Qualitätsmanagementsystem werden drei Arten von Prozessen unterschieden, die in definierter Weise zueinander in Beziehung stehen.



Abbildung 1: Prozessmodell

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arıcı
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arıcı
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017

Der zentrale Punkt des Unternehmens und dieses Schemas sind die Kernprozesse der Praxis. Im Ablauf der Kernprozesse werden Vorgaben bzw. Anforderungen von Patienten und/oder anderen Interessensgruppen in Leistungen umgesetzt und ergeben entsprechende, messbare Ergebnisse. Diese Resultate werden in geeignetem Umfang gemessen und bewertet. Die Analyseergebnisse fließen dann wiederum in die Planung und Ausrichtung der Praxisarbeit ein. Diese planerischen und strategischen Entscheidungen sind als Führungsprozesse im QM-System wiederzufinden. Die Führungsprozesse sollen einen dauerhaften und erfolgreichen Bestand der Einrichtung gewährleisten.

Außerdem werden Unterstützungsprozesse benötigt: diese betreffen im wesentlichen das Personal mit einzelnen, wichtigen - wenn auch nicht zwingend wertschöpfenden - Prozessen. Das Zusammenspiel der einzelnen Prozesse, der Kernprozesse, der Führungsprozesse und der unterstützenden Prozesse, führt zu einer konsequenten, kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit in der Praxis für Gastroenterologie.



3.2. DOKUMENTATIONSHIERARCHIE

Im QM-System ist die Dokumentation ein wichtiges Element. So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig - so heißt die Devise für dieses Unternehmen. Die QM-Dokumentation verfolgt eine vorgegebene Struktur, die hierarchisch aufgebaut ist. Das gesamte, umfassend dokumentierte QM-System ist in Qualitätsmanagementhandbuch, in Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Formblättern und mitgeltenden Dokumenten (z.B. Gesetzestexte) unterteilt.

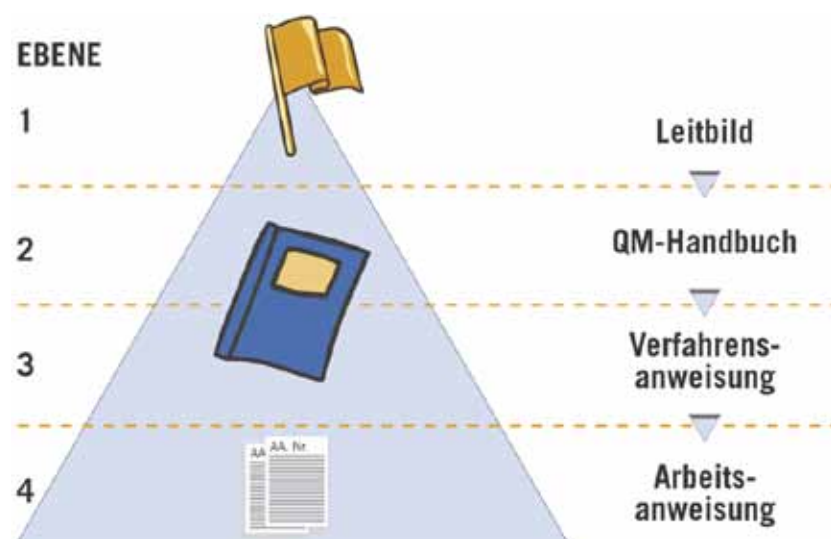


Abbildung 2: Dokumentationshierarchie

Die Dokumentenverwaltungsliste stellt sicher, dass die Mitarbeiter stets über die aktuell gültigen Versionen aller Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Formblätter und mitgeltenden Dokumente informiert sind.

Der Qualitätsmanagementbeauftragte ist zuständig für den Aufbau und die Pflege des Systems. Er ist als Stabsstelle direkt unterhalb der Praxisleitung angesiedelt und hat Weisungsbefugnis in QM-relevanten Angelegenheiten.

Vorschläge zur Änderung bestimmter QM-Dokumente können in Teambesprechungen vorgetragen werden, formal bewertet und inhaltlich der Praxisleitung vorgestellt werden. Diese gibt die Änderungen frei. Über Änderungen und Aktualisierungen werden die Mitarbeiter vom QMB in den regelmäßigen Teambesprechungen informiert.

Alle Mitarbeiter können auf das Handbuch zugreifen, welches in Papierform und in der EDV existiert. Der QMB ist für die gesamte Steuerung der QM-Dokumentation zuständig.



Um die Aktualität des QM-Systems zusätzlich zu überprüfen und Hinweise auf Verbesserungspotentiale zu erhalten, führt der QMB jährlich in den im Organigramm definierten Funktionsbereichen interne Audits durch. Die Ergebnisse werden protokolliert.

Jährlich wird vom QMB ein Qualitätsbericht erstellt. In diesem Bericht werden die Entwicklungen und Bewertungen des QM-Systems dargestellt. Weitere Bestandteile des Qualitätsberichts sind mögliche Ergebnisse von Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen, Berichte aus den Teamsitzungen und das Kennzahlensystem (harte Daten).

In der QM-Bewertung überprüft die Praxisleitung, ob die mit dem QM-System verbundenen Anforderungen und Ziele erfüllt wurden (Management Review). Insbesondere bewertet sie, inwieweit das QM-System zur Erreichung der gesteckten unternehmerischen Ziele diene. Sie legt für das folgende Jahr neue Anforderungen und Ziele fest. Aus Audits und QM-Bewertung abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden von dem QMB dokumentiert, verfolgt und der Status bzw. erfolgreiche Abschluss abgezeichnet.

Eine besondere Aufgabe eines funktionierenden QM-Systems ist die Rückverfolgbarkeit von Leistungen und Abläufen. Mit unserem Qualitätsmanagementsystem wird gewährleistet, dass dieser besonders in der Patientenversorgung relevante Aspekt immer erfüllt wird. In allen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen wird beschrieben, wie und wo im Prozessablauf eine Kennzeichnung und Dokumentation zu erfolgen hat.

Beispiele:

- Namenskürzel MA im Laborbuch/ hinter der Terminart im Terminkalender oder auf Formblättern (z.B. Telefonliste etc.)

Diese Regelungen dienen dazu, fehlerhafte Leistungen schnell zu erkennen und einer Bearbeitung zugänglich zu machen.

Soweit möglich und sinnvoll, wurden für die Kernprozesse Ziele; Kriterien und Überwachungszyklen festgelegt, die eine Beurteilung der Prozessqualität erlauben. Einmal jährlich werden diese Kriterien von den Prozessbesitzern auf Aktualität und Angemessenheit geprüft und gegebenenfalls abgeändert. Bei Prozessen, für die Prüfkriterien nicht existieren oder sinnvoll erscheinen, wird mit den Prozessbesitzern besprochen, ob die Prozesse die an sie gestellten Anforderungen erfüllen (insbesondere Anforderungen der Patienten).

Über diese jährliche Prüfung wird Protokoll geführt. Die Beurteilung der Prozessqualität kann auch gekoppelt an die Prüfung der Wirksamkeit des QM-Systems gekoppelt werden (sprich: mit dem Management-Review verbunden werden).



4. DAS QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM (SPEZIELL)

4.A VORSTELLUNG GASTROCENTRUM OLDENBURG

Das Gastrocentrum Oldenburg ist eine Facharztpraxis für Gastroenterologie. Die Praxis befindet sich in der Ofener Str. 30 in Oldenburg auf einer Fläche von ca. 300 m². Die Praxis wurde 1995 an diesem Standort von Dr. med. Michael Neumeyer eröffnet.

Umfangreiche Modernisierungsmaßnahmen erfolgten im Juli 2010 und März 2012 mit Unterstützung eines Architekturbüros. Behandlungs- und Büroräume wurden erweitert: In natürlicher und moderner Atmosphäre sollen sich Patienten und Mitarbeiter gleichermaßen wohlfühlen.

Die Verkehrsanbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist optimal, die Bushaltestelle befindet sich ca. 50 m vom Praxiseingang entfernt. Fünf Parkplätze werden vor dem Haus bereitgestellt.

Die Praxis ist für Körperbehinderte (z.B. Rollstuhlfahrer) über einen Fahrstuhl zu erreichen, ist behindertengerecht gestaltet (z.B. keine Türschwellen, ausreichend breite Türrahmen sowie große behindertengerechte Toilette).

Im Februar 1988 übernahm der ursprüngliche Praxisinhaber Dr. med. Michael Neumeyer eine zuvor überwiegend hausärztlich-internistisch geführten Arztpraxis. Die beabsichtigte Entwicklung zu einer gastroenterologischen Schwerpunktpraxis mit nur noch kleinem hausärztlich geführten Patientenstamm entwickelte sich kontinuierlich, begünstigt insbesondere durch den Umzug in die oben genannten Praxisräume im Juni 1995..

Zum 01.08.2010 trat Frau Dr. med. Anke Schütte als gleichberechtigte Partnerin in die gastroenterologische Praxis ein. Frau Dr. med. Anke Schütte war zuvor langjährig als leitende Oberärztin im Klinikum Oldenburg, Klinik für Innere Medizin/ Gastroenterologie, Klinikdirektor Prof. Dr. med. Hans Seifert, tätig.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Zum 01.04.2012 wurde die Partnerschaft um Herrn Dr. med. Jens Behrends erweitert, der seinen Praxissitz von der Danziger Str. 6 in Oldenburg in die bestehenden Räumlichkeiten verlegte. Herr Dr. med. Jens Behrends war zuvor mehrere Jahre als Oberarzt im Klinikum Oldenburg bei Prof. Dr. med. Hans Seifert tätig.

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Am 01.08.2015 schied Herr Dr. med. Michael Neumeyer aus Altersgründen aus der Partnerschaft aus, Dr. med. Lars Paulenz trat als gleichberechtigter Partner die Partnerschaft ein. Herr Dr. med. Lars Paulenz war zuletzt als Oberarzt im St. Josef-Stift in Bremen (Prof. Dr. med. Stefan Teysen) tätig.

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017

Die Versorgung der Patienten erfolgt angepasst an individuelle Bedürfnisse und Notwendigkeiten auf technisch höchstem Niveau. Die diagnostischen und therapeutischen Methoden entsprechen den Anforderungen einer modernen Medizin.



Unsere Patienten werden umfassend informiert und in diagnostische und therapeutische Entscheidungsprozesse einbezogen. Bei Bedarf erfolgt eine Kooperation mit Spezialabteilungen (chirurgische und onkologische Zentren sowie gastroenterologische Zentren mit speziellen Schwerpunkten). Das Gastrocentrum Oldenburg ist zertifizierter Kooperationspartner des Darmkrebszentrum Oldenburg, Pius Hospital.

Fortbildungsveranstaltungen für die Praxisinhaber und die medizinischen Fachangestellten erfolgen regelmäßig und werden ausdrücklich gefördert.

Die Praxis erfüllt alle sicherheitstechnischen Voraussetzungen für Mitarbeiter und Patienten.

Das Leistungsspektrum kann auf der Internetseite (www.gastrocentrum-oldenburg.de) eingesehen werden.

Die Einführung des systematischen Qualitätsmanagements seit 2005 sorgt für die stetige Verbesserung der Prozessqualität und Leistungen in der Patientenversorgung.



4.B LEITBILD UNSERER PRAXIS FÜR MAGEN-, DARM- UND LEBERERKRANKUNGEN

Unser höchstes Ziel ist es, die Gesundheit unserer Patienten zu schützen, zu erhalten und wiederherzustellen.

Wir arbeiten für

- höchstmögliche Patientenzufriedenheit
- bestmögliche Diagnostik, Therapie und Prävention
- permanente Qualitätsverbesserung der Arbeits- und Organisationsabläufe

Wir legen Wert auf eine angenehme Arbeitsatmosphäre. Unser Umgangston ist freundlich, die Kommunikation ist offen und von Kollegialität und gegenseitiger Achtung geprägt.

Wir erwarten und fördern regelmäßige Fortbildungen des Behandlungsteams.

Unsere Teambesprechungen dienen der Kontrolle der Abläufe und Diskussion über sinnvolle Veränderungen und Verbesserungen der Arbeitsprozesse für eine optimale Patientenversorgung. Dabei werden Ihre Anregungen, Lob und Kritik berücksichtigt.

Wir wünschen uns, dass Sie mit uns fachlich und menschlich zufrieden sind und sich in unserer Praxis gut aufgehoben fühlen.



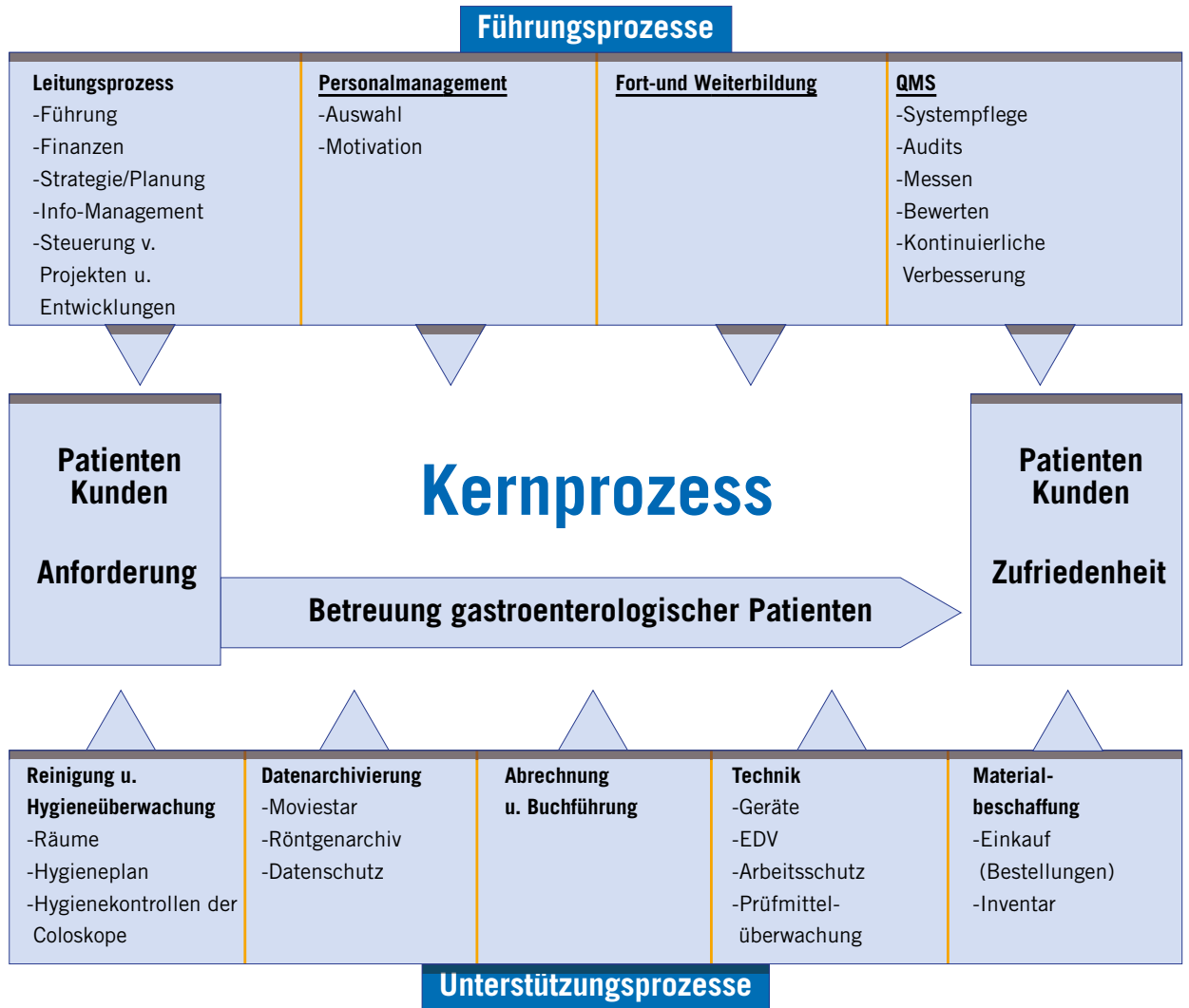
4.C PROZESS-STRUKTUR DER PRAXIS

Die Prozesse (synonym: Abläufe) ergeben sich durch eine sinnvolle, chronologische Abfolge einzelner Tätigkeiten. Entsprechend des primären Charakters eines Prozesses und seiner Bedeutung für die Praxis unterscheiden sich in unserem Qualitätsmanagementsystem drei Arten von Abläufen:

- 1. Führungsprozesse**
- 2. Unterstützungsprozesse**
- 3. Kernprozess**

Die Prozesse sind in Form von Verfahrensanweisungen dokumentiert. Für jeden Prozess ist ein Prozessbesitzer definiert und in der Fußzeile der Verfahrens- oder Arbeitsanweisung namentlich genannt (Spalte „Erstellt“).

Die Abläufe werden regelmäßig überwacht, reflektiert und aktualisiert. Die Steuerung dieser ständigen Verbesserung übernimmt der jeweilige Prozessverantwortliche in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten. Impulse zur Verbesserung in jedem der einzelnen Prozesse kann unabhängig von der formalen Zuständigkeit jeder Mitarbeiter geben. Die Gültigkeitserklärung (Freigabe) erfolgt durch die Praxisleitung entsprechend der intern gültigen Regelungen (siehe Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen).





4.D DER KERNPROZESS

Der Kernprozess beschreibt die Kernkompetenz der Praxis. Sie bildet die wirtschaftliche Basis des Unternehmens, da durch sie die monetäre Wertschöpfung erfolgt. Der Kernprozess ist funktionsübergreifend angelegt. Er erbringt Leistungen für unsere Patienten, die als Kunden definiert sind.

Der Kernprozess ist die:

- **Gastroenterologische Betreuung**

Prozessbesitzer aller Kernprozesse sind die Praxisinhaber in ihrer Funktion als fachärztliche Kompetenz (Fachärzte für Innere Medizin/ Gastroenterologie). Alle Aktivitäten im Rahmen der Kernprozesse orientieren sich an nationalen und internationalen Standards.

Die einzelnen Kernprozesse sind im Qualitätsmanagementsystem als Verfahrensanweisung definiert. Durch die jeweiligen Prozessbesitzer werden die Abläufe und die Verfahrensanweisungen regelmäßig überprüft und aktualisiert.

Kernprozess Gastroenterologische Betreuung

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit gastroenterologischen Erkrankungen bzw. Beschwerden stellt die Kernkompetenz unserer Praxis dar.

In der Regel werden Patienten mit gastroenterologischen Beschwerden oder zur Vorsorge von ihrem Hausarzt zur Diagnostik und Therapie überwiesen. Als Ausnahme ist es möglich, dass sich Patienten ohne vorherigen Kontakt zu einem zuweisenden Kollegen vorstellen.

Die gastroenterologische Diagnostik orientiert sich an den Angaben auf dem Überweisungsschein. Bei vom zuweisenden Kollegen offen gelassener Fragestellung wird das weitergehende diagnostische und/ oder therapeutische Vorgehen von den Praxisinhabern dem Patienten vorgeschlagen und festgelegt.

Ziel der gastroenterologischen Betreuung ist die der Krankheitssituation und dem Beschwerdebild des Patienten angemessene medizinische Betreuung.

Befunde werden mit dem Patienten besprochen und an den zuweisenden Arzt übermittelt in schriftlicher Form, in dringenden Fällen telefonisch. Komplexe Erkrankungen werden mit weiteren fachärztlichen Kollegen bzw. spezialisierten Zentren besprochen und die Weiterbehandlung organisiert.



4.E DIE FÜHRUNGSPROZESSE

Die Praxisleitung ist für die Führung und Weiterentwicklung der Praxis sowie für die Repräsentation nach außen verantwortlich. Ein Ziel der Leitung ist die Zukunftssicherung des Unternehmens. Zu den Aufgaben der Leitung gehören neben der strategischen Ausrichtung die Personalorganisation und die Verantwortung für eine kontinuierliche Verbesserung. Die Praxisleitung überprüft mindestens jährlich die eigenen Strategien, die Zieldefinition und die Bewertung des QM-Systems.

Als Führungsprozesse sind in der Praxis für Gastroenterologie definiert:

- **Leitungsprozess**
- **Personalmanagement**
- **Fort- und Weiterbildung**
- **QMS**

Leitungsprozess

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „FP Leitungsprozess“

Personalmanagement

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „FP Personalmanagement“

Fort- und Weiterbildung

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „FP Fort- und Weiterbildung“

QMS

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „FP QMS“



4.F DIE UNTERSTÜTZUNGSPROZESSE

Um den Kernprozess der Praxis effektiv und von hoher Qualität umzusetzen bedarf begleitender Abläufe, die als Unterstützungsprozesse bezeichnet werden.

Durch die Zuverlässigkeit und Effektivität der unterstützenden Abläufe, ist die hochwertige Erbringung des Kernprozesses erst möglich. Die Unterstützungsprozesse sind in Verfahrens- und detaillierteren Arbeitsanweisungen festgelegt. Durch die Kombination des Kernprozesses mit den Unterstützungsprozessen ergibt sich für alle (Patient, Kunde und Mitarbeiter) ein strukturierter und steuerbarer Ablauf.

Die Unterstützungsprozesse unserer Praxis lauten:

Reinigung und Hygieneüberwachung

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „UP Reinigung und Hygieneüberwachung“

Datenarchivierung

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „UP Datenarchivierung“

Datenschutz

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „UP Datenschutz“

Abrechnung und Buchführung

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „UP Abrechnung und Buchführung“

Technik

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung „UP Technik“

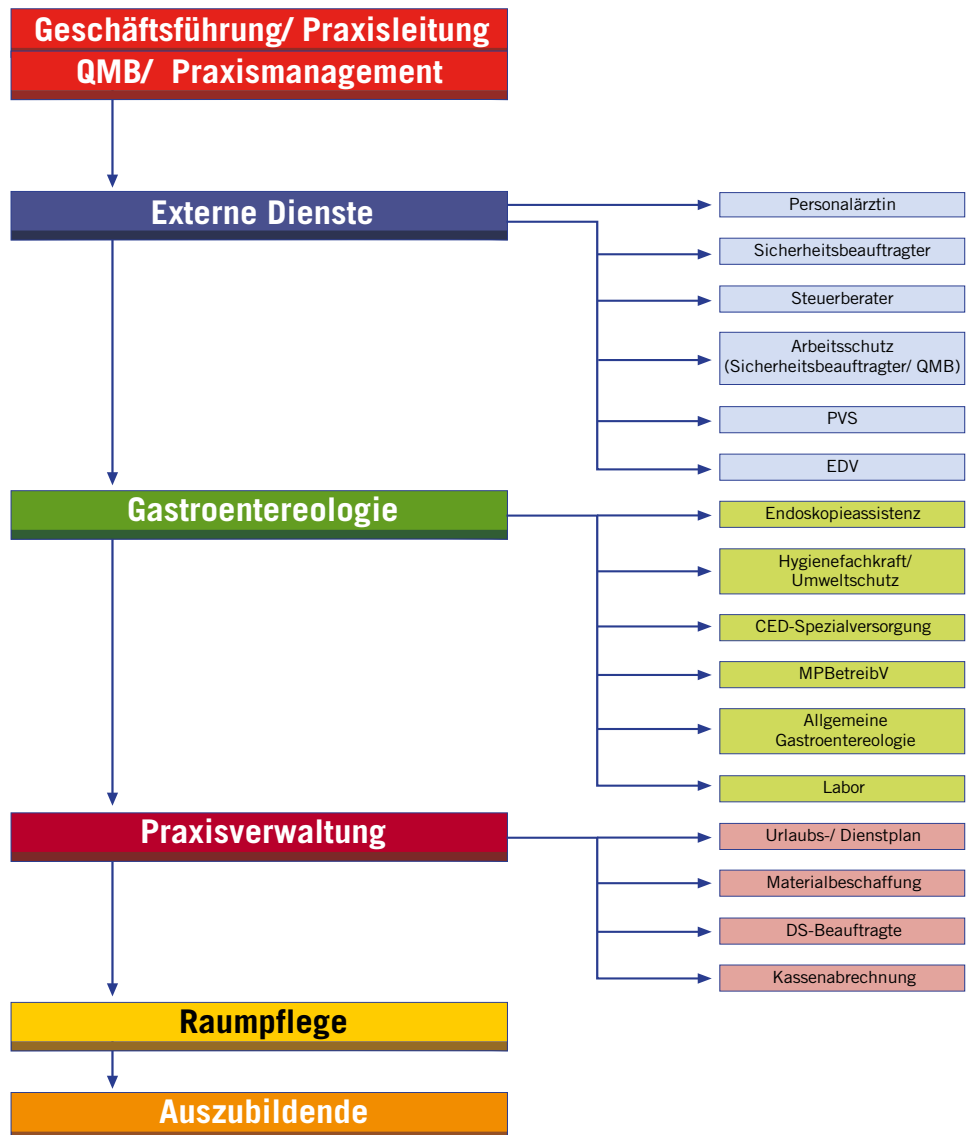
Materialbeschaffung

Einzelheiten hierzu in der Verfahrensanweisung UP „Materialbeschaffung“



5. ORGANIGRAMM

Das funktionsbezogene Organigramm gibt die Aufbauorganisation der Praxis wieder. Ausführliche Stellenbeschreibungen für alle Mitarbeiter befinden sich getrennt hiervon im Verantwortungsbereich der Praxisleitung.



Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017



Praxisleitung/ GF/ QMB:

Die betriebswirtschaftliche und strategische Führung der Praxis obliegt den Praxisinhabern. Sie sind sowohl für die medizinisch-fachliche Steuerung sowie gemeinsam mit der QMB für die Planungen und Umsetzungen im Rahmen des Qualitätsmanagements zuständig.

Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB):

Der QMB wird von der Praxisleitung benannt, der Name ist der Praxisleitung bekannt.

Hygienebeauftragte:

Die Hygienebeauftragte ist von der Praxisleitung benannt, Name ist der Praxisleitung bekannt.

Umweltschutz:

Alle MA der Praxis beachten unsere dokumentierten Richtlinien zum Umweltschutz und zur Abfallentsorgung. Für die Abfallentsorgung gelten die Pläne der ARGE Duales System Oldenburg.

Medizinische Fachangestellte:

Die MFA dieser Praxis sind durch ihre Berufsausbildung qualifiziert und haben spezielle Schwerpunkte durch Fachweiterbildungen erworben.

Auszubildende zur MFA:

Die Auszubildenden durchlaufen in der Regel eine 3-jährige Ausbildungszeit (Schule und praktische Ausbildung) und schließen diese mit der staatlichen Prüfung zur Medizinischen Fachangestellten ab. Sie werden während ihrer Ausbildungszeit in allen Bereichen unserer Praxis eingesetzt. Derzeit haben wir eine Auszubildende.

Reinigung:

Die Reinigungskraft ist für die Reinigung der Praxisräume zuständig. Der Name ist der Praxisleitung bekannt. Das Reinigen des speziellen medizinischen Inventars obliegt den MFA.



BEAUFTRAGTENORGANISATION

Qualitätsmanagementbeauftragte

Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist verantwortlich in allen Fragen des QM-Systems. Sie soll besonders auch für die Mitarbeiter der erste Ansprechpartnerin für organisatorische oder formale qualitätsrelevante Fragen sein.

Ihre Aufgaben und Befugnisse sind:

- Beachtung und Einhaltung der Forderungen der DIN EN ISO 9001:2008
- Erstellung, Verteilung und Aktualisierung des QM-Handbuches
- Beratung aller Mitarbeiter und der Praxisleitung in Fragen des Qualitätsmanagements
- Unterstützung der Mitarbeiter und Praxisleitung bei der Erstellung von QM-Regelungen und Dokumenten
- Genehmigung (formale Freigabe) mit geltender Regelungen und Dokumente des QM-Systems
- Koordination qualitätsrelevanter Arbeiten
- Durchführung interner Audits zur Überprüfung der Wirksamkeit des QM-Systems
- Unterstützung der Praxisleitung im Umgang mit externen Zertifizierungsstellen
- Regelmäßige mündliche Berichterstattung an die Praxisleitung über die Wirksamkeit des QM-Systems, insbesondere bei Besonderheiten („Frühwarnsystem“)
- Schriftliche Qualitätsberichterstattung an die Praxisleitung
- Überwachung von qualitätsrelevanten Projekten und von Qualitätskosten

Teilaufgaben können vom QMB an verantwortliche Mitarbeiter der Praxis delegiert werden.

Hygienebeauftragte

Der Name ist der Praxisleitung bekannt. Die hygienebeauftragte MA ist zuständig für

- Umsetzung und Kontrolle der Hygienepläne in allen Praxisbereichen
- Beratung und Schulung der Mitarbeiter in Fragen der Hygiene
- Überwachung der funktionsbereichbezogenen Dokumentation zu durchgeführten Hygienemaßnahmen
- Praxisleitung bei Auffälligkeiten sofort informieren

Betriebsärztin

Der Name ist der Praxisleitung bekannt. Die betriebsärztlichen Untersuchungen werden von einer externen Betriebs- und Arbeitsmedizinerin durchgeführt. Die QMB terminiert die regelmäßigen betriebsärztliche Untersuchungen in Eigenregie und in Rücksprache mit der Praxisleitung.



Rechtsnormen

Für die regelmäßige Pflege, Analyse und Informationsvermittlung über gültige Rechtsgrundlagen ist die Praxisleitung zuständig. Sie kann gezielte Recherchen an Mitarbeiter delegieren. Für die Einhaltung der Inhalte verbindlicher Gesetzestexte oder normativen Vorgaben ist die Praxisleitung zuständig. Diese Verantwortung kann nicht an einen Beauftragten delegiert werden.

Fachkraft für Arbeitssicherheit

Der Name ist der Praxisleitung bekannt. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit beurteilt u.a. die korrekte Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsnormen baulicherseits.

Datenschutz

Eine Datenschutzbeauftragte wird benannt. Der Name ist der Praxisleitung bekannt. Alle MA werden angehalten, die für uns geltenden Gesetze des Nds. Datenschutzgesetzes in dieser Praxis einzuhalten. Diese Regelungen werden in den Arbeits- und Verfahrensanweisungen berücksichtigt.



6. LENKUNG VON DOKUMENTEN UND AUFZEICHNUNGEN

Die eindeutige Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit ist eine Forderung der Norm DIN EN ISO 9001:2008, die besonders im Gesundheitswesen von großer Relevanz ist. Die für unser QM-System gültigen Regelungen zur Erstellung, Freigabe und Verteilung von anweisenden Dokumenten (Verfahrens- und Arbeitsanweisungen) sowie der Umgang mit nachweisenden Dokumenten (z.B. Aufzeichnungen, Patientenkarte, Prüfprotokollen) sind verbindlich festgelegt.

Lenkung von Dokumenten

Alle Dokumente im QM-System werden mit einer eindeutigen Identifikation versehen, die sich aus folgenden Kennzeichen zusammensetzt:

Bezeichnung, aus der die Zuordnung in der Dokumentenhierarchie hervorgeht

- Titel des QM-Dokumentes
- eindeutige Identifikationsnummer (z.B. VA-KP-01 oder HB-04)
- Revisionsnummer (Revisionsindex, fortlaufend ab Nr. 1) und
- Datum (wird mit jeder Revision aktualisiert).
- Jedes Dokument ist in der DvL aufgeführt (s. Anhang)

Die formale Prüfung und inhaltliche Freigabe von Dokumenten ist einheitlich geregelt und ausschließlich dem Qualitätsmanagementbeauftragten und der Praxisleitung vorbehalten. Die Vorgehensweise im Hinblick auf Erstellung, Prüfung, Freigabe, Inkraftsetzung, Verteilung und Aktualisierung von QM-Dokumenten ist in der Verfahrensweisung „Lenkung von internen, externen Dokumenten und Aufzeichnungen“ geregelt. Diese Verfahrensweisung enthält auch Vorgaben zur einheitlichen formalen Gestaltung von QM-Dokumenten.

Relevante externe Dokumente wie Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Normen werden systematisch verfolgt, im Hinblick auf Relevanz ausgewertet und rechtzeitig umgesetzt.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Lenkung von Aufzeichnungen

Aufzeichnungen dienen als Nachweis für eine erfolgte Leistung, ein Ergebnis oder für die Erfüllung einer Anforderung.

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Mögliche Aufzeichnungen sind z.B.:

- Erfassung von ärztlichen Leistungen
- Einverständniserklärungen von Patienten
- Nachweis, dass die Funktionalität eines Gerätes getestet wurde
- Qualifikationsnachweise von Mitarbeitern
- Durchführung von (organisatorischen) Vorbeugungsmaßnahmen
- (unterzeichnete) Lieferscheine oder auch
- Auditprotokolle.

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017

Im Hinblick auf den Umgang mit Qualitätsaufzeichnungen sind in der entsprechenden Verfahrensweisung allgemeine Vorgaben festgelegt.



6. Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen

Aus den Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zu den Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen kann entnommen werden, welche Aufzeichnungen während der Prozesse entstehen. Sofern keine anderen Regelungen getroffen wurden, ist die Praxisorganisation für die Archivierung und datenschutzgerechte Entsorgung von Aufzeichnungen (z.B. Patientenunterlagen) verantwortlich. Zum Schutz, zur Datensicherheit und Aufbewahrung der Aufzeichnung werden angemessene Maßnahmen eingehalten (z.B. geeigneter Stauraum und/oder abschließbare Schränke).



7. EXTERNE UND INTERNE KOMMUNIKATION

Mit Hilfe des QM-Systems soll eine höchstmögliche Zufriedenheit für Patienten, Kunden, Partner und MA erreicht werden.

Eine gute Kommunikation zwischen allen beteiligten Interessengruppen dient einem reibungslosen Ablauf und kann Missverständnissen und sich daraus entwickelnde Fehler vermeiden helfen.

Die interne Kommunikation gewährleistet den Informations- und Wissensaustausch in der täglichen Arbeit. Wichtige Infos werden aktiv weitergegeben, damit Patientenkontakte und gastroenterologische Untersuchungen reibungslos und medizinisch auf höchstem Niveau verlaufen und gleichzeitig für alle Beteiligten als kompetent und angenehm empfunden werden.

Eine fachlich kompetente, individuelle und auch emotionale Kommunikation untereinander, und mit den Patienten, Kunden und Partnern, ist der Praxisleitung und alle MA wichtig.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017



8. MESSUNG UND ÜBERWACHUNG

Parameter, die die Qualität beeinflussen, müssen bedacht, gemessen und bewertet werden. Messung und Überwachung definierter Kriterien (Qualitätsindikatoren, Kennzahlen) dient der Steuerung der Verläufe, Ergebnisse und damit des Erfolges der Praxis.

Durch die gezielte Prüfung definierter Ergebnisse kann bewertet werden, ob die Prozesse entsprechend der übergeordneten Zieldefinition beherrscht werden. Es können sich aus der Überwachung mögliche Verbesserungsmaßnahmen ergeben, deren Umsetzung entsprechend des PDCA-Zyklus geplant, auf Wirksamkeit getestet und wiederum bewertet werden.

Die Messresultate müssen dokumentiert werden. Die Ergebnisse der Datenanalyse und der, falls notwendig, daraus erfolgten Verbesserungsmaßnahmen sind u.a. Grundlage für die jährliche Bewertung des Qualitätsmanagementsystems (Management Review). Die ermittelten Daten werden in geeigneter Form aufbereitet im Praxisteam (und ggf. auch gegenüber externen Gruppen) bekannt gegeben. Dies soll zur Transparenz beitragen und das begründete Vertrauen in die Arbeit der Praxis stärken. Über die Herausgabe und Veröffentlichung solcher Daten kann allein die Praxisleitung entscheiden.

Instrumente, die zur Erhebung und Analyse von relevanten Daten in unserem QMSystem genutzt werden sind:

- Patientenbefragung mit Beschwerdemanagement
- Interne Audits und
- Teambesprechungen (mit Protokollierung)

Patientenbefragungen

Zur Erlangung von Informationen über das Maß der Patientenzufriedenheit werden Befragungen der Patienten durchgeführt. Ziel dieser Befragung ist es, Angaben über die eigene Leistung und das Einhalten der gesetzten Qualitätsziele zu erlangen.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017

Die Ergebnisse der Befragungen werden dem gesamten Team präsentiert und deren Bedeutung diskutiert. Die Analyseergebnisse fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein.



Beschwerdemanagement

Bei mündlichen Beschwerden von Patienten bemüht sich jeder Mitarbeiter in einem freundlichen Gespräch mit den Patienten das anstehende Problem zu besprechen und zu lösen. Kann die Beschwerde von den Mitarbeitern nicht zur Zufriedenheit der Patienten geregelt werden, wird die Praxisleitung zur weiteren Klärung eingeschaltet.

Alle Beschwerden von Patienten werden entgegengenommen, je nach Dringlichkeit von den MA auf dem Fehlerprotokoll notiert und spätestens in der nächsten Dienstbesprechung diskutiert:

- Patientename
- Datum
- Darstellung der Beschwerde
- Verlauf
- Bewertung



9. FEHLERMANAGEMENT

Wir wollen in unserer Praxis höchstmögliche Sicherheit für Patienten, Kunden und die Mitarbeitenden gewährleisten. Ein Sicherheitssystem ist erforderlich, um Fehler zu erkennen, zu bewerten, zu beheben und in Zukunft zu vermeiden.

Fehler können ein menschlicher Fehler, eine medizinische Komplikation oder ein technischer Defekt sein. Sind Fehler aufgetreten, so dürfen sie niemals verschwiegen werden.

Geschäftsführer und Mitarbeitende sollen Fehler im Team oder im Einzelgespräch sofort mit der Leitung besprechen. Ziel ist die strukturierte Fehleranalyse. Der Umgang mit Fehlern ist verbindlich in einer Verfahrensweisung geregelt. Fehler müssen festgestellt, sanktionsfrei gemeldet, dokumentiert, bewertet und korrigiert werden.

Fehlerhafte Verfahren oder Produkte

Alle Mitarbeiter sind dafür verantwortlich, die Qualität von verwendeten Produkten, Verfahren und Arbeitsweisen zu überprüfen. Abweichungen vom Soll schränken diese Qualität ein und sind Fehler, die dokumentiert werden müssen, z.B. auf dem Fehlerprotokoll. Bei Häufung von technischen Fehlern oder dem Erkennen eines grundsätzlichen Mangels werden die Hersteller informiert.

Auswertung von Fehlermeldungen

Alle Fehlermeldungen, d.h. die Fehlerprotokolle werden gesammelt und vom QMB archiviert. Die gesammelten Daten werden regelmäßig vom QMB ausgewertet. Die Ergebnisse werden der Praxisleitung und den Mitarbeitern präsentiert und gehen in die jährliche Managementbewertung ein.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017



10. KORREKTUR- UND VORBEUGUNGSMASSNAHMEN

Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen dienen als Instrument der kontinuierlichen Verbesserung von Arbeitsprozessen. Eine Korrekturmaßnahme wird erforderlich, wenn ein Fehler bereits eingetreten ist, der daraus folgende Effekt korrigiert und zukünftig die Fehlerursache beseitigt werden. Eine Vorbeugungsmaßnahme wird initiiert bevor ein möglicher Fehler eintreten konnte.

Korrekturmaßnahmen

Zur Beseitigung von Fehlerursachen müssen gezielte Einzelmaßnahmen bzw. geplante systematische Maßnahmen ergriffen werden, um das erneute Auftreten derselben Fehler zu vermeiden. Diese Maßnahmen müssen den möglichen und wahrscheinlichen Auswirkungen der aufgetretenen Fehler angemessen sein. Sofern Korrekturmaßnahmen erforderlich sind, werden diese von der Praxisleitung oder dem QMB veranlasst. Für die Durchführung der Maßnahmen sind alle Mitarbeiter oder bei speziellen Verantwortlichkeiten die eingeteilten Mitarbeiter zuständig.

Die Korrekturmaßnahmen werden vom QMB protokolliert und er führt, soweit nötig, Änderungen von Unterlagen und Verfahren durch. Ein verändertes Verfahren wird entsprechend der intern gültigen Dokumentenlenkung wieder freigegeben.

Die Wirksamkeitsprüfung erfolgt, wenn nicht anders festgelegt, jährlich im Rahmen der internen Audits, im Bedarfsfalle früher.

Vorbeugungsmaßnahmen

Vorbeugemaßnahmen dienen der Beseitigung bzw. Vermeidung der Ursachen von potentiellen Fehlern, um zu verhindern, dass diese (überhaupt) auftreten können. Diese Maßnahmen müssen den Auswirkungen der möglichen Probleme angemessen sein.

Jeder Mitarbeiter ist verpflichtet, mögliche Fehlerursachen oder Verbesserungsvorschläge an die Praxisleitung oder dem QMB zu melden. Zur Erkennung systematischer Fehler werden u.a. Geräteprüfprotokolle, Verfahren und Abläufe überprüft sowie Patientenbeschwerden hinzugezogen.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017

Die Praxisleitung entscheidet, in der Regel nach Beratung mit den Mitarbeitern und dem QMB, ob eine Vorbeuge- oder Verbesserungsmaßnahme notwendig ist. Sofern Vorbeugemaßnahmen erforderlich sind, werden diese von der Praxisleitung oder dem QMB veranlasst. Für die Durchführung der Maßnahmen sind alle Mitarbeiter oder bei speziellen Verantwortlichkeiten die eingeteilten Mitarbeiter zuständig. Die Vorbeugemaßnahmen werden vom QMB protokolliert und er führt, soweit nötig, Änderungen von Unterlagen und Verfahrensweisungen durch.

Die Wirksamkeitsprüfung erfolgt, wenn nicht anders festgelegt, jährlich im Rahmen der internen Audits, im Bedarfsfalle früher.



11. INTERNE AUDITS

Für die Bewertung der Wirksamkeit des QM-Systems finden regelmäßig interne Audits statt. Im internen Audit wird überprüft, ob geplante Organisation und tatsächlich „gelebte“ Organisation übereinstimmen und den Zielen der Praxis dienlich sind. Details sind in der mitgeltenden Verfahrensweisung „Interne Audits“ beschrieben.

Beauftragung des Auditors

Die Praxisleitung legt den internen oder externen Auditor fest. Der Auditor ist entsprechend geschult und organisatorisch unabhängig vom zu auditierenden Praxisbereich. Wird das Audit von mehreren Auditoren durchgeführt, legt die Praxisleitung fest, wer die Audit-Teamleitung übernimmt. Der QMB informiert den externen Auditor über die durchzuführenden Audits, die vorgesehene Schwerpunktsetzung und den festgelegten Zeitraum zur Durchführung. Schwerpunktmäßig wird in der Praxisklinik der QMB selber als Auditor fungieren.

Qualifikationskriterien für interne / externe Auditoren:

- Praxiszugehörigkeit von mindestens zwei Jahren (gilt nicht für externe Auditoren)
- Grundlagenkenntnisse zum Thema Qualitätsmanagement (Nachweise z.B. durch Teilnahme an Seminaren)
- Kenntnisse der Auditmethoden
- Kommunikationsfähigkeiten (nach Einschätzung der Praxisleitung)

Auditoren dürfen nicht ihre eigenen Tätigkeiten auditieren, müssen objektiv sein und die Audits in konstruktiver und sachlicher Form durchführen. Zur Aufrechterhaltung ihrer Qualifikation sollten die Auditoren mindestens fünf Auditgespräche innerhalb von zwei Jahren durchführen.

Erstellt: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Geprüft: QMB
Name: K. Fehrenkamp-Arici
Datum: 01.02.2017

Freigegeben: Praxisleitung
Name: Dr. Behrends /
Dr. Paulenz /
Dr. Schütte
Datum: 01.02.2017

Audit-Planung und -Durchführung

Die Audits werden planmäßig jährlich nach einem Auditplan durchgeführt. Bei Problemen, gravierenden Abweichungen oder Neuerungen kann die Praxisleitung auch außerplanmäßige Audits veranlassen bzw. kann der QMB nach Rücksprache mit der Praxisleitung kurzfristig außerplanmäßige Audits ansetzen.

Der QMB ist für die Planung, Organisation und z.T. für die Durchführung der Audits verantwortlich. Er erstellt jährlich einen Auditplan. Die thematischen Schwerpunkte, sowie Auditumfang und Häufigkeit ergeben sich aus der vorangegangenen Auditierung aufgrund besonderer Aspekte (z.B. aus dem Management Review festgestellten Fehlern, Kennzahlverläufen, Umstrukturierungen, etc).

Der Auditplan wird mit der Praxisleitung besprochen und von dieser freigegeben. Der QMB überwacht die Einhaltung der geplanten Termine. Die Audits werden mit



allen Mitarbeitern durchgeführt bzw. bei speziellen Verantwortlichkeiten mit den zuständigen Mitarbeitern. Nach dem Audit werden die Ergebnisse mit den Mitarbeitern besprochen, dieses wird protokolliert.

Im Auditgespräch erläutert der Auditor kurz das Ziel, die Bedeutung und die Vorgehensweise des Audits. Die Grundlagen des Audits sind die Regelungen der QM-Dokumente, die Anforderungen der einschlägigen Kapitel aus der ISO 9001:2008 sowie besonders relevante Regelwerke, z.B. Gesetze und Verordnungen.

Im Audit wird geprüft, inwieweit diese Regelungen Anwendung finden und ob sie (noch) sinnvoll und effizient sind. Auch die Ergebnisse vorangegangener Audits und deren Nachweisunterlagen werden berücksichtigt. Eine vorbereitete Checkliste kann hierbei als Gesprächsleitfaden und zur Protokollierung einzelner Feststellungen dienen.

Audit-Ergebnisse und Protokollierung

Bei festgestellten Abweichungen werden gemeinsam Maßnahmen zur Korrektur bzw. zur Verbesserung festgelegt. Maßnahmen, die den Entscheidungsrahmen der Beteiligten übertreffen, müssen von der Praxisleitung freigegeben werden. Der Auditor protokolliert die Ergebnisse im Protokoll, welches vom auditierten Mitarbeiter gegengezeichnet wird. Kann keine Einigung bei der Abstimmung der Auditergebnisse erzielt werden, so ist dies zu vermerken. Die Protokolle sind für alle Mitarbeiter einsehbar archiviert. Die Praxisleitung bespricht mit dem Auditor die Ergebnisse und zeichnet abschließend alle Auditprotokolle gegen.

Die Mitarbeiter sind dazu verpflichtet, dem QMB aktiv mitzuteilen, wenn eine Maßnahme (auch bereits vor Ablauf der Frist) umgesetzt wurde. Der Status der Maßnahme wird dokumentiert („erledigt“, Datum, Handzeichen).

Die Aufbewahrung der Auditberichte, Pläne und Checklisten erfolgt durch den QMB.



Dr. Jens Behrends
Dr. Lars Paulenz
Dr. Anke Schütte
Fachärzte für Innere Medizin /
Gastroenterologie | Partnerschaft

12. Anhang: DVL

12. Anhang: DVL